



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur de Soins
Promotion 2006

INVESTIR DANS LE PARTAGE
D'UNE LOGIQUE COMPÉTENCE MÉTIER :

Une démarche stratégique du Directeur des soins
pour soutenir l'évolution hospitalière.

Elisabeth CHAUMAT

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CHEMINEMENT DE LA REFLEXION	3
1.1 Le constat.....	3
1.2 La problématique.....	4
1.3 La question de départ.....	4
1.4 Les hypothèses.....	4
1.5 Le plan du mémoire	5
2 L'EVOLUTON INSTITUTIONNELLE EN INTERRELATION AVEC L'EVOLUTION DES COMPETENCES METIERS.....	5
2.1 Le concept d'institution a évolué et avec lui le concept du « travail sur autrui ».....	5
2.2 Les facteurs déterminants des évolutions hospitalières.....	7
2.2.1 L'hôpital et ses acteurs face aux multiples réformes.....	7
2.2.2 Les organisations et les pratiques de soins modifiées par les progrès technologiques	12
2.2.3 Les usagers au cœur des préoccupations.....	13
2.2.4 Les conséquences sur l'organisation du travail.....	15
2.2.5 Des démarches qualité et de gestion des risques qui ne sont pas sans conséquences sur les pratiques de soins.....	17
3 DE LA PREOCCUPATION DES COMPETENCES AUX CONCEPTS D'ENTREPRISE APPRENANTE AGILE.....	18
3.1 Pourquoi reparle-t-on des compétences à l'hôpital ?	18
3.1.1 Le management hospitalier : de la logique du « prescrit » au management par les compétences.....	19
3.1.2 De la compétence individuelle à la compétence collective.....	20
3.1.3 Deux concepts pour l'hôpital : être une organisation à la fois « apprenante » et « agile ».....	22

4	A LA RENCONTRE DES ACTEURS.....	28
4.1	Les établissements retenus.....	28
4.2	Les entretiens.....	28
4.2.1	Les outils de recueil de l'information.	28
4.2.2	Les acteurs interviewés	29
4.3	La recherche	29
4.3.1	Les outils de recueil de l'information et les acteurs rencontrés	29
4.3.2	La motivation pour cette méthode	30
4.4	Les résultats.....	31
4.4.1	Les résultats des entretiens.....	31
4.4.2	Les résultats de la recherche.....	38
4.5	Vérification des hypothèses.....	42
4.6	Conclusion de l'enquête	43
5	PROPOSITIONS DU DIRECTEUR DES SOINS POUR UNE LOGIQUE COMPETENCE PARTAGEE.....	44
5.1	Les finalités poursuivies le Directeur des soins dans la promotion d'une « logique compétence » partagée.....	44
5.2	L'appui sur un management centré sur les compétences.	45
5.3	Un management de la formation intégré à l'organisation	46
5.3.1	Avec l'implication prépondérante de l'encadrement.	47
5.3.2	La pratique de l'évaluation : un retour sur les acquis de l'expérience.....	47
5.3.3	La capitalisation	48
5.3.4	Passer d'une organisation formatrice à une organisation apprenante.	48
5.3.5	Les objectifs du Directeur des soins en promouvant une « logique compétence » dans l'organisation hospitalière.....	49
5.4	Les leviers pour construire les compétences métiers.....	50
5.5	Les référentiels de compétences à retenir.....	51
5.6	Le Directeur des soins dans une logique compétence.....	52
5.6.1	...Est un coordonnateur.....	52
5.6.2	...Est un facilitateur.....	52
5.6.3	...Est porteur de valeurs, de cohérence et de sens.....	53
5.6.4	...Collabore avec le directeur des ressources humaines.....	53
5.6.5	...Travaille en étroite collaboration avec les médecins.....	54

Conclusion.....	55
Sources et bibliographie	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRH : Directeur des Ressources Humaines

EHPAD : Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes

ENSP : Ecole Nationale de la Santé

GHM: Groupe Homogène de Malades

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

MAINH : Mission d'Aide à l'Investissement hospitalier

T2A : Tarification à l'activité

TIC : Technologie de l'Information et de la Communication.

INTRODUCTION

Bouleversée par les crises et l'acquisition vertigineuse des savoirs depuis un siècle, l'organisation en entreprise a au fil de l'eau, perdu son identité. Mais selon Taylor, l'organisation avait un objet précis : définir et mettre en œuvre des règles autour desquelles s'élabore le travail. Il y a un siècle on parlait de lois scientifiques et l'on édictait des règles imposées aux exécutants. En quelques décennies la notion de règles s'est profondément modifiée et enrichie des valeurs d'autonomie, d'action collective, de finalité. L'organisation tayloriste du travail s'est fondée sur une conception fixiste et hétéronome des règles, en se donnant pour objectif l'individualisation des tâches et l'imposition à des exécutants d'une manière de faire prédéfinie par des experts selon l'immuabilité de principes et de lois scientifiques. Or les enjeux, au sein des entreprises, et il en est de même pour l'hôpital, ont radicalement changé. L'organisation aujourd'hui doit faire face à une triple rupture intégrant la dynamique du changement, l'action collective et l'exigence d'autonomie.

Dans son premier sens, le terme « organisation » désigne l'action d'organiser, « activité plus ou moins volontaire qui consiste à mettre un ordre dans une situation considérée comme en désordre¹ ». Le second sens est l'état et le résultat d'une telle action, « une réalité sociale, économique et technique relativement stabilisée² ». Le troisième sens est celui d'entité, d'« association qui se propose des buts déterminés³ ». La littérature organisationnelle associe quatre idées majeures, quatre schématisations à l'organisation : la rationalisation, la réduction de l'incertitude, la coordination et la combinaison des ressources.

- La rationalisation est la schématisation la plus fréquente. Elle consiste à décomposer, à diviser le tout en parties et éléments puis de les hiérarchiser et de les recomposer. Rationaliser l'activité, c'est donc procéder au découpage vertical et horizontal du travail et le résoudre en tâches distinctes et organisées.

- La réduction de l'incertitude consiste à programmer, planifier, systématiser, standardiser, capitaliser le savoir dans des procédures. Elle consiste aussi à introduire la différenciation, l'adaptabilité, la réactivité, la flexibilité, l'innovation au sein des activités en vue de répondre aux exigences et aux enjeux de l'entreprise d'aujourd'hui. « Ce dont aura le plus besoin l'organisation, c'est de se renouveler elle-même. Il se peut que chaque entreprise (ou toute autre organisation) ait besoin d'un département du changement qui

¹ LIVIAN (Y.F) : « Organisation, théorie et pratiques », page 8, Editions Dunod 2001

² LIVIAN (Y.F) : Op. Cit., page 8.

³ Définition du dictionnaire Le Larousse.

pourra examiner l'organisation toute entière comme un système qui a besoin d'innovation continue⁴ ».

- La coordination est la troisième schématisation ; organiser, c'est diviser le travail en tâches distinctes, puis assurer la coordination entre ces tâches. L'organisation consiste à convertir le conflit en coopération, à créer une dynamique d'équipe, à constituer, selon Philippe Zarifian, des « assemblages de compétences⁵ ». La capacité de coordination constitue sans doute l'un des facteurs de différenciation de la performance des entreprises. La coordination est au centre de la problématique de la plupart des approches actuelles de l'entreprise, contractualistes et institutionnalistes. La problématique de la coordination contient à elle seule toute la problématique de l'action collective. L'ajustement mutuel réalise la coordination du travail par simple communication informelle entre les opérateurs. La supervision directe est le mécanisme de coordination par lequel une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres⁶ ». Ce mécanisme relève plus du management que de l'organisation. La standardisation des procédés, au sens de Henri Mintzberg, recouvre la définition des postes, des gammes opératoires et des procédures de travail. Elle rejoint l'organisation du travail taylorienne. La standardisation des procédés ne relève pas de l'organisation mais des compétences métier. La standardisation des résultats relève du management quand il s'agit de la Direction Participative par Objectif et de la compétence métier lorsqu'il s'agit de spécification d'un produit, d'un service. La standardisation des qualifications relève de la stratégie des entreprises, des critères retenus par la Direction des Ressources Humaines et de multiples facteurs.

La combinaison des ressources : selon cette dernière schématisation, organiser consiste à combiner les ressources de l'entreprise, humaines et leurs compétences, matérielles, financières de façon à permettre l'obtention de la performance la plus élevée.

Mais la notion centrale de la définition de l'organisation est l'idée de règles. Organiser consiste à définir de nouvelles règles et à les mettre en œuvre. Ces règles s'intègrent aux systèmes, éléments corrélés et en interaction ; la place de l'acteur est privilégiée comme le montre la définition qui suit : l'organisation définit et met en œuvre, avec les acteurs et en fonction des ressources disponibles (dimension combinatoire de l'entreprise), les systèmes de règles entre les acteurs répondant aux finalités et aux objectifs de l'entreprise ou entité organisationnelle.

⁴ LAWRENCE (P) et LORSCH (J) « Adapter les structures de l'entreprise », page 217 Editions d'Organisation 1994

⁵ ZARIFIAN (P) : « Objectif, compétences », Liaisons 2001

⁶ MINTZBERG (H) : « Structure et dynamique des organisations », page 20, Editions d'Organisation, 1997 ;

L'amélioration d'un dysfonctionnement passe fréquemment par la modification de règles implicites ou explicites. La gestion du changement n'est en définitive rien d'autre qu'un changement de règles, impulsé parfois par une évolution des valeurs : nouvelle gouvernance, éthique, responsabilité sociale...

Et si le changement de règles dans l'organisation hospitalière passait par le développement d'une logique centrée sur les compétences métiers ?

1 LE CHEMINEMENT DE LA REFLEXION

1.1 Le constat

Depuis la fin des années 50, l'hôpital est une organisation qui connaît des réformes successives. « Les crises et les questions hospitalières sont centrées sur le financement des établissements, l'équilibre incertain des pouvoirs, l'occupation des espaces, les missions sociales de l'hôpital sans cesse à réajuster et à redéfinir⁷ ». Au sein de l'état providence, l'hôpital, avec ses avancées médicales et ses progrès thérapeutiques est devenu une institution clé du système de santé ; les personnels y sont de plus en plus divers et compétents. Le poids économique à l'échelon local⁸ et régional a fait de l'institution hospitalière, un enjeu politique important. Des outils de gestion ont été créés et une administration spécifique s'est construite : directeurs d'hôpital, infirmières générales, ingénieurs, assistants d'administration. Une politique hospitalière a été promue par la planification et la régionalisation. « Ces évolutions ont signé la fin de l'autarcie mais non la fin des transformations de l'hôpital, bien au contraire. Car en ouvrant son champ d'action, l'hôpital a changé le rythme de ses activités et plus fondamentalement s'est exposé à de nombreuses et nécessaires réformes⁹ ».

Aujourd'hui effectivement, sous l'impulsion de réformes profondes, la mutation de l'hôpital a pour caractéristiques son ampleur et sa rapidité et même « pour certains, nous sommes entrés dans le règne de la remise en cause permanente¹⁰ ».

⁷ SCHWEYER (F.X) : « L'hôpital, une transformation sans fin », Revue Soins, n°699, octobre 2005, page 34

⁸ L'hôpital est fréquemment le premier employeur des villes petites et moyennes.

⁹ SCHWEYER (F.X) : Op. Cit. Page 34.

¹⁰ COUDRAY (M.A) et BARTHES (B) : « Le management hospitalier à la croisée des chemins », Revue Gestions Hospitalières, janvier 2006, page 18.

Le changement est tel qu'il y a un réel défi à retrouver un nouvel état de stabilité et cela est impossible sans associer toute la communauté hospitalière, sans associer toutes les compétences métiers dans une démarche collective et adapter en permanence de nouvelles compétences.

1.2 La problématique

L'organisation hospitalière est devenue complexe et soumise à des évolutions intenses. Les projets menés sont nombreux et ambitieux ; l'appel à des compétences et à des métiers nouveaux venus de l'extérieur est certes indispensable mais, l'appui sur les compétences que possède l'organisation est lui tout aussi incontournable. Favoriser la coordination et la complémentarité entre ces compétences métiers citées est une priorité pour soutenir les efforts d'adaptation de l'hôpital.

En effet toutes les réponses ne viendront pas de l'extérieur, il faut également pouvoir compter apprendre, se renouveler et répondre - par et dans - l'entreprise.

1.3 La question de départ.

Le Directeur des Soins, par le décret 2002-550 du 19 avril 2002, cordonne désormais une gamme étendue de professionnels, infirmiers, médicot techniques et de rééducation, il est membre de l'équipe de direction. Son investissement, au sein de cette équipe, dans une logique compétence partagée est une priorité au regard de l'enjeu d'évolution de l'institution hospitalière.

Quels freins le Directeur des soins doit-il lever pour que la compétence collective soit mise en avant par l'ensemble de la collectivité hospitalière ?

1.4 Les hypothèses.

Hypothèse1 : les personnels ont des difficultés à s'approprier les réformes et donc à opérer des liens entre ces réformes, les projets institutionnels ainsi que les projets et les transformations à conduire sur le terrain.

Hypothèse 2 : les compétences ne sont pas envisagées comme des ressources et des gages de réussite pour les évolutions de l'hôpital.

Hypothèse3 : Le partage des compétences entre les professionnels, entre les métiers et entre les services n'est pas suffisamment recherché.

Hypothèse 4 : Les outils et les méthodes pour animer les compétences font défaut à l'encadrement.

1.5 Le plan du mémoire

Notre présentation comporte quatre parties :

- la première, théorique et conceptuelle, éclaire notre sujet avec en particulier l'exposé des facteurs déterminants de l'évolution de l'institution hospitalière et les interactions avec les compétences métiers,
- la seconde partie explore les concepts de compétences et d'entreprise apprenante et agile pour enrichir nos réflexions,
- la partie centrale est relative à l'enquête réalisée auprès de professionnels de trois établissements publics de santé,
- enfin, la dernière partie est consacrée aux propositions d'action du Directeur des soins pour le développement d'une logique compétence institutionnelle.

2 L'EVOLUTITON INSTITUTIONNELLE EN INTERRELATION AVEC L'EVOLUTION DES COMPETENCES METIERS

Jean Marie Clément, pour évoquer la mutation rapide et profonde des hôpitaux français affirme à juste titre que « plus que toutes autres institutions, l'hôpital reflète l'état économique, scientifique, technique et social de la société dans laquelle il est implanté¹¹. ».

2.1 Le concept d'institution a évolué et avec lui le concept du « travail sur autrui ».

¹¹ CLEMENT (J.M) : « 1900 2000 : La mutation de l'hôpital », Les études hospitalières 2001, page 19.

François Dubet¹² explique qu'il nous faut aller au-delà de la plainte, de la nostalgie sur les institutions, l'école, l'hôpital, le travail social.... Pour lui, le « travail sur autrui », c'est à dire le travail qui consiste à éduquer, à former, à soigner, s'est longtemps inscrit dans ce qu'il appelle un « programme institutionnel » : le professionnel, fort le plus souvent de sa vocation et en appui sur des valeurs légitimes et universelles, mettait en œuvre une discipline pour socialiser et libérer les individus. Ce modèle est aujourd'hui épuisé du fait de la modernité ; nous devons essayer de maîtriser les effets de cette dernière en inventant des figures institutionnelles, plus démocratiques, plus diversifiées et plus humaines.

L'hypothèse de François Dubet est que le « travail sur autrui » est devenu un travail comme un autre, moins soumis à la vocation qu'à la technicité.

La société a profondément changé. La multiplicité des objectifs, l'enchevêtrement des demandes sociales, les réseaux, les flux continuels d'information, la force des appartenances identitaires constituent la société en une mosaïque de tribus qui fractionne aussi les individus. Le « programme institutionnel » n'est plus la constitution de la société, les individus entendent bien faire entendre leurs droits personnels contre la contrainte collective.

De plus, la professionnalisation a changé la nature même des institutions. Le « programme institutionnel » était lié à des organisations simples dans lesquelles la régulation des relations de travail reposait fondamentalement sur le partage des objectifs et des vocations et sur des chaînes hiérarchiques courtes. Aujourd'hui ces institutions sont remplacées par des organisations dans lesquelles, une part du travail, consiste à assurer la cohérence d'une activité emportée par une division du travail croissante. A l'image de toutes les autres institutions, l'hôpital est devenu une entreprise hypercomplexe. Le « travail sur autrui » s'adresse désormais à des usagers et à des consommateurs qui attendent un service ; les malades demandent à être informés et ne se livrent plus à la médecine comme avant. Mais surtout, les institutions sont prises dans les politiques publiques ; elles doivent passer des accords et des contrats avec leurs partenaires. Elles doivent se fixer des objectifs et rendre des comptes. Elles sont acteurs de réseaux et de dispositifs chargés des services et des biens publics.

Les travailleurs sociaux ne sont plus les agents de la charité ou de l'état providence, mais les acteurs de dispositifs, de mesures et de politiques qui ne cessent de se sédimer. L'hôpital soigne, fait du social et de la recherche, il participe aux politiques de santé et de sécurité.

¹² DUBET (F) : « Le déclin de l'institution », coll. L'épreuve des faits, Editions du Seuil, Paris, 2002.

François Dubet nous propose de changer la perspective : l'adaptation passe par la mise en place d'une nouvelle forme de « travail sur autrui », de nouvelles formes de travail qui engagent beaucoup plus les acteurs. Ceux-ci doivent construire leurs activités en combinant de multiples attentes. Le travail les rend plus autonomes, plus libres, plus responsables et, en même temps, il les dépouille de la plupart des protections que les institutions étaient en mesure d'assurer auparavant

Pour ces acteurs, il est important d'identifier les facteurs déterminants de l'évolution de l'institution hospitalière, en interrelation avec l'évolution de leurs compétences métiers.

2.2 Les facteurs déterminants des évolutions hospitalières.

Gérard Vincent¹³ affirme que « les hôpitaux publics sont engagés dans un processus de réforme global et presque continu ». Il explique que les attentes à l'égard de l'institution hospitalière ont évolué au gré de profondes mutations comme le vieillissement démographique, le coût croissant des innovations technologiques, les nouvelles exigences sociales, tout cela dans un contexte de « ralentissement de la croissance économique qui a rendu plus impératif la recherche de gains d'efficacité et la maîtrise des coûts ».

2.2.1 L'hôpital et ses acteurs face aux multiples réformes

« Au départ, le Plan Hôpital 2007 a surtout été présenté comme un plan de modernisation immobilier. Depuis... deux ordonnances, celle du 4 septembre 2003 et celle du 2 mai 2005, ont mis en place de nouvelles règles du jeu, celle de la nouvelle gouvernance et de la nouvelle donne tarifaire¹⁴. ».

A) Les opérations de modernisation

En ce qui concerne le système de santé¹⁵, « l'évolution des activités, leur restructuration et leur réorganisation, les modes de fonctionnement et les modes de gestion s'inscrivent

¹³ VINCENT (G) : « Réformes hospitalières : quels enjeux. », Revue hospitalière de France, mars avril 2006, n°509, page 12.

¹⁴ CAILLET (R) : « Hôpital public, l'impossible réforme ? », Revue Soins, octobre 2005, n°699, page 39

¹⁵ Référence à l'Ordonnance n° 2003- 580 du 4 septembre 2003, relative à la « simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé »

dans un cadre législatif et réglementaire, et s'appuie sur des priorités de santé publique décidées au plan national et déclinées au plan régional par l'intermédiaire des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire ». L'article L. 6121-1 du Code de la Santé Publique explique que « le schéma d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale....Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire... ». Sous l'impulsion législative, « le mouvement (des opérations de modernisation) s'est accéléré et son périmètre, initialement réduit à des redéploiements internes et principalement dans les secteurs logistiques, s'est élargi. Les opérations touchent l'activité médicale, tous les types d'établissements, publics ou privés¹⁶. ».

Ces opérations de modernisation correspondent à des réorganisations structurelles ou fonctionnelles qui ont un impact sur les équipes hospitalières. Elles se traduisent, pour les plus simples, par des réaménagements d'unités ou de secteurs et pour les plus lourdes, par des transferts d'activités (toutes ou parties) d'un hôpital sur un site neuf. « Le degré de complexité s'est encore plus élevé puisque interviennent maintenant des opérations entre entités juridiques distinctes, ou de suppression de structure, ou encore de création de nouvelle entité juridique avec distribution d'effectifs entre établissements publics de santé voisins, entre établissement public et établissement privé... entre deux établissements qui fusionnent ou encore avec un établissement qui intègre l'unité d'un autre¹⁷... ».

À fin mai 2006, la relance significative de l'investissement associée à la réforme de la planification hospitalière a eu pour résultat la réalisation de 160 opérations de construction et de rénovation de structures hospitalières, selon les chiffres de la MAINH¹⁸ qui est chargée d'accompagner techniquement le programme de rénovation du patrimoine hospitalier dans le Plan Hôpital 2007.

Dans le cadre de ces restructurations, où il s'agit de « réorganiser en donnant de nouvelles structures¹⁹ », ou encore de ces fusions, où deux établissements s'allient pour n'en faire qu'un seul, les personnels vivent des changements majeurs. Ces opérations de modernisation doivent bénéficier d'une approche technique mais aussi

¹⁶ SACCO M.T, Conduire et accompagner une opération de modernisation, chapitre V, Le développement des ressources humaines, Volume 2, Editions ENSP, 2005. page 205.

¹⁷ SACCO M.T. Op. Cit. p 206

¹⁸ Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier.

¹⁹ Définition du dictionnaire Larousse.

multidimensionnelle, pour prendre en compte la complexité du « social » ou des relations humaines, ainsi que l'approche compétences métiers. En effet, ces opérations introduisent des changements profonds et peuvent entraîner des bouleversements culturels quand elles amènent à travailler ensemble des professionnels aux constructions identitaires diverses. L'obstacle culturel est une des grandes difficultés : les logiques et les fonctionnements des services divergent. Ces aspects sont majorés lorsqu'il s'agit de faire travailler ensemble des professionnels issus du public et des professionnels issus du privé.

A notre avis, parmi les opérations de modernisation, les transferts d'activités hospitalières dans des structures neuves sont particulièrement « impactantes ». Elles viennent soutenir l'obligation d'activités rémunératrices en offrant des lieux au coût de fonctionnement calculé, minoré et sont fréquemment l'opportunité de conduire un maximum de projets. Elles s'avèrent être le support idéal de la mise en place de l'organisation en pôles d'activité, de la rationalisation des modes de prise en charge des usagers, de l'accentuation de l'automatisation des systèmes, de la centralisation de certaines activités comme le ménage ou le brancardage...

B) Le développement de la tarification à l'activité

Véronique Faujour²⁰, directeur d'hôpital aux Hospices civils de Lyon, explique que « la réforme de la tarification à l'activité (T2A) contraint à naviguer à la limite de plusieurs antagonismes, dont deux principaux :

- coûter le moins cher possible alors qu'il reste culturellement et socialement admis en France que la santé n'a pas de prix....A l'ancien champ de valeur où tout avait un coût mais n'avait pas de prix, se substitue le Groupe Homogène de Séjour qui a un tarif. Son coût de revient peut être très différent du « prix de vente » administré nationalement.
- ...mieux gérer les ressources allouées, mais si des mesures de redressement doivent être prises pour rééquilibrer des budgets en dérapage, elles ne doivent pas générer de conflits sociaux....Cette réforme doit être managée dans un climat propice, car les facteurs clés du succès se trouvent sur le terrain, pourvu que les objectifs à atteindre soit clairs, qu'il y ait coopération à travers les outils et les métiers. ».

La T2A requiert la contribution indispensable des professionnels à sa mise en œuvre. Cela peut se traduire en particulier par le fait d'augmenter l'activité avec un objectif par service, de réduire la Durée Moyenne de Séjour (DMS) en se rapprochant du référentiel

²⁰ FAUJOUR (V) : « T2A et management des connaissances », Revue Gestions hospitalières, novembre 2005, page 683.

de l'échelle nationale des coûts par Groupe Homogène de Malades (GHM) et de maîtriser les coûts variables et les prescriptions d'actes des plateaux techniques.

Pour Françoise Acker²¹, « ce raccourcissement de la DMS a pour corollaire une augmentation des flux de patients soignés...qui ont besoin, à peu près au même moment, de soins spécialisés et des surveillance qui y sont liées. ». La standardisation et la brièveté des séjours provoquent une intensification du travail, exigent la modification de l'organisation du travail et priorisent les tâches d'organisation avec la montée en charge de la traçabilité des soins comme en témoignent le développement des transmissions ciblées, l'informatisation du dossier patient, le renforcement des protocoles...

Les acteurs doivent s'emparer des enjeux pour l'obtention de résultats, être attentifs à la saisie de leur activité, valoriser cette activité le mieux possible.

Véronique Faujour²² explique que « la T2A fait de la rémunération au séjour la principale recette des établissements. Maîtriser la réalisation de ce séjour est donc l'objet du pilotage et l'optimisation du parcours du patient dans l'établissement est alors l'objectif recherché ». La DMS est une porte ouverte sur l'organisation du séjour du patient. Le décloisonnement entre les acteurs, les compétences métiers et la performance collective permet d'optimiser les prises en charge et de garantir les relations et la gestion des interfaces entre les services cliniques et les services médicotechniques ainsi qu'avec l'amont et l'aval de l'hospitalisation. Par ailleurs, ces réformes exigent de faire appel à des experts de la gestion, analyse et contrôle, compétences que ne possède pas forcément l'institution et avec lesquelles les agents hospitaliers doivent apprendre à travailler et s'articuler.

C) L'hôpital et sa réorganisation interne

« L'ordonnance du 2 mai 2005 constitue la première réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé depuis la loi de réforme hospitalière de 1991²³ »; les conséquences de l'application de la nouvelle gouvernance hospitalière sur le fonctionnement quotidien de l'hôpital sont très importantes, en particulier avec la création des pôles d'activité et de la contractualisation interne.

²¹ ACKER (F) : « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », Revue Française des affaires sociales, 2005, janvier, page 164.

²² FAUJOUR (V) : Op. Cit. Page 684 ;

²³ FAURE (A) : « Nouvelle gouvernance, inquiétude et espoirs des futurs acteurs », Revue Gestion Hospitalière, janvier 2006, page 29.

« La dynamique de regroupement de services au sein de pôles d'activité, tout en visant une taille critique propre à dégager des marges de manœuvre en terme de gestion, sera aussi l'opportunité de développer des filières de prise en charge entre des structures de soins historiquement cloisonnées : le service rendu au patient pourra en retirer des avancées significatives²⁴. ». L'approche pôles, et non plus services, vise à donner plus de souplesse au fonctionnement des soins en à facilitant la mutualisation des personnels paramédicaux et des moyens de remplacement, en développant la polyvalence de ces personnels. Elle doit permettre de créer une dynamique nouvelle de collaboration au niveau des équipes soignantes. Dans nos lieux de stage, nous avons remarqué que si l'architecture suit, les contraintes sont moindres pour la mutualisation des effectifs et des compétences.

Dans l'organisation polaire, l'objectif pour le patient est d'éviter tout nomadisme dans l'établissement qui l'accueille ; pour l'hôpital, l'intérêt passe par des économies d'échelle et le dépassement souhaité de la territorialité qui caractérise fréquemment l'état d'esprit des acteurs dans les actuels services de soins.

L'instauration de la réforme exige de la créativité et de la participation face aux nombreux aspects humains, professionnels, financiers, architecturaux, géographiques. La réorganisation humaine implique la modification de certains rôles au sein de l'hôpital. Les médecins se rapprochent des gestionnaires ; certaines équipes ont choisi de positionner des directeurs adjoints sur des fonctions plus opérationnelles sur le pôle. Les cadres de santé, placés auprès du coordonnateur médical de pôle, doivent adopter une vision globale de l'activité de soin ; leurs attributions de gestion et d'administration s'accroissent. Les cadres de santé de proximité sont sur leur cœur de métier : l'expertise de la qualité des soins avec une attention toute particulière au parcours du patient, au respect des contrats de soins dans les hospitalisations de courte durée, à la dynamique du séjour en lien avec le projet de sortie pour assurer une bonne gestion des lits.

Dans le cadre de notre dernière expérience, au sein de l'équipe projet nouvel hôpital, la concentration des activités hôtelières et logistiques au centre de chaque pôle d'activité, en lien avec l'automatisation des systèmes de manutention et un office central unique, nous a amenés à préconiser la création d'un nouveau métier transversal : assistant hôtelier et logistique. Les métiers des soins des unités d'hospitalisation ont été redéfinis, recentrés sur les prestations aux malades car les activités afférentes aux soins telles que la gestion des repas, les approvisionnements divers, la gestion des déchets... ont été confiées aux compétences des agents exerçant ce nouveau métier.

²⁴ FAURE (A) : Op. Cit.

2.2.2 Les organisations et les pratiques de soins modifiées par les progrès technologiques

A) L'hôpital de l'information

« Les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont de plus en plus présentes dans les milieux de soin.²⁵ ». Elles sont manifestement responsables de phénomènes d'intensification et de modification du travail. Les TIC se révèlent être des instruments au service d'objectifs organisationnels qu'elles contribuent à concrétiser. Elles sont le support incontournable des stratégies visant à maîtriser le temps, l'espace et les coûts, mais aussi à assurer la qualité et augmenter la productivité. L'introduction des TIC dans les secteurs de soins se fait...mais quelques difficultés. Dans son propos, Pierre Collerette fait référence à une enquête qui permet de conclure que pour réussir l'introduction des TIC, « les dirigeants des établissements doivent concentrer leurs efforts...sur les facteurs humains, sociaux et managériaux. ». Entre les professionnels des soins et ceux du service d'information, les relations ne sont pas toujours porteuses d'éléments qui favorisent l'adoption des TIC ...en douceur ; or les quatre facteurs de réussite²⁶ de l'implantation les plus importants pour les utilisateurs sont « l'utilité perçue dans l'accomplissement du travail, la facilité d'utilisation, la qualité du système (fiabilité, temps réponse, accessibilité) et les pressions sociales. ». Bien que l'utilisation des supports informatiques s'accroisse dans les services, la distance entre les professionnels du soin et ceux de l'information peut rester grande et se traduire par une incompréhension des métiers de part et d'autre et surtout un non partage du sens à donner à l'implantation de ces nouvelles technologies.

B) Le progrès technologique et la nécessité de s'allier et s'articuler dans le réseau

Par ailleurs, le progrès technologique a induit un double mouvement : d'une part une concentration de l'expertise et des équipements dans des services spécialisés sur des techniques de pointe, d'autre part par un allègement des interventions pour les patients du fait de la moindre invasivité des techniques et du développement accru de la chirurgie ambulatoire. L'amplification de l'investissement et la concentration technologiques

²⁵ COLLERETTE (P) : « Facteurs humains et culturels des changements technologiques. », Revue It healthcare management, Volume 2, février mars 2006, page 8.

²⁶ Pierre Collerette fait référence aux facteurs qui, selon Everett Rogers, favorisent l'adoption d'une innovation.

induisent fréquemment l'externalisation et/ou le partage des équipements entre professionnels de structures différentes.

Les progrès constatés dans le domaine des télécommunications (télémédecine et e santé) permettent de développer une offre de soins ambulatoire ou à distance, avec le partage de données entre professionnels de santé.

Nous notons une multiplication des interactions entre les technologies qui incitent au travail interdisciplinaire, comme en imagerie et en oncologie. Cela fait bouger les frontières entre les métiers dans la mesure où les activités sont de plus en plus exercées dans des lieux différents, parfois par d'autres professionnels que ceux qui sont prévus par la réglementation comme par exemples, les infirmières de bloc opératoire qui font de la petite radiologie au bloc opératoire et les manipulateurs de la radiologie interventionnelle qui font des soins.

L'ensemble de ces éléments peut provoquer une "rupture" entre des personnels spécialisés, qui possèdent des niveaux élevés d'expertise dans des services de références, et ceux qui exercent des activités plus "polyvalentes", plus centrées sur la prise en charge globale des patients dans des unités d'hospitalisations classiques, à leur domicile ou encore dans des centres de soins de suite. Des conséquences sont possibles telles que des difficultés de mobilité professionnelle qui apparaissent, pour passer d'un ensemble à un autre.

La maîtrise des plateaux techniques est un enjeu essentiel. Une véritable compétence en management technologique est nécessaire ; elle est assurée par les ingénieurs hospitaliers (bâtiment, biomédical, informaticien) avec lesquels les soignants ont articulé leurs compétences métiers, car l'intégration des expertises biomédicales, informatiques et de télécommunication est une évolution incontournable.

2.2.3 Les usagers au cœur des préoccupations.

Comme le souligne François Dubet, l'évolution du concept d'institution hospitalière a, entre autre, pour origine l'évolution de la personne malade et de son entourage. Les professionnels proposent leurs soins et leurs services à des usagers qui questionnent, comparent, se renseignent, donnent leurs avis. Le législateur leur a attribué des droits dans le cadre de la loi du 4 mars 2002²⁷. Le développement des TIC a permis que désormais, le savoir sous toutes ses formes soit partagé entre les malades et les professionnels des soins. Les patients sont reconnus comme acteurs majeurs du système

²⁷ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

de santé même s'il reste du chemin à parcourir pour parvenir à une vraie démocratie sanitaire, en particulier à l'hôpital.

Dans le cadre de la réalisation de son projet d'établissement, le CHRU de Lille s'est appuyé sur une étude de perception des usagers, étude réalisée par JB Chebroux²⁸, consultant sociologue. Trois résultats se dégagent de la rencontre des 71 patients et accompagnants:

- une forte attente de considération est commune à tous les usagers ; ils déplorent en particulier le défaut de prise en charge psychologique des patients et des accompagnants et le défaut de considérer leurs connaissances de leur propre maladie et des thérapies.
- le contexte de soins est important ; c'est un déterminant essentiel de leur opinion sur les soins reçus. Les perceptions des usagers sont structurées par quatre grandes séquences de leur parcours : les urgences, l'arrivée accueil au centre hospitalier, les soins et la sortie vers le domicile ou le transfert vers un autre établissement.
- l'enjeu de considération attendue concerne aussi bien les actes médicaux et leur suivi, la relation morale et affective du personnel hospitalier avec les usagers, que l'hôtellerie restauration, les urgences ainsi que les conditions de sortie de l'établissement.

Les organisations, de plus en plus centrées sur des services destinés à des usagers clients, investissent dans une double démarche de réingénierie et de management de la qualité : reconfiguration de l'organisation à partir de ses processus de services et non plus de ses fonctions traditionnelles. La priorité est au client en interne et en externe, à la transversalité des compétences et à la gestion par processus. Ces défis reposent, nous l'avons compris en traitant des évolutions technologiques, sur la maîtrise de l'information et donc sur la mise en place des systèmes d'information.

L'évolution des pathologies et des prises en charge, associées à l'évolution des thérapies, a un impact sur les compétences métiers de l'hôpital. Les professionnels du soin sont confrontés au vieillissement de la population accueillie et doivent développer de véritables compétences spécifiques à cet égard. Ces personnes âgées sont porteuses de pluri pathologies et de pathologies chroniques qui ont complexifié et transformé les réponses en soins. La liaison entre le domicile et les centres d'hospitalisation apparaît majeure mais l'accessibilité et les circuits sont jugés trop complexes. Face aux contraintes et aux demandes nouvelles, les réponses se heurtent à la séparation encore forte entre les secteurs sanitaire et médicosocial. Cependant les réseaux ville hôpital se sont améliorés, la prise en charge proposée par les professionnels doit évoluer vers un rapprochement entre les métiers et entre les structures.

L'activité hospitalière qui augmente en terme d'admissions associée à la DMS qui n'a cessé de décroître ces dernières années, a favorisé le développement de systèmes alternatifs à l'hospitalisation. Les modes de prise en charge ont évolué vers des soins ambulatoires. Les modes de fonctionnement traditionnels sont bouleversés : les séjours courts reposent sur une accentuation de l'organisation du travail et la valorisation des compétences des soignants. Ces soins ambulatoires tournés dans un premier temps vers la chirurgie, s'adressent aujourd'hui aux malades porteurs de maladies chroniques (cancers, insuffisances rénales et respiratoires, diabète...).

La dynamique liée à l'approche globale du patient conduit les soignants à développer de nouvelles tâches ; « les consultations infirmières proposées avant l'entrée à l'hôpital ou avant le début de certains traitements, ou le suivi téléphonique des patients sortis de l'hôpital sont des modes de réponse organisationnelle élaborés par le personnel soignant pour pouvoir continuer à assurer les tâches indispensables d'information et de surveillance de l'évolution des soins²⁹. ». Le travail de surveillance de l'état de la personne soignée demeure stratégique, d'autant que le séjour est court. De même le temps d'information et d'éducation du patient et de sa famille est crucial et se concentre à l'entrée et à la sortie.

2.2.4 Les conséquences sur l'organisation du travail.

A) Le renforcement de la fonction de coordination.

La recherche d'efficience dans l'organisation de la prise en charge soignante, induite notamment par la mise en oeuvre de la tarification à l'activité et par la réorganisation de l'offre de soins, conduit les professionnels à partager les équipements, à agir avec d'autres structures, situées en dehors du service ou de l'établissement (cliniques, services de soins à domicile, maison médicale, médecine libérale...).

D'avantage de personnels hospitaliers et non hospitaliers, médicaux et non médicaux sont autour du patient, mais chacun, de plus en plus, sur une courte durée. Dès lors, une

²⁸ CHEBROUX (JB) : « Etude de perception des usagers au CHRU de Lille. Rapport d'étude remis à la Délégation aux transversalités du CHRU de Lille, pour le cabinet SHS Déclic, 2002, 35 pages, shsdeclic@minitel.net

²⁹ ACKER (F) : « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », Revue Française des affaires sociales, 2005, janvier, page 165.

coordination et un suivi global du parcours thérapeutique du patient s'imposent, sur l'ensemble de la sphère sanitaire, sociale et médicosociale.

B) Les frontières dans la répartition des tâches et des compétences dans la sphère du soin se redessinent

Ces frontières sont de plus en plus floues de plus en plus mouvantes: De nouvelles frontières apparaissent au sein du travail infirmier³⁰, les rôles sont répartis entre les infirmières qui continuent à assurer les soins classiques et celles qui, par exemple, ne font plus que de la consultation. De même les frontières entre les infirmières hospitalières et leurs collègues de ville se renégocient du fait des séjours courts hospitaliers d'une part, et du développement de pratiques de soins, même complexes, à domicile d'autre part.

Dans ce contexte de densification des soins, les infirmières attendent des médecins d'avantage de disponibilité et d'organisation. Elles sont de plus en plus vigilantes à ne pas outrepasser leurs compétences réglementaires mais l'expérimentation mise en oeuvre dans le cadre de l'article 131 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 ouvre la voie d'une redistribution des compétences entre médecins et infirmières.

Une autre redistribution a lieu entre soignants et bénévoles pour la délégation d'une partie de l'écoute et de l'accompagnement des patients. Enfin comme nous l'avons vu dans les sujets précédents, les redistributions et les complémentarités sont nombreuses entre professionnels à l'exemple de l'infirmier et du préparateur en pharmacie, de plus en plus présent pour le suivi des pharmacies en zone de soins ou encore de l'infirmier et du manipulateur en radiologie avec le développement de l'activité interventionnelle.

C) L'hybridation des mécanismes

Jusqu'à présent considérées comme incompatibles, dans l'hôpital et son réseau, la division du travail côtoie la coordination du travail, la centralisation côtoie la décentralisation, la formalisation côtoie les relations interpersonnelles, la standardisation côtoie la flexibilité et enfin la hiérarchie côtoie les réseaux. Au cœur de tous ces mécanismes qui se rencontrent, les professionnels apprennent à composer, à s'adapter.

³⁰ ACKER (F) : Op. Cit.

2.2.5 Des démarches qualité et de gestion des risques qui ne sont pas sans conséquences sur les pratiques de soins

Introduite au sein du système de santé par l'ordonnance du 24 avril 1996³¹, la procédure d'accréditation a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement. A ce jour, pratiquement tous les hôpitaux ont satisfaits à la première visite, dite « V1 », et s'apprêtent, ou même pour les plus avancés, ont satisfait à la nouvelle version, dite « V2 » ; cette dernière s'inscrit dans la dynamique voulue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et qui fait de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système de santé. La place centrale du patient est majeure, avec l'appréciation de sa prise en charge³² tout au long de son parcours³³ dans l'établissement et en lien avec les prestations complémentaires offertes dans son territoire de santé.

L'implication des professionnels est recherchée à tous les niveaux de responsabilité et les professionnels de santé qui assurent la prise en charge des patients dans le réseau de soins, participent à la procédure

L'amélioration continue de la qualité des soins devrait reposer sur un système reconnu de gestion de la qualité : l'amélioration systématique des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes fortes de leurs compétences. Elle intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. La sécurité, qui correspond à l'une des attentes principales des patients, est évaluée à travers la mise en place du système de gestion des risques et d'amélioration fondé sur l'identification des risques et la mise en œuvre d'actions de prévention.

L'objectif d'améliorer à la fois la qualité des soins, mais aussi de diminuer les risques (infections nosocomiales notamment) a poussé les professionnels à fortement protocoliser, formaliser des processus de prise en charge des patients, contrôler leur exécution....Le revers de la médaille peut se retrouver parfois dans une forme de taylorisation des soins, qui va à l'encontre de la demande récurrente, des infirmières en particulier, d'accroître leur autonomie dans le travail.

³¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière des établissements de santé.

³² C'est-à-dire la continuité des soins de l'entrée jusqu'à la sortie.

³³ L'évaluation a lieu par type de prise en charge : soins de courte durée, soins de suite, soins de longue durée, hospitalisation à domicile et soins en santé mentale.

3 DE LA PREOCCUPATION DES COMPETENCES AUX CONCEPTS D'ENTREPRISE APPRENANTE AGILE.

3.1 Pourquoi reparle-t-on des compétences à l'hôpital ?

Pour l'hôpital³⁴ au même titre que toute autre entreprise, la préoccupation des compétences n'est pas une réalité aussi récente. La question remonte à quelques siècles mais exprimée différemment. La préoccupation des compétences à l'époque artisanale était quelque chose de développé ; seulement, il s'agissait de savoir-faire, de tour de main, d'habileté ou encore de secret professionnel. On faisait confiance aux compétences parce qu'il n'y avait rien d'autre, sinon la signature de l'artisan sur son travail. La préoccupation des compétences était forte et se traduisait par une attention majeure au passage de ces compétences à travers les méthodes de l'époque : le compagnonnage, le tour de France, l'alternance et tous les moyens pédagogique de l'époque.

A l'hôpital aussi, « la compétence sur les compétences » s'est perdue pendant de très longues années. Avec le développement des aspects techniques, on s'est rapproché du taylorisme avec un travail découpé en petits morceaux, avec une logique de règles très précises pour exécuter chaque tâche, une logique procédurale, le fameux « one best way ». On a retiré les compétences aux opérateurs et les seuls à demeurer compétents sont les ingénieurs, les responsables de l'encadrement, qui définissent les process de travail. L'organisation bureaucratique est également venue étouffer cette logique de compétences. Pour Max Weber, l'organisation bureaucratique repose pour ses résultats entièrement sur la qualité et sur le respect des procédures. Michel Crozier³⁵ écrit « un tel système présente des avantages certains de stabilité, de régularité et de prévisibilité. Mais en même temps, il est extrêmement rigide et secrète naturellement de la routine ».

Pourquoi reparle-t-on des compétences ?

Essentiellement parce qu'il y a accélération des changements. Le monde hospitalier est porté par les nombreuses réformes qui impactent profondément les organisations. Ce qui est nouveau ce ne sont pas tant les changements, mais la vitesse à laquelle ils se produisent. Comme nous l'avons exposé dans la partie précédente, les autorités se sont donné les moyens de « faire bouger » : plan Hôpital 2007, mise en œuvre des schémas d'organisation sanitaire, nouvelle gouvernance, droits des patients, démarches qualité et

³⁴ Référence aux cours de sociologie François Xavier Schweyer, Ecole Nationale de la Santé de Rennes.

³⁵ CROZIER (M) : « La société bloquée », Editions du Seuil, page 96

certification...Face à cette accélération des changements, la performance consiste de plus en plus à s'adapter à une nouvelle donne, à gérer des situations inédites, à innover...De plus en plus de réactivité, de capacités à saisir les opportunités amènent les individus au travail vers plus d'autonomie et de responsabilisation.

Evidemment, tout ceci interroge le management, d'autant plus que, depuis plus d'un siècle, l'hôpital a sa culture managériale calée sur la logique du prescrit.

3.1.1 Le management hospitalier : de la logique du « prescrit » au management par les compétences.

La première grande école du management est celle de Henri Fayol (1916) - ou la définition et la gestion du « prescrit » - ; dans un univers marqué par Frédérick Winslow Taylor, avec l'organisation scientifique du travail et par Max Weber avec l'organisation bureaucratique. Henri Fayol définit le rôle des cadres comme consistant à planifier, organiser, coordonner et diriger, gérer le personnel et rapporter. La seconde grande école est celle de Peter Drucker - ou le management par objectifs -. Dans le secteur public, ce type de management qui date de 1954, domine : le rôle des managers consiste à définir des objectifs, à organiser les unités et à attribuer les responsabilités pour la réalisation des tâches ; c'est aussi leur rôle de motiver et de communiquer, d'élaborer les normes qui permettent d'évaluer les performances. La logique du « prescrit » est encore très forte. Parmi les autres écoles, connue par les professionnels du soin qui s'en sont inspirés, l'école de Pittsburgh (1940 – 1980) s'appuie sur la résolution des problèmes. La fonction des managers est de mettre en ordre l'entreprise et de définir le travail des autres ; cependant, les variations de l'environnement peuvent modifier la programmation du travail ce qui amène les managers à passer une partie de leur temps à gérer les problèmes, à étudier pourquoi tel ou tel process ne marche plus et en exige un nouveau qu'il leur faut faire appliquer aux agents. On est plus que jamais dans la logique du « prescrit ». Henry Mintzberg (1976) observe que les managers ne font rien de ce qui correspond aux théories de management. Ils ont des tâches très variées, multiformes qui vont de l'étude de dossiers en passant par des choses difficiles à étiqueter. Point très important, ils récupèrent de l'information et la restructurent pour la délivrer utilement à leurs collaborateurs. Enfin, une grosse rupture a lieu au début des années 1990, même si ce n'est pas une doctrine de management, Peter Senge lance l'école du « management par les compétences » ou le concept « d'entreprise apprenante ». Derrière ce concept d'organisation apprenante, arrive toute la logique du management par les compétences. La performance des entreprises ne sera plus à partir du « prescrit », car ce dernier, avec l'accélération des changements, sera de plus en plus changeant. En dehors du cas de la

gestion des risques, quand les entreprises sont dans un champ d'activités soumises à des évolutions rapides, le prescrit devient contre performant. Aussi l'autre levier qui permet d'obtenir de la performance est la compétence. La gestion des ressources humaines s'en trouve révolutionnée.

La logique que l'on connaît est celle de la détermination des objectifs puis des missions. Compte tenu de ces objectifs et de ces missions, une organisation est proposée ; de celle-ci découlent des emplois, des postes. On a cherché à faire évoluer les individus vers les emplois en jouant sur la qualité du recrutement, la mobilité ou encore la formation. Les emplois, les métiers sont la variable stable et les ressources humaines sont la variable d'ajustement.

Si la stratégie des entreprises est définie pour partie à partir des compétences. Les questions qui se posent sont : où sont nos atouts ? Où sont nos domaines d'excellence ? Qu'est-ce que nous faisons mieux que les autres ? En quelques mots, où sont nos compétences ? Si nous n'avons pas toutes les compétences, quelles sont celles que nous allons être capable de développer compte tenu de celles que nous possédons déjà ?

Le management en terme de définition du process de travail, de procédures, avec de vraies qualités d'organisation, est complété par un management en terme de compétences. Demain, la responsabilité des managers opérationnels ne sera plus de dire ce qu'il faut faire, comment il faut le faire, mais de faire en sorte que leurs équipes soient en capacité de proposer des réponses nouvelles, de traiter des demandes nouvelles, de gérer des situations inédites auxquelles elles se trouvent confrontées. Les responsabilités des managers sont les suivantes : que leurs équipes développent des compétences à la fois individuelles et collectives. Les pratiques d'évaluation s'en trouvent modifiées : plus de contrôle, de mesure d'écart entre les objectifs posés et les résultats obtenus mais l'évaluation de l'efficience, c'est-à-dire la relation qu'il y a entre les résultats et les moyens, ce que l'on a réussi à faire compte tenu des moyens dont on dispose, compte tenu du contexte, du système de contraintes : la logique d'évaluation est qualitative.

Le management par les compétences ne peut s'inscrire que dans une logique d'organisation apprenante.

3.1.2 De la compétence individuelle à la compétence collective.

Selon Guy Le Boterf : « La compétence n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit pas à un savoir ni à un savoir faire...Il n'y a de compétence que de compétence en acte...La compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances,

capacités) à mobiliser mais dans la mobilisation même de ces ressources. La compétence fait ses preuves dans l'action³⁶. »

Face aux enjeux qui sont ceux de l'innovation, de l'adaptabilité, de la qualité et de l'efficience, l'organisation hospitalière nécessite d'utiliser une notion forte de la compétence; la définition classique de la compétence comme «la somme des savoir, savoir-faire et savoir être » est insuffisante car elle ne permet plus de monter des dispositifs fiables et à l'épreuve du temps. Selon Guy Le Boterf, il est indispensable, face aux exigences des organisations actuelles, de retenir un concept qui tienne compte de l'organisation du travail, un concept de la compétence qui permette de passer du « savoir faire » au « savoir agir » : prendre des initiatives, savoir arbitrer, savoir pondérer, savoir coopérer et par conséquent « savoir agir et interagir ». Le professionnel n'est plus seulement celui qui sait appliquer ce qui est prescrit, mais c'est celui qui sait, de plus en plus, aller au-delà du prescrit et prendre des initiatives. Cela implique que les personnels doivent non seulement disposer des compétences mais avoir la capacité à construire et adapter en permanence de nouvelles compétences.

Une personne est compétente lorsqu'elle sait : combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes, pour réaliser dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines exigences professionnels, afin de produire des résultats, d'apporter de la valeur ajoutée, satisfaisants à certains critères de performance pour un destinataire comme l'usager de soins.

Mais devant la complexité des situations professionnelles et l'innovation nécessaire pour réagir à la concurrence, les compétences d'un seul suffisent rarement pour obtenir le résultat visé ; il faut une vraie collaboration, une coopération de talents variés. Pour agir avec compétence, il faut non seulement être capable de mobiliser ses propres ressources mais aussi celles qui sont capitalisées dans les réseaux et de participer à l'actualisation et au renouvellement de ces dernières.

Aujourd'hui les vraies richesses (ressources) d'une organisation ne sont plus seulement les bâtiments, les installations, ce sont les compétences. Une organisation est performante non par ses ressources qui peuvent être copiées ailleurs, mais par la combinatoires de ses dernières : cette combinatoire est la compétence collective.

La compétence collective apparaît comme un moteur essentiel pour augmenter la performance de l'entreprise. Ce concept s'appuie sur une règle d'or, la compétence du groupe est une entité propre. Elle n'est pas la somme des compétences individuelles. Comme Guy Le Boterf l'indique : « la compétence collective dépend largement des

³⁶ LE BOTERF (G) : « De la compétence. Essai sur un attracteur étrange. », Paris, Editions d'Organisation, 1994, pages 16 à 18.

interactions qui s'établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif... ». Ce courant de pensée sous tend que les situations de travail ont une fonction formative. La compétence collective se répartit sur l'ensemble du système.

« On peut dire que la compétence collective réside dans la qualité de l'agrégation des compétences individuelles et plus précisément dans leur mise en cohérence et leur dynamique. Il faut donc rapport à la finalité de l'hôpital, avoir défini avec pertinence les activités requises qui permettent à leur tour d'identifier les profils de compétences des emplois et des personnels. Et la compétence collective dépendra non seulement de la coordination des interventions des acteurs compétents, mais aussi de la dynamique de l'intervention de ces derniers pour répondre avec justesse aux problèmes auxquels ils sont confrontés et assurer la flexibilité de l'hôpital³⁷. »

3.1.3 Deux concepts pour l'hôpital : être une organisation à la fois « apprenante » et « agile ».

A) L'hôpital : devenir une organisation apprenante.

Deux grands principes caractérisent l'organisation apprenante : c'est la « matière grise » qui fait l'efficacité de l'organisation et l'organisation est conçue pour produire plus de compétences qu'elle n'en utilise. Une organisation apprenante se situe aux trois niveaux que sont l'individu, l'équipe et l'organisation.

L'individu apprend par la formation classique mais aussi par d'autres moyens et d'autres modalités qui se développent aujourd'hui ou reviennent : enseignement assisté par ordinateur, le « e learning » mais aussi le tutorat, le coaching et avec le responsable hiérarchique.

L'équipe de travail devient apprenante parce qu'un processus de mutualisation des connaissances et des expériences se met en place. Tout agent qui répond à un problème, met en place un mode opératoire nouveau. Il invente une réponse et partage cette nouvelle compétence avec ses coéquipiers. Face à un problème complexe, l'équipe se met autour de la table et construit collectivement la manière de répondre

Au dernier niveau, l'organisation apprend et tout l'enjeu réside dans le fait de garder les compétences au départ des individus. C'est la problématique du management des

³⁷ SONNTAG (M) et VAUDELIN (JP) : « La compétence collective. », Revue Gestions hospitalières, avril 2006, page 271.

savoirs : capitaliser les expériences, décontextualiser certains modes opératoires construits dans telle ou telle situation pour les stocker dans une banque de données informatisée ; celle-ci va ensuite servir à reconstruire des compétences individuelles et des compétences d'équipe. L'organisation apprenante est donc une organisation qui apprend à trois niveaux et permet d'entrer dans la pédagogie par l'erreur. L'erreur commise est partagée, elle est source de progrès ; cependant, dans cette logique, elle ne doit pas être reproduite. Ce comportement est une petite révolution.

Au troisième niveau de l'organisation, la structure devient un vrai réseau de ressources. Construire des réseaux de ressources est de la responsabilité du management qui impulse et pilote l'ensemble.

L'hôpital ne peut penser son organisation et son fonctionnement indépendamment de sa noble mission. Pour devenir une organisation apprenante, il doit veiller à ce que les projets des personnes, des équipes, des services, des pôles, de l'établissement dans son réseau, soient pris en compte par l'ensemble des acteurs dans la perspective d'une construction commune. Plus qu'un modèle, l'organisation apprenante est un état d'esprit. C'est un projet d'entreprise impliquant tous les acteurs avec :

- un préalable organisationnel : tous les acteurs ont le potentiel de contribuer à l'essor de l'entreprise en développant une qualification plus grande, mais toutefois, ce respect de l'individu ne signifie pas égalité des responsabilités.

- un préalable individuel : cela nécessite de ne pas considérer son savoir comme un pouvoir privé mais comme un atout de développement commun. C'est mettre en œuvre la volonté de développer la capacité de l'organisation elle-même, et plus seulement des personnes, à apprendre de l'expérience et à évoluer en prenant appui sur celle-ci. C'est investir dans la capacité de chaque personne à monter en compétence et dans la capacité collective à évoluer des groupes qui composent la structure. L'organisation est construite comme un système écologique qui stimule l'apprentissage continu à travers les situations de travail.

Si la participation de l'ensemble des personnes favorise la responsabilisation de chacun, la mise en place d'apports de formation ponctuels et ciblés est une composante incontournable dans la réussite de la démarche. La structure et ses acteurs se doivent de savoir, vouloir et pouvoir acquérir ces nouvelles compétences pour devenir réellement une organisation apprenante.

Le développement des compétences est à considérer comme un enjeu partagé et permanent. Les entreprises, les produits, l'organisation du travail, les dispositifs se modifient en flux continu et tendu, le capital de compétences des personnes doit évoluer et faire évoluer celui de la structure. La projection dans l'avenir professionnel et social tend à donner du sens à cet investissement. C'est se situer dans une communication ne se réduisant pas à de simples échanges d'information mais au partage des démarches,

des modes de construction des savoirs, des savoirs en cours d'élaboration. Dans cette dynamique, il est important *d'accompagner* l'encadrement de proximité dans l'évolution de ses missions. C'est un état de veille permanente où il s'agit de multiplier les modalités et les occasions de développement des compétences mais aussi leur reconnaissance.

Le pilote assure la mise en place d'une évaluation en continu afin de permettre les réajustements de contenu. Son rôle est de valoriser les micro changements, dans la maîtrise des événements, dans le travail et son environnement. Il se doit de rendre les apprenants acteurs de la transformation : privilégier le développement de nouveaux modes de coopération, dispenser les apports formatifs au fur et à mesure, réinvestir les apprentissages rapidement dans le travail.

L'élément qui unifie toutes les dimensions d'une organisation apprenante peut s'exprimer ainsi : apprendre de l'instabilité et des mutations et donc devenir actif face à cette instabilité, apprendre à s'affronter positivement au devenir qui, par définition, est incertain et le faire ensemble dans des démarches de communication active³⁸.

Apprendre est un des moyens essentiel pour être compétitif. Il est nécessaire de transformer les pratiques, les mentalités, les manières d'entrer en contact avec l'environnement. Une organisation est dite apprenante lorsque sa structure et son fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs, en développant une logique de professionnalisation et non de qualification

Une entreprise est apprenante si elle capitalise et transfère les expériences et les compétences individuelles et collectives créées au sein de son organisation et, si d'autre part elle permet à ses collaborateurs d'expérimenter, de créer et de se transformer en toute confiance, liberté et sécurité.

Pour devenir une « organisation apprenante », l'hôpital élabore un projet d'entreprise partagé qui porte les valeurs de l'entreprise apprenante ; ses dirigeants sont porteurs dans leurs actes et dans leur discours de ces valeurs. Il est nécessaire de repenser l'organisation du travail, le management des hommes, l'anticipation des compétences et la formation.

B) L'hôpital : devenir une « entreprise agile ».

Depuis plusieurs années, Jérôme Barrant³⁹, en appui sur le concept d'agilité, se propose de rendre les entreprises adaptables et pro actives face au nouvel environnement

³⁸ Selon Philippe Zarifian, L'organisation apprenante

³⁹ BARRANT (J) : « Le manager agile. Vers un nouveau management pour affronter la turbulence. », Coll. Progrès du management, Editions Dunod, 2006.

économique, politique et social. Ce concept nous semble pouvoir intéresser l'hôpital pour s'adapter aux changements nombreux et quasi permanents de son environnement ?

L'entreprise agile partage les mêmes valeurs que l'entreprise apprenante.

a) *Le concept d'agilité*

L'agilité est la capacité à ressentir un changement, même mineur, de l'environnement et à maintenir la compétitivité des entreprises alors que la turbulence de leur environnement dépasse leur vitesse d'adaptation. Le concept d'agilité signifie rapidité de mouvement, mais aussi préparation et sécurisation.

Pour cela, les managers doivent connaître et comprendre l'entreprise pour la diriger, la connaître en vivant au cœur de l'organisation, en rencontrant les gens de manière attentive et, la comprendre par l'action, en entrant dans la dynamique des échanges.

« L'agilité d'une entreprise dans un environnement turbulent, c'est sa capacité à associer le sens et le temps de l'organisation et ceux de l'individu pour effectuer un geste innovant. ». L'entreprise fusionne le temps de l'expérience assimilée et celui du futur visé. Elle combine le temps des acteurs et les objets de son environnement dans la construction d'un sens (identité) adéquat à sa performance.

Une entreprise agile sait capter les signaux de changement de son environnement et elle innove dans ses produits, ses process, son organisation, au bon moment, à la bonne vitesse, avec les justes moyens et de manière coordonnée. Son organisation est flexible, adaptable, anticipatrice. Elle échange de l'information avec de multiples acteurs car le partage est sa valeur clé. Les systèmes d'information sont donc essentiels à la réussite de l'entreprise agile.

Pour proposer des soins et des prestations de haut niveau, l'hôpital agile n'agit pas seul mais avec ses réseaux interne et externe.

Il trouve auprès des structures de soutien : finances, méthodes, concept, relationnel, des capacités de réactivité inédites. Ces structures de soutien sont animées par une même culture agile mais dans une posture de prestataire interne. Elles mettent à la disposition des acteurs une capitalisation de l'information favorisant la décentralisation de la prise de décision nécessaire à la souplesse et à l'autonomie des unités opérationnelles.

« L'agilité permet à chacun d'avoir une compréhension systémique de l'entreprise face à son environnement dans l'instant de l'action. »

b) *Le sens et la cohérence*

L'hôpital, nous l'avons souligné, est devenu une entreprise complexe dans laquelle il est primordial de privilégier le sens et la cohérence.

Le sens :

Pour décider et agir, les acteurs ont besoin de buts, de sens sous peine d'agir par routine, obéissance ou conformisme. Cela implique que les dirigeants sont capables, au-delà des

buts qu'ils poursuivent, tels que la certification, l'attrait d'une nouvelle clientèle..., de passer au niveau de la finalité, du sens. Ce sens là est indispensable pour que chacun donne, à son tour, un sens à son engagement professionnel et personnel.

Jérôme Barrand explique qu'une entreprise agile est orientée vers une finalité porteuse de sens pour l'ensemble de ses acteurs et les acteurs de son environnement. Cette finalité est bien établie et réfléchie collectivement car elle implique le plus grand nombre le plus en amont possible. Elle est aussi partagée et entretenue ; aucun service ne peut trouver de sens propre qui ne participe au sens global. Enfin cette finalité est à la source de la stimulation de comportements d'anticipation car elle s'inscrit dans une vision future : chacun sait où regarder et coopère.

La cohérence

La cohérence est donc concertation, coordination, respect et esprit d'équipe. Elle est aussi ordre et processus. Chacun se positionne par rapport à l'activité de l'autre et vise à le servir le mieux possible, parce qu'il sait où il va, pourquoi et comment il y va.

c) Une stratégie agile et un management agile

La stratégie est une discipline qui permet de donner le sens et la cohérence et d'allouer des ressources. L'action est agile si la stratégie est agile !

Selon Jérôme Barrand, les critères de la stratégie agile sont :

- le processus participatif de la prise de décision : la stratégie d'aujourd'hui ne dépend plus que d'un seul homme, elle est le résultat d'une construction quotidienne tout en respectant la direction générale. Le manager est donc le coordonnateur des envies et possibilités des unités opérationnelles. Il est le compilateur des informations de la base, le constructeur et le validateur de sens avec la participation de chacun. C'est un processus participatif de construction de la stratégie mais en restant au service du sens et de la performance collectifs La stratégie est définie, redéfinie selon un processus itératif de dialogue entre les unités de l'entreprise sous la coordination du manager.

- le partage de la finalité : chacun adhère à la finalité et elle fait sens dans le collectif. La finalité est donc le cadre global d'action cohérent, coconstruit, partagé et respecté volontairement par chacun. Elle est la base de l'identité de l'entreprise. Cette finalité et ses valeurs sont rappelées, elles sont intériorisées par les acteurs. Elle est portée en particulier par les principaux responsables, le leadership.

- le type de leadership : la culture d'entreprise doit être relayée par des managers exemplaires qui ne sont pas des donneurs d'ordre et des contrôleurs de bonne exécution des tâches mais des catalyseurs d'une énergie vers une finalité collective. Un management collaboratif va stimuler les processus de fonctionnement. Chaque manager, à son niveau, porte les projets et les processus, développe une attitude positive, en

congruence avec les valeurs et les finalités de l'entreprise. « Il est à leur service et stimule les coopérations internes afin d'optimiser les processus de fonctionnement » La logique opérationnelle est donc davantage focalisée sur les fonctionnements plutôt que sur les résultats ou pire encore les tâches.

- l'évaluation de la performance : les projets de l'entreprise comme ses processus doivent être évalués par des modes réguliers, mais aussi par chacun, dans ses fonctionnements par rapport à l'autre, au regard d'une pluralité de points de vue et sous l'angle non seulement de la performance individuelle mais aussi et surtout sous l'angle de performance collective.

- la reconfigurabilité des ressources que sont les hommes, les techniques et les pratiques. C'est le principe des synergies : polyvalences, redéploiements.

- la logique de création de valeur qui signifie innovation, orientation client. « Cet affichage résolument tourné vers l'innovation de la stratégie doit servir aussi en interne à stimuler l'imagination et à faire accepter le changement permanent »

- l'intensité des coopérations : l'innovation est le résultat d'un travail collaboratif ; personne ne maîtrise l'ensemble de la complexité, il est fondamental de stimuler les coopérations entre les personnes, les services et les entités

4 A LA RENCONTRE DES ACTEURS.

4.1 Les établissements retenus

Le champ de l'étude prend en compte trois établissements :

- un centre hospitalier soumis à un plan de retour à l'équilibre financier avec des réorganisations de services, l'établissement est également en phase de restructuration et de rénovation de ses activités de bloc opératoire et de chirurgie.
- un centre hospitalier, organisé en départements, très proches des pôles d'activité préconisés par la nouvelle gouvernance, cet établissement est le produit de la fusion de deux hôpitaux publics et s'est installé dans un site neuf à mi chemin entre les deux villes.
- enfin un centre hospitalier préparant le transfert de ses activités médecine, chirurgie et obstétrique sur un site neuf.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, deux de ces établissements ont développé un projet relatif à la traçabilité des soins en appui sur la mise en place de la méthode des transmissions ciblées.

Ce sont des centres hospitaliers généraux de moyenne importance, comptant de 650 à 1100 lits et de 900 à 1400 agents

4.2 Les entretiens.

4.2.1 Les outils de recueil de l'information.

Nous avons réalisé une enquête par l'animation de groupes d'expression et une enquête par entretiens semi directifs individuels à partir des mêmes thèmes⁴⁰.

Pour l'animation des groupes d'expression, nous avons utilisé la technique de l'entretien de groupe non directif pour une expression libre. Chaque groupe était homogène, réunissant au maximum cinq à six professionnels ; il a eu une fonction de démultiplicateur complémentaire par rapport aux entretiens individuels : confirmation et précision de traits spécifiques, accès à des expériences et des pensées mal dévoilées, apport de nouvelles significations. Chaque séance a fait l'objet d'un compte rendu se

⁴⁰ Grille d'entretien en annexe 1.

présentant comme une synthèse analytique pour s'articuler avec l'enquête d'entretiens individuels et soumise à la validation des participants.

Pour les entretiens semi directifs, sentant de la réserve face à l'enregistrement des échanges dès nos premiers contacts, nous avons opté pour la prise de notes en insistant sur le respect de la confidentialité. Nous nous sommes mise en position d'écouter plutôt qu'interroger. Nos questions nous ont servi de fil conducteur et ont permis de recentrer les débats ou de les dynamiser.

Le consentement de chaque personne enquêtée a été recherché, tant sur la forme de l'entretien (individuel ou collectif) que sur le fond avec la présentation générale des points abordés.

L'intérêt d'enquêter de l'intérieur des milieux étudiés a été manifeste, nous avons obtenu des participations très actives, en particulier au cours de notre second stage, long de 5 semaines. Nous voyons dans ces entretiens et ces animations de groupes, une chance évidente, celle de rencontres et d'expériences qui nous ont instruite sur notre thème de mémoire.

Etant donné que chaque lieu communique des significations, nous avons choisi de rencontrer les interviewés là où ils l'ont souhaité, c'est-à-dire le plus souvent sur leur terrain : bureau, salle de détente, salle de réunion et sur rendez vous, en sachant que quelques entretiens se sont faits spontanément et sans formalités, à la demande des intéressés.

4.2.2 Les acteurs interviewés

Nous nous sommes intéressés à des acteurs ayant traversé des opérations de modernisation relativement récentes dans leur institution, ainsi qu'à des acteurs possédant une expérience suffisante pour repérer les écarts dans l'exercice de leurs métiers de soin entre l'hôpital de ce début de XXI siècle et celui des années 80, 90.

Nous avons recueilli des témoignages auprès de plusieurs populations : infirmières (13), aides soignantes (7), ergothérapeutes (2), kinésithérapeute (1).

Nos rencontres ont eu une durée de 1 heure en moyenne pour les entretiens individuels, de 1 heure 30 à 2 heures pour les groupes.

4.3 La recherche

4.3.1 Les outils de recueil de l'information et les acteurs rencontrés

Dans chacun des établissements où nous sommes allée en stage, nous avons fait le choix de conduire une recherche sur la gestion et le développement des compétences des personnels des services en traçabilité des soins (via les transmissions ciblées) ainsi que de l'animation et de l'utilisation de ces compétences sur le terrain.

Nous avons conduit une étude comparative des informations collectées⁴¹, et réalisé une synthèse que nous avons confrontée à nos hypothèses.

Nous avons alimenté notre recherche :

- par la lecture des projets d'établissement, accordant une attention particulière aux projet de soins et projet médical.
- par la participation à des réunions de direction, à des réunions d'encadrement.
- par la lecture des bilans social et de la direction des soins,
- par la lecture du plan de formation,
- par l'observation de situations de travail : plusieurs relèves entre équipes, une réunion d'équipe sur dossier,
- par la lecture des projets de service des équipes observées,
- par la lecture de 4 dossiers de soins.

Enfin nous avons enrichi notre travail par des entretiens, sur le thème choisi, entretiens que nous avons eu avec les 2 directeurs des soins, les 2 DRH, 4 cadres supérieurs dont l'un est référent dans le domaine pour l'un des établissements et 4 cadres de santé dont l'un est expert pour l'autre établissement, ainsi que 3 médecins.

4.3.2 La motivation pour cette méthode

Nous avons retenu ces compétences en traçabilité des soins :

- car elles sont, au niveau opérationnel, partagées par de nombreux professionnels, de métiers différents et elles sont, plus ou moins, relayées aux niveaux stratégique et managérial. Ces compétences sont développées, dans chacun des établissements, depuis plus de 5 ans, ce ne sont donc pas des projets débutants,
- car nous possédons nous même ces compétences ; ainsi nous avons pu être attentive aux informations à recueillir.

⁴¹ Grille d'étude en annexe 2.

4.4 Les résultats

4.4.1 Les résultats des entretiens

A) Le diagnostic.

Connaissance des réformes du système de santé

Méconnaissance ou connaissance imprécise

« Je ne saurais vous dire exactement, on entend beaucoup parler des pôles par les médecins »

« Est-ce que cela nous concerne ? Il faudra toujours soigner les malades ! »

« On entend parler de plus en plus d'argent, d'activité qui doit rapporter, de temps qu'il ne faut pas perdre... »

Difficulté à faire des liens avec le quotidien du travail, le service, les projets à venir.

« Une stagiaire de l'école de cadres a voulu animer une réunion et notre responsable lui a demandé de nous proposer un tour d'horizon des réformes dont vous me parlez. En fait, je me suis aperçue que je sais des choses mais que je ne fais pas forcément des liens...les autres non plus d'ailleurs, et en particulier avec les futures organisations du nouvel hôpital »

« Ces réformes, c'est compliqué, il faudrait nous les expliquer en simplifiant en concrétisant, vous voyez »

« On ne va plus faire partie d'un service mais d'un pôle ; on devrait déjà faire partie du département mais cela n'a pas vraiment marché. »

Connaissance des missions et projets de l'hôpital

L'accompagnement des cadres dans cette connaissance et appropriation est fondamentale

Les projets qui ont un lien direct avec le soin, avec le malade sont mieux perçus que les projets financiers, ou en lien avec la gouvernance de l'hôpital, plus lointains, plus abstraits.

« De l'information sur l'hôpital, on en a par le journal interne tous les trimestres ; depuis 2 ans aussi, il y a l'intranet avec les procédures qualité, les informations sur le nouvel hôpital...mais ce n'est pas encore un réflexe d'aller sur l'ordinateur. Pour ma part je préfère les réunions d'information ou encore les groupes de travail où j'apprends beaucoup de choses. »

« Je n'ai pas lu le projet de soins, pourtant notre cadre nous l'avait laissé à disposition dans le service. J'ai préféré quand on a discuté en équipe et que nous avons vu ce qu'on pourrait faire ici en gastro : tout à coup cela a eu du sens. Dans le nouvel hôpital, nous allons être au même étage, pardon le même pôle, que la chirurgie viscérale et nous avons décidé de travailler un projet commun sur les stomisés avec l'infirmière stomathérapeute... »

« Depuis que nous avons augmenté le nombre d'accueils en hôpital de jour, il a fallu dédier un poste d'infirmier par jour, qui ne fasse que cela ; je suis d'accord pour prendre ce poste avec quelques collègues, mais cela n'a rien à voir avec ce que je faisais avant. Le temps a beaucoup d'importance tout à coup, et pour tout le monde, à commencer par le malade qui entend bien rentrer chez lui le soir. L'infirmière doit s'assurer du déroulement du programme de la journée et le médecin ne peut plus passer à n'importe quel moment... »

« A propos de hôpitaux de jour, on entend dire qu' « ils » vont les augmenter chez nous aussi. Il y en a de plus en plus »

Le profil des usagers est bien appréhendé et l'articulation avec les réseaux de soins est reconnue

« Les malades ont changé ; ils échangent plus, veulent comprendre surtout les plus jeunes, je veux dire ceux qui ont jusqu'à 60 70 ans ; au-delà, ce sont les familles qui se font pressantes en informations, compréhension. Nous avons beaucoup de personnes très âgées car la gériatrie aiguë ne peut pas toutes les prendre. Ces malades là sont fragiles et nous travaillons de plus en plus avec les collègues du domicile qui les ont dans leurs tournées. »

Participation, implication dans les projets

La participation se fait à travers des groupes de travail, à travers des responsabilités confiées...les professionnels en redemandent !!

L'intérêt de la collaboration, de la complémentarité entre professionnels ne fait aucun doute.

« J'ai fait partie du groupe de travail sur l'organisation du centre du pôle dans le nouvel hôpital et je suis d'ailleurs candidate pour faire partie de la nouvelle équipe qui va être créée, vous savez il s'agit d'un nouveau métier quelque part...on nous a bien expliqué les impératifs de la manutention lourde et la gestion de l'office central »

« Depuis 4 ans je suis infirmière référente dans le service pour le dossier de soins ciblé ; avec notre cadre j'organise les autoévaluations annuelles dans l'équipe et j'en présente les résultats... »

« Dans le projet sur l'éducation thérapeutique, j'ai eu la chance de me retrouver avec des collègues, des kinés, une diététicienne et des médecins de trois autres équipes ; c'est la première fois que cela m'arrivait après 13 années de travail à l'hôpital. On a mis au point une démarche éducative qui peut être déclinée pour les anticoagulants, la ventilation non invasive et la prothèse de hanche »

« Il y a trois ans, on a collaboré à plusieurs équipes, 2 de chirurgie, celle du bloc, celle de la salle de réveil et des infirmières de réanimation, sur la réalisation de la fiche de suivi du patient en pré, per et post opératoire ; pour ma part, j'ai beaucoup appris des autres et j'ai pu faire passer des attentes du service...on a vraiment un suivi du parcours du patient dans les différentes étapes de l'intervention chirurgicale. La démarche est toujours utilisée aujourd'hui. »

Les projets, c'est aussi dans ce qui se passe au quotidien.

« Notre cadre n'est pas souvent là au moment des relèves, pourtant on se concerta mieux sur les projets des malades quand il les anime. ».

La participation critique n'est pas une pratique développée. Elle est encouragée par l'encadrement

« On n'a pas l'habitude de dire ce que l'on pense, comme cela sur le travail, l'organisation. On évalue assez peu ce que l'on fait et puis on aime les choses assez calées ».

La participation, le partage des compétences devient un mode de fonctionnement

« C'est vrai que lorsque les deux maisons de retraite ont été rassemblées, il a bien fallu qu'on s'ajuste. En fait, c'est devenu une façon de fonctionner avec le temps puisque tous les 2 ou 3 mois, on fait le point à plusieurs avec l'infirmière responsable. Quand on regarde ce que cela nous a rapporté depuis 3 ans, c'est intéressant. Ici, chez les personnes âgées, c'est important, parce qu'on deviendrait vite routinier. »

La participation aux projets se fait à travers la mise en œuvre de compétences nouvelles.

« Pour tenir la consultation d'annonce en oncologie, mes connaissances en oncologie et plus particulièrement des malades me sont précieuses ; j'ai dû me former et m'impliquer dans le projet oncologique régional que les médecins développent depuis plusieurs

années maintenant. Je ne suis pas seule et mon travail avec les collègues de l'hospitalisation est important pour le suivi des patients. »

Soi et les autres – les complémentarités entre professionnels

Des compétences métiers qui se transforment

De plus en plus de professionnels différents autour du patient et entre lesquels il y a un vrai défi d'articulation.

« Depuis que je suis en médecine neuro, 11, 12 ans, j'ai effectivement vu les équipes changer. Plus de médecins, avant il y avait le chef de service et le Docteur X, aujourd'hui ils sont quatre et les internes sont revenus après plusieurs années d'absence. Les diététiciennes sont arrivées il y a 7, 8 ans, notre psychologue 3 ans je crois. Depuis 3 ans aussi, le kiné est à temps plein et l'orthophoniste se partage avec le moyen séjour. On a aussi beaucoup d'élèves infirmiers, aides soignants... »

« Aujourd'hui, on est nombreux et en tant qu'infirmière, il me faut assurer des synthèses de la prise en charge ; les jeunes ont plus de mal à le faire car il faut à la fois de la « bouteille » et de l'autorité. »

« Les ASH qui font le ménage, font partie d'une entreprise extérieure. Elles ne font pas partie de l'équipe et c'était très bizarre au début. Pour leur transmettre de l'information sur les malades, je me suis aperçue qu'il fallait que je fasse une démarche volontaire. Avant les ASH étaient au milieu de nous, venaient aux relèves ou après, prenaient le café avec nous. Celles qui sont là aujourd'hui n'ont pas que notre service à faire... »

« Dans le nouvel hôpital, on ne va plus aller chercher nos chariots de repas, de pharmacie...la manutention automatisée va faire que nous allons peu, voir pas, sortir de l'unité. On râle quand il pleut, ou quand on a autre à faire, mais dans le fond, cela nous « aère » si on y réfléchit bien ! »

La force des projets, des outils et méthodes partagés...mais il y en a trop peu.

« Le dossier de soins ciblé nous aide beaucoup à tous nous articuler ; on a travaillé des cibles partagées avec l'infirmière référente en traçabilité des soins. Aux transmissions de la journée, on essaie de tous venir. Au début, en tant que kiné, et jusqu'à ce que je sois convaincu de l'utilité de la formation, je n'écrivais pas dans les dossiers, je ne les lisais pas non plus... »

Mais qui sont les autres ?

« De façon générale, on n'échange pas sur le sujet des métiers et des compétences qui vont avec. D'ailleurs, je me rends compte à travers vos questions et notre échange, de l'intérêt qu'il y aurait à le faire. »

« Je ne sais pas ce que font les autres dans les autres services de soins. Quand aux services administratifs, logistiques, c'est pire. »

« Les techniciens de l'informatique ne nous comprennent pas toujours, ils se font tirer l'oreille pour venir dans le service ! »

« L'ingénieur biomédical a modifié l'organisation des techniciens responsables du réseau de l'eau, cela nous pénalise dans notre organisation des soins aux dialysés. Il paraît que pour le respect des normes, il ne peut pas faire autrement ; on ne se comprend pas toujours. »

Encadrement, management

La « direction » est lointaine...l'encadrement de santé est présent

« Le Directeur des soins, on ne le voit jamais ; je crois bien que depuis 6 ans qu'il est là, je l'ai vu pour la première fois dans le groupe de travail pour la préparation de l'accréditation. Ici c'est un hôpital moyen, tout le monde, ou presque, se connaît. Le surveillant chef vient souvent, surtout depuis le suivi de la mise en place du dossier ciblé car il est le chef de projet. Avec lui, pas de problème : il connaît bien les malades et les soins. Il vient aux conseils de service et à certaines réunions d'équipe. »

Il faut mobiliser les ressources de chacun pour faire avancer les projets et les organisations

« Cela n'a pas été évident d'ouvrir l'hôpital ambulatoire ; soignants comme encadrement, on a tâtonné, ajusté. Il a fallu mettre en place des soins inhabituels comme les soins par téléphone. On a fait du bon travail, on a été à la fois très soucieux des normes à respecter et très créatifs. »

L'encadrement aide le personnel à prendre du recul

Chacun doit avoir conscience de l'intérêt de sa compétence

« On n'a pas souvent l'occasion de parler de ce que l'on fait ; quand on a travaillé sur notre fiche de poste, en tout cas pour ma part, c'était la première fois que je me penchais sur mes activités, sur les compétences qu'il me faut avoir. Pour certaines d'entre elles, c'est en répondant aux questions de la responsable que j'ai réalisé qu'il fallait les inscrire. J'ai pris du recul tout à coup et j'ai mesuré plein de choses comme l'ensemble des

services et des équipes avec lesquelles on travaille ici, les techniques de soins particulières au service.... »

« On ne se met pas suffisamment autour de la table pour débrouiller ou encore dédramatiser certaines situations : quand on peut le faire, on s'aperçoit qu'à plusieurs on est tout suite plus efficace. Et puis de se sentir solidaire dans la difficulté cela fait du bien ! »

B) La synthèse des entretiens.

Les personnels ont une connaissance toute relative des réformes et donc des difficultés à faire des liens entre ces réformes et les projets de l'hôpital, entre ces réformes et ce que l'on peut leur demander sur le terrain. Un écart est perceptible entre ce que devient l'institution hospitalière et ce que les personnels en perçoivent.

L'application des réformes sans changements et les changements sans fondements sont des pièges. En effet, connaître les fondements et comprendre leur utilité au regard de la pratique sont essentiels si l'on veut mieux associer les personnels aux évolutions en toute cohérence.

Ils ne repèrent pas forcément de sens aux réorganisations proposées.

Les projets qui ont un lien direct avec le soin, avec le malade sont mieux perçus que les projets financiers, ou en lien avec la gouvernance de l'hôpital, plus lointains, plus abstraits. Le profil des usagers est bien appréhendé et l'articulation avec les réseaux de soins est réalité mais les personnels n'inscrivent pas cette réalité comme une composante de l'hôpital aujourd'hui.

L'accompagnement des personnels par les cadres dans cette connaissance et l'appropriation des projets est fondamental et souhaité.

Les personnels participent de différentes manières aux projets et à l'amélioration des prestations : groupes de travail, responsabilités confiées ; la compétence s'exerce dans des situations réelles (contextualisées) : les analyses de situation favorisent l'expression de la compétence collective.

L'intérêt de la collaboration et de la complémentarité entre professionnels ne fait aucun doute. Ils mobilisent leurs ressources personnelles (expériences, connaissances...) et en acquièrent de nouvelles, avec la formation et en travaillant avec des réseaux et des acteurs nouveaux, pour mettre en place de nouvelles activités. Les personnels possèdent

un savoir agir fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources.

L'animation par le cadre a pour résultat de mobiliser les gens et de faire interagir leurs compétences

La participation critique n'est pas une pratique développée cependant elle est encouragée par l'encadrement

Les professionnels mesurent l'augmentation des métiers et des compétences autour du malade et du défi qu'il y a à être efficace ensemble. Si quelqu'un a le souci d'interfacer les compétences, c'est au profit du malade, de la continuité et de la sécurité des soins mais ce n'est pas totalement acquis car « professionnel et compétences dépendant ».

Les professionnels manifestent leur vif intérêt pour les projets, les outils et les méthodes partagés qui les réunissent dans une certaine cohérence et un important confort de fonctionnement.

Le cloisonnement, la méconnaissance des métiers de la logistique, de l'informatique ou encore des finances pénalisent la collaboration et le développement d'une compétence collective inter métiers.

De part et d'autre des métiers, ce n'est pas acquis d'aller au-delà des compétences disciplinaires et de rechercher des compétences transversales. Pourtant ces dernières constituent des outils pour vivre dans un hôpital où les situations et les interactions deviennent de plus en plus complexes, difficilement prévisibles et en évolution constante.

La « direction » peut paraître lointaine....l'encadrement de santé est présent

Le rôle de l'encadrement est majeur pour mobiliser la créativité du personnel, l'aider à trouver dans ses ressources les solutions aux problèmes posés ; ce rôle est plus exercé dans les adaptations d'activités nouvelles que dans le quotidien. Le cadre s'appuie sur les ressources internes et les ressources externes dont disposent, souvent sans en avoir pleinement conscience, les agents. Ces connaissances durables et transférables sont un bien précieux ; elles viennent des acquis antérieurs, de l'expérience professionnelle et de l'accès à l'information et ne sont pas nécessairement le produit d'un enseignement ou d'une formation.

La compétence est évolutive : elle prend appui sur les ressources existantes qui se développent constamment. Elle est interactive, reliée à son champ et des contextes variés d'utilisation

4.4.2 Les résultats de la recherche

A) L'étude comparative

	Hôpital A	Hôpital B
S T R A T E G I E	<p>Le projet d'établissement existe</p> <p>A l'intérieur les projets ne sont pas interfacés.</p> <p>Le projet de soins est centré sur la gestion quantitative des ressources humaines</p> <p>La traçabilité des soins ne concerne que quelques services pilotes sans qu'il y ait de déploiement projeté : un cadre supérieur est missionné. Le Directeur des soins n'a pas mis en place de structure projet.</p>	<p>Le projet d'établissement existe</p> <p>Le projet médical et le projet de soins sont articulés sur certains points : ex avec le développement du pôle gériatrique. Le projet de soins est centré sur l'organisation et la qualité des soins.</p> <p>La traçabilité des soins apparaît comme une priorité dans les projets et la démarche est généralisée : un cadre de santé expert est missionné et responsable du groupe référent sur la traçabilité ; le Directeur des soins est responsable du groupe de pilotage projet de soins. Le bilan d'activité de la direction des soins fait état des avancées et perspectives en traçabilité des soins depuis 5ans.</p>
	Hôpital A	Hôpital B
G R H F O R M A T I O N	<p>Le Directeur des soins travaille avec le DRH sur les dimensionnements et la gestion des effectifs.</p> <p>Projection à court terme : 6 mois</p> <p>La gestion des compétences n'est pas d'actualité au niveau de la GRH.</p> <p>Dans les fiches de postes, on trouve des compétences en lien avec l'orientation médicale de chaque service. On ne trouve pas de compétences transversales à l'ensemble des équipes comme la traçabilité des soins</p> <p>Le plan de formation annuel comprend 3 actions de formations aux transmissions ciblées par un formateur extérieur : les agents s'inscrivent par groupes de 15 à 18.</p>	<p>Le Directeur des soins en collaboration avec un cadre supérieur en mission GRH associe gestion des compétences et gestion des effectifs : les tableaux de bord comportent un volet compétences et les développements envisagés : projection moyen terme : 18 mois</p> <p>La gestion des compétences se développe manifestement entre la direction des soins et la DRH mais les outils sont encore succincts.</p> <p>Les compétences en traçabilité des soins via les transmissions ciblées apparaissent dans les fiches de postes des services et pour plusieurs métiers. La compétence est recherchée au niveau du recrutement.</p> <p>Le plan de formation est pluriannuel : pour les transmissions ciblées, plusieurs actions sont articulées : formations « labo » pour les débutants, formations d'équipe avec des objectifs spécifiques de développement ; animations d'études de situations et de dossiers ; l'ensemble est dispensé par des formateurs internes depuis 3 ans.</p>

	Hôpital A	Hôpital B
M A N A G E M E N T	<p>Le cadre supérieur missionné sur la traçabilité part en retraite dans 2 mois ; en relais, le directeur des soins positionne un cadre qui vient de la stérilisation et qui doit se donner les moyens d'apprendre de son collègue...</p> <p>Le niveau de maîtrise des transmissions ciblées est très hétérogène entre les équipes, du fait de leur appartenance ou pas aux services dits pilotes ; mais il s'avère être en corrélation avec l'animation d'équipe du cadre de santé ; 2 équipes, non pilotes, ont des résultats très encourageants.</p> <p>Le dossier de soins, proposé au moment de la mise en place des transmissions, est resté le même.</p>	<p>La traçabilité des soins fait partie intégrante des projets de services. 1 unité sur 2 utilise les transmissions ciblées au service du développement de compétences en éducation ou encore pour la prise en charge en ambulatoire.</p> <p>Le niveau de maîtrise des transmissions oscille de moyen à excellent. L'implication des cadres de santé est tout à fait corrélée à ce constat, mais aussi le fait que la majorité des équipes compte un professionnel référent, souvent infirmier ; à noter que 2 services ont respectivement un kiné et un ergo.</p> <p>Au fil du temps, le dossier de soins a été « aménagé » sur proposition des référents et des cadres, relais des équipes.</p>
O U T I L S	<p>Les 2 cadres, qui ont des résultats probants, animent des relèves au quotidien et organisent des réunions pluridisciplinaires d'analyse de situations de patients une fois par semaine.</p> <p>Seuls les 2 services cités évaluent une dizaine de dossiers par an et proposent des objectifs de progrès : les évaluations sont réalisées par le personnel par groupes de 3 à 4 agents de responsabilités différentes. Les résultats sont formalisés et discutés en équipes</p>	<p>2 cadres sur 3 réalisent des animations de relèves entre les équipes, environ 2 fois par semaine. Le professionnel référent conduit des études de dossier avec ses collègues : les résultats sont systématiquement commentés en équipe et formalisés.</p> <p>La campagne d'évaluation des dossiers de soins est annuelle et institutionnalisée ; les évaluateurs sont extérieurs aux services : le cadre expert en mission transversale et les membres du groupe référent traçabilité. 2 ou 3 agents se trouvent associés.</p>

B) Les résultats des entretiens croisés avec l'étude comparative.

Comme nous l'avons signalé dans la motivation du choix de la recherche, nous avons articulé notre étude comparative avec les entretiens que nous avons eu tout au long de nos stages avec les Directeurs des soins, les DRH et l'encadrement de santé des services observés ainsi que 3 médecins. Ces entretiens ont repris les thèmes de la grille proposée aux professionnels⁴².

⁴² Voir en annexe 1

Entre guillemets, nous avons repris les témoignages des professionnels et en italique, nous avons mentionné nos observations.

Réformes hospitalières :

« Il n'est pas débattu, de façon directe, des réformes avec les agents mais des liens peuvent être faits avec des impératifs projets ou pour expliquer des choix institutionnels. Nous avons beaucoup de dossiers sur le feu et pas des moindre ! »

Les questions soulevées par la mise en place des réformes restent évoquées, essentiellement, au niveau de la direction et du comité exécutif ; la mise en place des pôles d'activité, sujet fort débattu dans notre stage de juin, concernait un nombre limité d'acteurs. Pourtant les impacts sur les organisations des services et de leurs professionnels promettaient d'être majeurs.

Dans l'hôpital A, le plan de retour à l'équilibre financier entraînait de quasi inévitables réductions de personnel, là où l'activité n'était pas au rendez vous...

Les projets

« Le projet d'établissement ne fait pas l'objet d'une communication particulière ; des complémentarités entre les différents projets qui le constituent sont apparues lors de la dernière version qui intégrait le nouvel hôpital. »

Un projet, une pratique ou une compétence qui est relayé au niveau stratégique est davantage pris en compte. Le fait que chacun puisse le retrouver de façon cohérente dans les différents projets et dans les attentes des responsables est source d'adhésion.

« En ce qui concerne la traçabilité des soins des liens ont été faits avec la continuité et la qualité des soins ; les résultats de la visite d'accréditation témoigne de l'effort fait dans ce domaine. La volonté institutionnelle de développer cet axe là a été d'emblée très forte et soutenue par des moyens de formation et de management importants. Les transmissions ciblées font partie intégrante des pratiques désormais ; on évalue des dossiers de patients chaque année. Les résultats sont communiqués à chaque équipe et des objectifs de progression sont posés. »

Dans notre étude comparative, nous avons pu mesurer effectivement une grande différence stratégique entre l'hôpital A et l'hôpital B qui a des résultats plus marqués et plus étendus.

La gestion des compétences n'est pas envisagée comme un levier pour accompagner les transformations de l'hôpital. Cependant au niveau de l'hôpital B, les choix du Directeur des soins témoignent d'un vif intérêt pour celles-ci : l'animation des équipes s'appuie de

façon de plus en plus importante sur l'animation des compétences et de la recherche de compétence collective.

Participation, implication des personnels :

Dans le plan de formation de l'hôpital B, les actions concernant la traçabilité des soins sont variées et reposent sur des formateurs internes depuis 2 ans ; les ressources sont institutionnelles et elles s'adressent aux professionnels selon leurs besoins. Des référents animent les compétences à côté des cadres.

Des outils et des méthodes pour augmenter les compétences sont repérés dans chaque lieu : animations de relève pour partager et proposer ensemble des orientations dans les prises en charge des patients, études de situation et de dossiers, évaluations de dossiers devenues des pratiques systématiques.

Dans les deux hôpitaux, on retrouve avec plus ou moins d'importance, la formalisation des situations étudiées.

Les complémentarités entre professionnels

« Nous avons associé tous les métiers du soin au projet sur la traçabilité. Nos résultats témoignent de collaboration et de continuité des actions dans les prises en charge, entre les kinés et les infirmières par exemple, mais aussi entre services, je pense chirurgies, blocs et réanimation et entre nos équipes et celles du domicile ; nous utilisons les mêmes outils. »

« En tant que médecin, je n'ai par toujours été d'accord avec les transmissions ciblées parce que, au début, cela n'apportait rien et cela embêtait les agents. Je reconnais qu'au bout de toutes ces années, les écrits se sont qualifiés. J'ai été associé par le cadre à la définition des problématiques de maladies prévalentes dans le service et avec des infirmières nous avons travaillé sur la clinique ; ça fonctionne bien ! »

Au cours de nos entretiens et observations nous avons confirmé ce que les professionnels nous avaient partagé sur le cloisonnement entre les métiers de l'informatique, de certains services techniques et ceux du soin.

Dans l'hôpital A en particulier, en réunion de direction nous avons retrouvé ce cloisonnement : chacun dans ses dossiers, peu de propositions de l'un pour l'autre, de la tension sur un dossier qui concernait l'externalisation de la prestation ménage...

Encadrement – management

Les pratiques managériales sont plus homogènes en B qu'en A. Cependant en A, nous avons mesuré à quel point l'investissement des 2 cadres pouvait dynamiser les équipes et apporter des résultats et de la participation.

« Nous avons priorisé la mise place d'un cadre expert : il est reconnu, relaie la direction des soins et contribue largement à la pérennité des résultats. »

« Le cadre est intraitable sur le staff hebdomadaire ; c'est vrai que nous mettre autour de la table, médecins, soignants, kiné et assistante sociale, nous permet de débloquent des situations parfois épineuses. »

4.5 Vérification des hypothèses

Hypothèse1 :

Les professionnels ont effectivement des difficultés à s'approprier les réformes et à faire des liens avec ce qu'on leur propose ou demande de faire. Les dirigeants que nous avons rencontrés ne communiquent pas directement sur ces réformes ; quelques liens sont faits ; par exemple avec la mise en place des pôles d'activité.

Il paraît indispensable que les professionnels mesurent l'enjeu des réformes en cours pour mieux porter chacun à leur niveau les transformations de l'hôpital.

Les dirigeants ont pour rôle de donner du sens aux orientations et de partager ce sens pour que le personnel s'engage dans les changements. Il s'agit de comprendre pour mieux agir mais aussi pour pouvoir proposer de là où on se trouve.

Les niveaux hiérarchiques apparaissent encore trop cloisonnés : la participation, la coopération aux prises de décision n'est recherchée ; les valeurs ne sont pas communes.

Hypothèse 2 :

Le discours sur la compétence reste très généraliste. Nous n'avons pas relevé de gestion des compétences partagée entre les directions des ressources humaines et des soins.

Cependant sur le terrain des directeurs des soins et des cadres animent et développent des compétences avec succès et semblent être entrés dans un cercle vertueux de travail collaboratif entre professionnels de métiers différents : ces résultats sont à la hauteur des investissements institutionnels autour de la traçabilité des soins, significatifs d'un projet porté au plus haut, qui crée de la valeur au niveau des soins aux personnes, au niveau des personnels et au niveau de l'institution.

Hypothèse3 :

Les cloisonnements entre les métiers du soin tendent à se réduire mais les difficultés sont, semble-t-il, majeures entre métiers et disciplines différents, plus éloignés. Les dirigeants peuvent ouvrir la voie en développant à leur niveau davantage de collaboration pour mieux inter-agir.

Pourtant des cadres, des soignants et des médecins mesurent la valeur ajoutée de la compétence collective.

Hypothèse 4 :

Des outils d'animation des compétences sont repérables sur le terrain et partagés par des cadres de santé et leur équipes : études de situation, analyses de dossier, évaluation des informations portées aux dossiers par leurs auteurs. Mais ces méthodes ne font pas l'objet d'une formalisation précise.

La formation peut favoriser les apprentissages collectifs en appui sur des expertises internes ; c'est donc là un indicateur encourageant. Cependant la majorité des actions proposées dans les plans de formations sont distributrices de contenus ; le management de la formation n'est pas intégré à l'organisation et les cadres sont assez en retrait : pas de participation à l'élaboration des cahiers des charge pour espérer faire le lien avec les compétences qu'ils recherchent, peu d'investissement dans le transfert des acquis de la formation sur le terrain.

4.6 Conclusion de l'enquête

Les freins que le Directeur des soins doit lever pour que la compétence collective soit mise en avant par l'ensemble de la collectivité hospitalière sont nombreux mais les résultats de l'enquête laissent à penser que des évolutions sont amorcées.

Le rôle de l'encadrement est manifestement majeur dans le management de ces compétences. Ce que nous avons observé en unité de soins ne se retrouve pas dans les autres services logistiques, administratifs...

Les responsables que nous avons enquêtés affirment tous donner une valeur stratégique à la gestion des compétences métiers, ils semblent mesurer qu'elles sont de plus en plus discriminantes entre les établissements, et alors ?

Il n'y a pas de sentiment fort et partagé que la mise en avant des compétences est un ingrédient clé de la performance de l'institution. Les projets ne sont pas suffisamment transversaux pour impliquer des personnels de métiers différents.

5 PROPOSITIONS DU DIRECTEUR DES SOINS POUR UNE LOGIQUE COMPÉTENCE PARTAGÉE.

Le Directeur des soins prend appui sur la logique compétences métiers et le concept d'organisation apprenante et de ses caractéristiques :

Les situations de travail sont exploitées aux fins d'apprentissage

Le travail en réseau et la capitalisation sont privilégiés, les échanges et la communication organisés.

L'évaluation fait partie des pratiques courantes, elle est reconnue comme source de connaissances.

L'encadrement fortement impliqué, s'attache à mettre en cohérence management de la formation et management des compétences.

Mettre en avant les compétences, c'est placer les personnes en situation d'évolution professionnelle et de coopération dans une organisation en mouvement, créatrice de valeurs, de savoirs divers, dans une organisation que l'on qualifie d'apprenante : c'est une révolution qui implique des changements de mentalités, une nouvelle approche des organisations, de la formation, du développement professionnel qui s'appuie sur les situations de travail pour les rendre individuellement et collectivement formatrices.

L'appui sur la logique compétence est un choix institutionnel.

5.1 Les finalités poursuivies le Directeur des soins dans la promotion d'une « logique compétence » partagée.

Les ressources humaines sont essentielles dans une entreprise complexe comme l'hôpital. Chaque professionnel dans son travail prend en compte des critères de plus en plus diversifiés et se trouve confronté aux logiques diverses d'acteurs nombreux et nouveaux, aux logiques des personnes soignées, celles du réseau de santé... La logique compétence vient répondre à la nécessaire adaptabilité et réactivité de l'institution et de ses professionnels face aux mutations internes et externes.

Les procédures ne permettent pas de tout prévoir, il est impératif de faire confiance aux professionnels, de faire confiance aux compétences : il s'agit de trouver un équilibre entre procédures et compétences.

De plus en plus la fiabilité et la sécurité, et le fait de relever les défis de compétitivité dépendent de la bonne collaboration entre les compétences et donc de la

compétence collective. Le travail en réseau s'appuie sur cette compétences et la complémentarité inter métiers.

Du fait de sa position dans l'institution hospitalière, de ses expertises et le plus souvent de ses expériences, le Directeur des soins est l'un des acteurs les plus à même de garantir la juste coopération entre les compétences métiers. Il œuvre à la compétence collective en stimulant les interactions entre les professionnels dans les équipes, entre équipes, entre métiers différents, entre directions différentes. Le Directeur des soins est celui qui peut accompagner la logique de continuité et de sécurité au-delà des soins, pour la dupliquer au niveau institutionnel et ainsi décloisonner. Depuis sa position de dirigeant, il va créer les conditions pour que les individus, quels qu'ils soient, et leurs compétences, partagées et respectées, coopèrent de manière efficiente et s'inscrivent dans une logique de création de valeur.

Le Directeur des soins équipe les professionnels sous sa responsabilité de savoirs et de compétences pour travailler avec les nouveaux dispositifs technologiques et organisationnels. Les personnels doivent avoir les compétences mais aussi la capacité de construire et d'adapter en permanence de nouvelles compétences. Pour cela, ils seront encouragés à profiter des expériences des uns des autres, à procéder à l'analyse des pratiques professionnelles et à se partager les approches entre métiers pour combler les écarts de pratique et d'incompréhension.

5.2 L'appui sur un management centré sur les compétences.

Le Directeur des soins investit dans un management par la mise en cohérence et par l'accompagnement des personnes ou « gardening management » selon les nord américains. Ce management consiste à développer les compétences en créant un environnement propice et favorable entre le savoir agir et interagir, le pouvoir agir et interagir et vouloir agir et interagir.

Le Directeur des soins exerce son influence par la mise en place d'un management qui contribue à développer les compétences des professionnels, ceux placés sous sa responsabilité mais aussi, avec diplomatie et concertation, des autres professionnels de l'institution, en réunissant un ensemble cohérent de conditions propices : organisation du travail, formation, dispositif d'information et de communication, partage des enjeux et des objectifs, réunions de retours d'expériences, élaboration d'un « projet de prise en

charge⁴³ » des personnes soignées pour mieux articuler le projet médical et le projet de soins.

Le repérage des compétences passe par une connaissance précise des métiers, des activités qui y sont liés et des compétences attendues, ainsi que des compétences existant déjà dans la structure. Les référentiels métiers et les référentiels de compétences constituent des outils qui vont optimiser la gestion des ressources humaines sur le moyen terme et permettre de définir plus précisément les besoins de formation et le type de modalités pédagogiques favorisant les apprentissages recherchés.

La formalisation des modes opératoires et des procédures est une des conditions de réussite pour la mise en place d'une organisation apprenante. La transmission des savoirs nécessite un minimum de formalisation pour décrire ces modes opératoires, ces procédures et les règles à respecter ; il n'y a pas de mémoire ni de capitalisation sans écrits.

Par ailleurs l'analyse et la formalisation collective du travail par les agents engagés dans la production permettent d'améliorer l'efficacité collective et organisationnelle des conditions de production et l'apprentissage du changement. L'analyse des pratiques de travail contribue également à transformer les façons de voir et de penser le travail. L'explication des pratiques favorise un questionnement collectif sur leurs spécificités et sur leurs différences

Cette façon de penser le travail génère de la compétence collective et entraîne aussi des changements en matière d'organisation.

5.3 Un management de la formation intégré à l'organisation

Nous avons vu que parce qu'elle est évolutive et contextuée, la compétence ne peut pas être acquise par de la formation initiale ou continue. L'organisation doit permettre l'acquisition de savoirs nouveaux et favoriser les situations d'apprentissage, les échanges et l'apprentissage collectif, ainsi que le développement de la polyvalence et de l'initiative. Cela nécessite :

⁴³ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Article 1^{er}, chapitre 3.

5.3.1 L'implication prépondérante de l'encadrement.

L'encadrement doit développer à la fois une vision transversale de la formation et s'impliquer au quotidien. Il a un rôle de diagnostic car il identifie les compétences existantes, fait remonter les besoins, définit la commande de formation et propose un cahier des charges. Il a un rôle de formateur car il intervient pour la formation de ses collaborateurs en repérant les situations professionnalisantes et en mettant en place du tutorat, du compagnonnage au sein de son service. Il participe de cette manière à la gestion des ressources humaines.

Le fait de rendre les situations professionnelles formatrices requiert de l'encadrement de prioriser les processus et non les procédures.

Le développement de modes d'apprentissages intégrés aux situations de travail fait de ces dernières de véritables révélateurs de compétences. Certaines modalités pédagogiques, comme l'alternance, permettent d'approfondir les interactions éducatives entre lieux de formation plus théoriques et les situations de travail.

Le repérage des situations professionnalisantes s'intéresse à des situations suffisamment complexes et riches pour être retenues comme professionnalisantes ; elles comportent un problème à résoudre. L'apprentissage est organisé : progressif et conçu en fonction des besoins individuels de l'apprenant au regard des performances attendues ; il doit être accompagné pour favoriser une itération entre l'action et la réflexion à partir de l'action.

Les cadres priorisent une organisation du travail en réseau qui facilite les apprentissages car elle favorise et stimule les échanges entre les acteurs. Avant tout, elle permet d'élargir le potentiel de résolution des problèmes ainsi que des compétences en action.

L'organisation est aussi communicante : les savoir-faire utiles sont recensés et diffusés. La capitalisation et la mise en place d'une veille ainsi que l'adoption d'un système de gestion des connaissances sont indispensables pour retrouver l'information.

5.3.2 La pratique de l'évaluation : un retour sur les acquis de l'expérience

En cherchant à comprendre les raisons du succès ou de l'échec d'une action ou d'une politique, l'évaluation permet de progresser et d'améliorer ultérieurement l'efficacité des politiques menées, des actions conduites. Elle permet de capitaliser et de partager au sein d'une équipe les acquis de l'expérience. En cela elle participe à la construction des compétences collectives de l'institution, de l'organisation

5.3.3 La capitalisation

La gestion et le partage des connaissances sont des enjeux importants. Ils s'appuient sur la volonté collective de partage de la connaissance et la volonté à la faire vivre dans le temps, ce qui nécessite des mises à jour permanentes et des utilisations régulières. Les freins à la capitalisation collective des connaissances sont souvent liés à la gestion du temps, à la priorité accordée à la production : transmettre et partager ses résultats est une activité jugée secondaire et délicate (on a toujours mieux à faire). Ils peuvent également être liés à des enjeux de pouvoir ou bien encore à une mauvaise appréciation de leur utilité (certains conservent leur savoir pour ne pas perdre leur pouvoir).

5.3.4 De passer d'une organisation formatrice à une organisation apprenante .

Il s'agit d'apprendre par et dans l'organisation où le cadre organisationnel constitue un contexte délibérément conçu pour faciliter et stimuler les démarches d'apprentissage. La construction et le développement des compétences ne relèvent plus, selon Guy Le Boterf, de la seule formation mais « résulte de parcours professionnalisants incluant le passage par des situations de formation et des situations simples de travail rendues professionnalisantes ».

Les organisations formatrices ne favorisent que les apprentissages individuels en proposant des actions de formation intégrées aux pratiques de travail quotidien. Le manager n'assume pas un rôle de maître d'ouvrage de la formation et il a une responsabilité pédagogique indirecte. La formation ne débouche pas sur un vrai transfert de compétences mais s'articule plutôt autour de savoir-faire pratiques contextualisés.

Les organisations qualifiantes permettent le développement des compétences individuelles et collectives. Les caractéristiques sont : un travail valorisé et formateur, une gestion des ressources humaines qui permet la synergie des compétences individuelles et collectives, un professionnalisme pérennisé, le recours aux formations diplômantes afin d'élever le niveau de qualification des salariés, une reconnaissance sociale et financière de l'effort de développement de compétences entrepris par le salarié.

Les organisations apprenantes privilégient les apprentissages collectifs en vue d'organiser une progression collective des compétences. On ne se place plus dans la perspective de l'individu mais de celle de l'organisation ou de l'équipe. Le cadre manager y joue un rôle prépondérant et participe à toutes les étapes clés du processus de professionnalisation. Elle implique un bon niveau d'intégration de la formation avec les processus de la GPEC.

L'approche par les compétences permet d'opérer un lien entre connaissances explicites (ce qui est formalisé et transférable) et connaissances tacites (qui correspondent à des savoir-faire peu communicables et souvent contextualisés).

La mise en situation professionnelle permet d'accéder à ce type de savoirs et permet de construire des compétences dans l'action. L'apprentissage expérientiel repose alors sur la formalisation des pratiques et leur appropriation par l'apprenant

Les apports de l'apprentissage expérientiel : l'organisation apprenante se caractérise par la mise en œuvre d'une réflexion intellectuelle accompagnant l'acte de production et permettant le développement des capacités des individus qui la composent. Selon Philippe Zarifian, « ce sont l'intensité réflexive à l'évènement et la diversité des évènements auxquels un même individu peut être confronté qui engendrent une réflexion réellement transposable, qui génèrent un apprentissage. ». Cette réflexion peut prendre diverses formes : résolution de problèmes, analyse du travail, Elle s'exprime également au travers de la capacité à apprendre d'un poste de travail et en situation de collaboration.

L'apprentissage est favorisé uniquement si les facteurs suivants y sont : le travail a du sens, les objectifs de performance sont précis, la situation de travail appelle et active les processus cognitifs (situations de travail stimulantes), le travail est un lieu d'échanges, de confrontation des savoir-faire et des pratiques professionnelles, le travail permet la prise de responsabilités.

5.3.5 Les objectifs du Directeur des soins en promouvant une « logique compétence » dans l'organisation hospitalière.

Le Directeur des soins cherche, non plus seulement à adapter des personnels à des postes de travail, mais il va rendre possible et développer la capacité des personnes à prendre des initiatives pertinentes et à coopérer dans des situations professionnelles qui sont évolutives et chaque jour plus complexes. Il mise sur l'intelligence individuelle et collective des personnes.

Pour cela le Directeur des soins va repenser l'organisation du travail de sorte qu'elle permette de développer l'expression des « richesses humaines⁴⁴ ». Il cherche dans la logique compétence une stratégie gagnant/gagnant pour l'organisation d'une part et pour les personnels qui construisent leur capital de compétences d'autre part.

⁴⁴ Guy Le Boterf affirme qu'il est préférable de retenir richesses humaines plutôt que ressources humaines.

En fait, plus que les nouveaux métiers, c'est le développement de nouvelles compétences qui est à même de rendre les organisations plus efficaces et plus réactives.

Les conditions de réussite tiennent principalement au recentrage des professionnels sur leur cœur de métier. Elles nécessitent des formations communes aux différents professionnels paramédicaux. Elles passent par la valorisation des initiatives et l'assouplissement des règles. « Dans cette perspective, les métiers à favoriser seraient les « métiers de la conjonction ». Pour qu'ils soient efficaces, ils devront s'incarner dans des acteurs devant disposer de marges de manœuvre réelles, à même de rendre plus efficaces les organisations⁴⁵. »

5.4 Les leviers pour construire les compétences métiers.

La qualité des compétences mises en œuvre dans une organisation correspond au produit des trois facteurs : le savoir agir, le pouvoir agir et enfin le vouloir agir.

Pour faire évoluer le savoir agir, le Directeur des soins va inciter l'encadrement à développer les ressources personnelles des individus, les entraîner à combiner ces ressources, organiser des parcours permettant de passer par des situations variées d'apprentissage, mettre en œuvre une analyse des pratiques et la partager.

Un juste équilibre est à trouver pour passer du savoir-faire au savoir agir, pour amener les professionnels à dépasser le prescrit et à prendre des initiatives pertinentes...car attention de ne pas mettre les gens dans des situations paradoxales. En effet, le Directeur des soins encourage les cadres de santé à faire la chasse aux distorsions : si l'organisation est plutôt taylorienne, par tâches, très segmentées avec des procédures strictes et que l'on définit les compétences requises en savoir agir, les professionnels vont se retrouver en situation « d'injonction paradoxale » car mis dans l'incapacité de réaliser ce qu'on leur demande. L'inverse est vrai, si les gens sont placés en situation de « prescription ouverte et que l'on définit leurs compétences en terme de savoir-faire uniquement ; alors ils vont se retrouver en situation contradictoire.

Quant au pouvoir agir, il est étroitement lié au pouvoir d'agir à travers les organisations du travail, les délégations, les moyens, la gestion du temps, les réseaux de ressources ; ces variables qui vont permettre ou pas de pouvoir agir.

Le vouloir agir rejoint toute la question de la motivation. Le Directeur des soins met en place des outils simples avec une cohérence forte : le partage des enjeux, l'information

⁴⁵ COUDRAY (M.A), DONIUS (B) : cours du module Gestion des Ressources Humaines, Ecole Nationale de la Santé, mai 2006.

sur les résultats, le tutorat, les actions de soutien, la reconnaissance du travail réalisé à la fois par la personne mais aussi en équipe, en réseau et dans ce cas, le contexte est incitatif.

La pratique d'évaluation des compétences est influencée car :

quand la compétence est définie en terme de savoir-faire, l'évaluation consiste à mesurer les écarts⁴⁶. Il s'agit de contrôle, de comparaison à des normes, à des procédures.

quand la compétence relève du savoir agir, il n'y a plus une seule façon de faire mais plusieurs. L'évaluation consiste à attribuer un sens, une valeur, une pertinence à une stratégie d'action qui aura été mise en œuvre. Une telle évaluation suppose pour le Directeur des soins de favoriser la mise en place d'un dispositif collégial avec plusieurs métiers, des experts, des regards divers et combinés.

5.5 Les référentiels de compétences à retenir.

L'environnement constitue un élément très important dans les réponses de l'individu car il lui est extérieur et difficilement maîtrisable. La capacité d'un individu à construire ou à mettre en œuvre une compétence ne dépend pas uniquement de ses ressources personnelles, mais aussi d'un environnement plus ou moins favorable, défini par Guy Le Boterf comme « le champ des possibles ». Dès lors, les référentiels ne peuvent être utilisés comme des moules, mais plutôt comme des repères en fonction desquels le manager peut construire une équipe, recruter ou définir des parcours de professionnalisation pour les membres de son équipe.

Aucun référentiel ne peut procéder à l'inventaire exhaustif des compétences requises.

Le Directeur des soins va faire en sorte que soit dépassée la notion trop simple de poste de travail pour orienter vers des référentiels qui puissent constituer des « espaces de construction de compétences ». Ces référentiels sont attachés non plus à des super postes de travail mais à des filières, à des métiers, à des organisations du travail.

Bâtir des référentiels de compétences et des référentiels de situations professionnelles permet d'évaluer si les combinaisons de compétences ont bien été mises en œuvre.

La priorité est de construire des référentiels simples et en fonction de l'usage qu'on en attend : un référentiel de compétences peut servir à plusieurs objectifs.

⁴⁶ Alors qu'il y a, on le sait, de la différence entre le travail prescrit et le travail réel.

Le Directeur des soins va favoriser :

Les référentiels qui mettent en cohérence les orientations stratégiques et les exigences pratiques,

Les référentiels qui vont servir à orienter les politiques de professionnalisation et de formation,

Les référentiels qui vont informer de l'évolution des métiers, fournir des critères de recrutement, organiser la mobilité, structurer les entretiens d'appréciation et de développement annuels, fournir des critères de compétences et de positionnement.

5.6 Le Directeur des soins dans une logique compétence...

5.6.1 ...Est un coordonnateur.

L'hôpital doit devenir une nouvelle organisation coopérative voulant améliorer la continuité des soins en luttant contre les cloisonnements du système. Le Directeur des soins fait partie des coordonnateurs de ce réseau. Il en est un fédérateur, il participe à créer du lien entre toutes les composantes du réseau et tous ses participants. Il est aussi un « passeur » entre les cultures de différents métiers à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution. Très pluridisciplinaire, ce métier de coordonnateur suppose des compétences techniques et surtout des compétences relationnelles axées sur la communication et l'affirmation de valeurs partagées, l'animation, la gestion des conflits, sans oublier les compétences en management : gestion des savoirs, gestion du changement..

Pour permettre à l'organisation hospitalière de s'adapter, d'évoluer, le Directeur des soins s'associe, par sa politique, à l'évaluation de la structure réseau dans son ensemble, de ses différentes composantes, de ces processus et de ces outils : référentiels, trajectoires de patients, système d'information.

Il va participer à donner du sens aux dispositions prises au regard des réformes, des choix stratégiques retenus dans le cadre du réseau de soins, ou en lien avec les résultats de la visite d'accréditation...

5.6.2 ...Est un facilitateur

Le Directeur des soins favorise l'intégration des métiers importés tels que ceux qui sont liés à l'ingénierie de l'information ou encore les métiers très innovants dans le milieu de la santé. Les compétences de ces métiers ne peuvent pas être introduites sans adaptations profondes, en élaborant une fois de plus des démarches pluridisciplinaires et

transversales. Il participe au positionnement de ces nouveaux métiers pluridisciplinaires par rapport aux métiers plus traditionnels et il œuvre pour la collaboration entre eux.

5.6.3 ...Est porteur de valeurs, de cohérence et de sens.

Pour s'inscrire dans une logique compétence, le Directeur des soins favorise la mise en place d'une organisation à prescription ouverte, terreau du savoir agir et interagir. Il promeut un concept de compétence en terme « combinatoire ». Personne n'étant compétent tout seul ; il utilise les compétences de son réseau par une large connaissance de l'environnement et de ses ressources ; il défend l'idée que la compétence individuelle est indissociable de la compétence collective. Il incite au travail collaboratif : c'est à la fois partager, communiquer, se coordonner et s'organiser, produire. Pour collaborer, il faut un projet d'établissement constitué de projets articulés et complémentaires et une équipe solidaire pour le mener à terme ; il n'y a pas de travail collaboratif sans un intérêt commun, un enjeu partagé.

Au sein de l'équipe de direction, il favorise la confiance, le respect, la réciprocité et la solidarité. Le travail collaboratif est celui d'un groupe de membres qui mutualisent leurs compétences et coordonnent leurs actions pour mener à bien leurs travaux. L'équipe est solidaire, la responsabilité est collective. Elle partage des objectifs clairs, comprend que l'intérêt individuel et collectif convergent, pratique la concertation en sachant que le non négociable est précisé.

Le Directeur des soins apporte sa pierre à la construction d'une culture managériale commune, basée sur des valeurs fortes et une ambition collective, avec un souci de cohérence pour donner du sens à l'action quotidienne, du sens et de la cohérence aux orientations institutionnelles.

5.6.4 ...Collabore avec le directeur des ressources humaines

Le Directeur des soins développe une collaboration étroite avec le DRH pour la mise en avant des compétences. Nous l'avons dit, c'est avant tout un choix institutionnel. Ce choix s'inscrit dans un partenariat étroit entre les deux directions, mais il intéresse bien sûr les autres directions. La logique compétence est inscrite dans les projets comme un axe majeur.

Le management partagé des compétences se traduit par des objectifs et une politique commune. Le Directeur des soins possède la connaissance des services, des métiers et des compétences dont l'animation est une priorité de l'encadrement de santé. Il va

contribuer au développement de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences⁴⁷ en partageant les informations et les outils avec le DRH.

Véritable projet d'entreprise, la GPEC est basée entre autre sur la mesure des écarts entre les ressources et les compétences d'aujourd'hui et celles dont l'entreprise aura besoin demain. C'est surtout un moyen de gestion pertinent composé d'actions anticipatrices comme la formation bien sûr, mais aussi la mobilité, la réorganisation du travail, les recrutements, les départs. Des raisons en faveur de la mise en place d'une GPEC, l'impact stratégique est le plus important car l'entreprise y trouvera réponse aux besoins d'évolution, d'adaptation et d'agilité.

5.6.5 ...Travaille en étroite collaboration avec les médecins

Associer les médecins à une logique compétences métiers trouve sa raison d'être à de nombreux niveaux. L'organisation transversale du pôle incite au partage des ressources et en particulier des compétences réunies pour globaliser la prise en charge des personnes soignées. Le développement de l'hospitalisation de courte durée en appui sur le réseau de soins exige des soins concertés et sécurisés relevant de compétences qui s'adaptent en permanence en concertation avec les médecins de l'intra et de l'extra hospitalier. La majoration de l'apport technique, souvent moins invasif, dans les soins médicaux amènent des métiers divers à se coordonner autour du malade. C'est en proposant aux médecins de coélaborer le projet de prise en charge médico soignante, que le Directeur des soins contribuera à développer les compétences exigées par les nouvelles organisations et les nouvelles offres de soins.

⁴⁷ GPEC : La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 incite les entreprises à la mettre en place.

CONCLUSION

Une évolution profonde est en cours avec la recomposition de l'entreprise par flux et par processus et non par fonctions. L'hôpital en tant qu'organisation hiérarchique fait place à la transversalisation, à la logique du service. Les progrès technologiques exigent des coopérations et des ajustements entre les métiers. Le sujet central est de plus en plus l'utilisateur client.

Ces nouveaux paradigmes correspondent à une évolution des métiers et des fonctions au sein des organisations. Aussi, nous faut-il passer progressivement de la notion étroite de qualification à la notion de compétences et de partage des savoirs entre des individus, de plus en plus autonomes et travaillant en équipe pluridisciplinaire. Nous devons tendre vers de nouvelles organisations transversales et innovantes et donc des organisations apprenantes qui sont ouvertes, composées d'individus et de groupes autonomes, combinant des savoirs dans l'action selon une logique compétence et portées par une finalité partagée.

Mais faire de cette logique de compétence une logique institutionnelle ne se décrète pas. C'est un objectif à long terme entraînant une évolution des mentalités, des processus de développement de l'organisation et de son management. Elle implique, spécifiquement, un bon niveau d'intégration de la formation avec les processus de la GPEC. L'outil de la formation n'a pas pour seule finalité de qualifier l'organisation. Il permet aussi d'être plus efficace en développant une ingénierie de proximité d'autoformation favorisant l'acquisition et le transfert de savoirs et intégrant l'apprentissage dans les modalités de fonctionnement de l'organisation et dans sa culture interne. De plus, ce sont aussi la capitalisation et la diffusion des bonnes pratiques, le retour d'expérience systématique sur les actions et les missions qui fondent l'entreprise apprenante.

Marie Ange Coudray décrit trois axes d'évolution au sein du travail :

« La coopération entre les acteurs avec la mise en commun des compétences et avec les interactions et les interfaces que les décisions à prendre en commun requièrent.

La coordination, dans le but d'instituer des priorités dans le cadre des organisations, de mutualiser des moyens, de prévoir des itinéraires de soins clairs.

La coproduction, pour que les acteurs partagent des visions d'ensemble, à l'aide de projections, de mise en perspective de problématiques identiques, de réflexions sur les solutions innovantes compte tenu des besoins exprimés. ».

Ces dispositions doivent permettre de produire de la réactivité, de l'agilité face aux défis à relever par l'entreprise hospitalière et ses acteurs.

Sources et bibliographie

OUVRAGES

AMBLARD (H), BERNOUX (P), HERREROS (G) et LIVIAN (Y-F): «Les nouvelles approches sociologiques des organisations», troisième édition augmentée, Editions du Seuil, 292 pages, 1996 et 2005 (pour le chapitre 5).

BARRAND (J): «Le manager agile. Vers un nouveau management pour affronter la turbulence. », Coll. Progrès du management, Editions Dunod, 2006, 248 pages.

BOUTINET (JP): « Anthropologie du projet », Presses Universitaires de France, 3^{ème} édition 1998, 312 pages.

CLEMENT (J.M): « 1900 2000 : La mutation de l'hôpital », Les études hospitalières 2001.

CREMADEZ (M) et GRATEAU (F): « Le management stratégique hospitalier », Editions Interéditions, Masson, 2^{ème} édition revue et augmentée, 1997, 445 pages.

CROZIER (M): « La société bloquée », Editions du Seuil, coll. Essais Points, 3^{ème} édition, 1994.

CROZIER (M) et FRIEDBERG (E): « L'acteur et le système ». Sociologie politique, Editions du Seuil, 437 pages, 1977.

DUBET (F): « Le déclin de l'institution », coll. L'épreuve des faits, Editions du Seuil, Paris, 2002.

DERENNE (O) et LUCAS (A): « Le développement des ressources humaines », Manuel de gestion des ressources humaines dans la Fonction Publique Hospitalière, volume 2, Editions ENSP, 2005.

GENELOT (D): « Manager dans la complexité », 2^{ème} édition, Paris, Editions INSEP, 1998, 350 pages.

GONNET (F): « L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail », Les Editions Lamarre, 1992.

HONORE (B) et SAMSON (G): La démarche projet dans les établissements de santé, Editions Privat, 254 pages, 1994.

LE BOTERF (G): « De la compétence. Essai sur un attracteur étrange. », Paris, Editions d'Organisation, 1994.

LIVIAN (Y.F): « Organisation, théorie et pratiques », Editions Dunod 2001

LAWRENCE (P) et LORSCH (J): « Adapter les structures de l'entreprise », Editions d'Organisation 1994

MINTZBERG (H): « Structure et dynamique des organisations », Editions d'Organisation, 1997

MORIN (E) : « La complexité humaine », Editions Flammarion, Paris, 1994
SACCO (M.T) : « Conduire et accompagner une opération de modernisation », chapitre V, Le développement des ressources humaines, Volume 2, Editions ENSP, 2005.
ZARIFIAN (P) : « Objectif, compétences », Liaisons 2001

REVUES

BARET (C): « Hôpital : le temps sous tension », page 75 ;
Revue Sciences Sociales et Santé, Vol.20 n°3, Revue trimestrielle, septembre 2002.
CAILLET (R) : « Hôpital public, l'impossible réforme ? », Revue Soins, octobre 2005, n°699, page 39
COLLERETTE (P) : « Facteurs humains et culturels des changements technologiques. », Revue It. healthcare management, Volume 2, février mars 2006, page 8.
COUDRAY (M.A) et BARTHES (B) : « Le management hospitalier à la croisée des chemins », Revue Gestions Hospitalières, janvier 2006, page 18.
FAUJOUR (V) : « T2A et management des connaissances », Revue Gestions hospitalières, novembre 2005, page 683.
FAURE (A) : « Nouvelle gouvernance, inquiétude et espoirs des futurs acteurs », Revue Gestion Hospitalière, janvier 2006, page 29.
SCHWEYER (F.X) : « L'hôpital, une transformation sans fin », Revue Soins, n°699, octobre 2005, page 34
SONNTAG (M) et VAUDELIN (JP) : « La compétence collective. », Revue Gestions hospitalières, avril 2006, page 271.
VINCENT (G) : « Réformes hospitalières : quels enjeux. », Revue hospitalière de France, mars avril 2006, n°509, page 12.

PERIODIQUES

ACKER (F): « Les reconfigurations de travail infirmier », page 161
SCHWEYER (F.X) et METZGER (J.L) : « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », page 183
ROBELET (M), SERRE (M) et BOURGUEIL (Y) : « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », page 233.
« Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », Revue Française des Affaires Sociales, n°1 janvier - mars 2005, 59ème année. La documentation Française.

TEXTES

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière des établissements de santé.

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

Ordonnance n° 2003- 580 du 4 septembre 2003, relative à la « simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé »

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

DIVERS

BOUDET (G) : cours sur la Validation des Acquis de l'Expérience, Ecole Nationale de la Santé, mars 2006.

CHEBROUX (JB) : « Etude de perception des usagers au CHRU de Lille. Rapport d'étude remis à la Délégation aux transversalités du CHRU de Lille, pour le cabinet SHS Déclic, 2002, 35 pages, shsdeclic@minitel.net

COUDRAY (M.A), DONIUS (B) : cours du module Gestion des Ressources Humaines, Ecole Nationale de la Santé, mai 2006.

DONIUS (B) : cours sur la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi, des Métiers et des Compétences, Ecole Nationale de la Santé, février 2006.

SCHWEYER (F.X) : cours de sociologie, Ecole Nationale de la Santé de Rennes. 2006

Liste des annexes

- **Annexe 1** : grille d'entretien proposée aux personnels.
- **Annexe 2** : grille d'étude pour la comparaison de la gestion et de l'animation des compétences en traçabilité des soins.

Annexe 1

Grille d'entretien proposée aux personnels de soins.

Thèmes	Questions guides
Réformes hospitalières	Que savez-vous des réformes en cours depuis 3 à 4 ans ? Comment cela se traduit-il dans votre hôpital ? votre département ou votre pôle ? votre service ? Etes-vous associé suffisamment ?
Missions et projets de l'hôpital, la question du sens	Connaissez-vous ces missions, ces projets ? Quel sens cela a-t-il pour vous ? Voyez-vous pourquoi et vers quoi il faut évoluer ? Votre métier, votre activité quotidienne a-t-elle été modifiée par ces projets, ces orientations ?
Participation, implication dans les projets, sollicitation des compétences	Etes-vous impliqué dans un projet d'équipe, de service, de pôle ? Quel est l'intérêt des projets communs ? Vous investissez-vous dans une participation critique ? A votre avis, vos compétences sont-elles bien utilisées ? et la compétence de votre équipe ?
Soi et les autres	Mesurez-vous l'enjeu des complémentarités entre compétences métiers ?
Vos compétences métiers	Pouvez-vous me donner les grandes caractéristiques de votre métier ? Qu'est-ce qui a changé dans votre métier ces cinq dernières années ? Y a-t-il des métiers nouveaux autour de vous, des métiers qui ont changé, des métiers qui ont disparu ? Ces métiers influencent-ils votre propre métier ?
Encadrement, management	Quelles sont vos attentes par rapport au Directeur des soins, aux cadres de santé ? Y a-t-il un accompagnement qui vous soit proposé dans le cadre de l'évolution de votre métier ?

Annexe 2

Grille d'étude pour la comparaison de la gestion et de l'animation des compétences en traçabilité des soins.

	Hôpital A	Hôpital B
S T R A T E G I E		
G R H		
F O R M A T I O N		
M A N A G E M E N T		
O U T I L S		