

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne
Diplôme de Cadre de Santé



**Cadre de santé d'une équipe
pluridisciplinaire :
Challenge de l'entretien annuel
d'évaluation**

Isabelle FONTENEAU

DCS@13-14

Ecole Supérieure Montsouris 42 Bd Jourdan 75014 PARIS

Remerciements

Je remercie Patrick FARNAULT pour son accompagnement et ses encouragements durant la rédaction.

Je remercie tous les cadres de santé qui ont bien voulu répondre à mes questions. Le partage de leurs expériences m'a permis de réaliser ce travail et de me projeter dans ce que sera sûrement mon avenir professionnel. Ils m'ont permis de prendre conscience que le management hors-filière non seulement est possible mais peut aussi être source de satisfaction pour le cadre et pour les équipes.

Je remercie mon entourage proche pour le soutien et les relectures qui furent un exercice de patience et d'endurance.

Une pensée à mes enfants qui même s'ils n'ont pas compris pourquoi je devais « écrire autant de pages », se sont montrés soutenant à leur manière à eux.

Sommaire

1	L'introduction	4
2	Contexte d'émergence de la question de départ	5
3	Cadre législatif.....	7
3.1	Historique de la mise en place de l'évaluation en milieu hospitalier	7
3.2	Etat des lieux de l'évaluation professionnelle au niveau législatif	10
4	Cadre conceptuel	14
4.1	Entretien annuel d'évaluation	14
4.2	Concept d'évaluation.....	17
4.2.1	Evaluation du travail	17
4.2.2	Les outils de l'évaluation.....	20
4.3	Concept de compétence	22
4.3.1	Une définition complexe	22
4.3.2	La didactique professionnelle ou comment se crée la compétence ..	24
4.4	Le management hors filière.....	26
4.4.1	L'identité professionnelle et le besoin de reconnaissance	27
4.4.2	Les outils disponibles pour le cadre	29
4.4.3	Des points communs malgré tout	30
5	Redéfinition de la question et des hypothèses	32
6	Méthodologie de la recherche	36
6.1	Les objectifs du recueil de données.....	36
6.2	Le choix de l'outil de recherche.....	36
6.3	Le choix de la population interrogée	37

7	Le traitement des données recueillies et le résultat des entretiens	38
7.1	Traitement du talon du questionnaire	38
7.1.1	L'ancienneté dans l'activité d'encadrement et la prise en compte des compétences dans les entretiens annuels d'évaluation	38
7.1.2	La proximité avec l'équipe	39
7.2	Le traitement des données recueillies lors des entretiens.....	39
7.2.1	Le type d'outil utilisé par les cadres pour l'évaluation des compétences.....	40
7.2.2	Les freins et les ressentis des cadres vis-à-vis de l'EAE	42
7.2.3	Traitement des informations sur l'évaluation collective des compétences.....	45
8	Analyse des résultats.....	48
8.1	Les outils utilisés par les cadres pour évaluer les compétences de leurs agents.....	48
8.2	Les freins rencontrés par les cadres lors des évaluations.....	49
8.3	Les ressentis des cadres lors des évaluations.....	50
8.4	L'évaluation collective des compétences	51
9	Conclusion.....	53
10	Bibliographie	55
	Références législatives :.....	55
	Ouvrage :.....	56
	Thèses ou mémoires :	56
	Articles :.....	57
	Support de cours :	58
	Support électronique :.....	58

Liste des abréviations

DPC : Développement Professionnel Continu

EAE : Entretien Annuel d'Evaluation

ECTS : (European Credits Transfer System) Système européen de transfert et d'accumulation de crédits

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire

LMD : Licence, Master, Doctorat

1 L'introduction

Le développement d'une culture de la qualité à l'hôpital a conduit à l'apparition des entretiens annuels d'évaluation. Basés sur le vécu du déroulement de l'année écoulée, ces entretiens permettent à l'agent et au cadre de faire le point une fois dans l'année. Cela a mis du temps à se mettre en place mais aujourd'hui on peut dire que cela s'inscrit dans les habitudes de vie des services.

Dans le même temps, l'évolution des besoins des patients et l'intégration des professions de rééducation et de réadaptation de plus en plus tôt dans la prise en charge a conduit au développement d'équipe pluridisciplinaire dans les services de soins.

Suivant les politiques des établissements, les cadres de santé de filières soignantes ont intégré ces nouveaux professionnels au sein de leurs équipes ou des postes de cadres de santé de filière spécifiques se sont créés avec des modes d'interventions transversales sur les différents services.

Pour avoir connu dans ma pratique professionnelle ces deux modes de fonctionnement, cela ne pose pas de problème la plupart du temps. Même avec un cadre d'une autre filière, la gestion des plannings, des investissements est réalisée en « bonne intelligence ».

2 Contexte d'émergence de la question de départ

Je me suis questionnée lors de la mise en place des compétences dans les Entretiens Annuels d'Évaluation (EAE). Mon expérience des EAE étant limitée (en 10 ans d'ancienneté, seulement 3 EAE, aucun avec un cadre de ma filière professionnelle), je me suis donc posée la question de savoir comment évaluer les compétences une personne d'une autre filière professionnelle que la mienne ?

La fonction du cadre en termes d'évaluation des compétences des personnes n'est pas à remettre en cause. La fiche de poste du cadre de santé de la fonction publique les définit en ces termes : « *Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs* »¹. Cette fonction d'évaluation a essentiellement pour but de connaître les points forts et les points faibles de l'équipe et d'orienter ainsi les demandes de formation. Il est également important pour un cadre de connaître les compétences de son équipe avant de se lancer dans la mise en place d'un projet.

D'un point de vue législatif, l'arrêté du 18 août 1995² relatif au diplôme de Cadre de Santé précise que « *le décroisement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle.* »

Et pourtant dans les faits, on observe que les cadres de santé, quelle que soit leur filière d'origine, ont à encadrer des personnes qui sont issues de filières différentes de la leur. Cela est dû au développement des prises en charge pluridisciplinaires notamment dans le domaine de la gériatrie, de la psychiatrie, de la rééducation... Mais pas seulement car on peut observer depuis quelques années des cadres de filière rééducation ou médicotechnique prendre des postes aux urgences ou en médecine. Dans certains services de blocs opératoires, des cadres gestionnaires ont fait leur apparition.

Notre filière d'origine est-elle un élément qui influence notre capacité à évaluer les professionnels ? Est-il possible d'évaluer ce que fait une personne quand on ne

¹ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27> (consulté le 04/01/14)
² <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 02/10/13)

maîtrise pas soi-même ces activités ? Existe-t-il des outils pour faciliter l'évaluation ?

Autant de questions qui me viennent à l'esprit au moment où je commence mon mémoire.

Je ne répondrais peut-être pas à toutes ces questions, mais il me paraît important de les poser afin de définir les termes qui les composent et d'observer dans la législation et la littérature les réalités qu'elles recouvrent, afin de mieux cerner mon questionnement et poser mes hypothèses.

Dans la partie suivante, je développerai la méthodologie de mon enquête, avant d'en présenter les résultats et la validation ou non de mes hypothèses. Je terminerai ce travail par l'analyse des résultats.

3 Cadre législatif

Avant d'aller voir dans la littérature s'il est possible de trouver des réponses à ces questions, il me paraît intéressant de me pencher sur les textes de loi pour savoir comment l'évaluation a été mise en place dans les structures de soins.

3.1 Historique de la mise en place de l'évaluation en milieu hospitalier

C'est dans l'Arrêté du 6 mai 1959³ relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cures publics qu'il est fait mention d'évaluation pour la première fois.

Il faudra ensuite attendre la Loi du 31 juillet 1991⁴ portant sur la réforme hospitalière pour introduire la notion d'évaluation des pratiques professionnelles au travers de deux articles :

- Article L.710-3 du code de la santé publique : « *afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité* »
- Article L.710-4 du code de la santé publique : « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toutes actions concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.* »

Puis l'ordonnance du 24 avril 1996⁵ portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renforce la notion d'évaluation des pratiques et introduit l'accréditation, notamment au décours de l'article L.710-5 « *afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.* »

3http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CD98F7B322372AB9AD6256A524AA240E.tpdj_o05v_3?cidTexte=LEGITEXT000006073036&dateTexte=19690502 (consulté le 02/10/13)

4<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668> (consulté le 02/10/13)

5<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 02/10/13)

Les décrets des 14 avril 2005⁶ et 2 juin 2006⁷ relatifs à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) reconnaissent les EPP comme une source de perfectionnement des connaissances et donc comme faisant partie intégrante de la formation médicale continue. La Haute Autorité de Santé (HAS) a la charge de participer à la mise en œuvre des EPP (art 35).

Le décret n° 2007-101 du 25 janvier 2007⁸ met en avant : « *La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est une méthode conçue pour anticiper les besoins en ressources humaines à court et moyen termes.*

Elle vise à adapter les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues de la stratégie des entreprises et des modifications de leurs environnements économique, social, juridique. La GPEC est un outil de gestion prospective des ressources humaines qui permet d'accompagner le changement. »

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST)⁹ de juillet 2009, dans son article 59, intègre dans un dispositif unique, l'évaluation des pratiques professionnelles et la Formation Médicale Continue (FMC). Ce dispositif est nommé le Développement Professionnel Continu (DPC). Celui-ci s'applique à toutes les professions de santé. Dans la continuité de la loi de 2004, qui avait instauré l'EPP uniquement pour les médecins, la loi HPST va plus loin en élargissant cette pratique à tous les professionnels paramédicaux.

L'objectif est de faire progresser la qualité et la sécurité des soins en analysant son exercice professionnel par rapport à des recommandations de bonnes pratiques. Cette analyse a pour finalité de mettre en œuvre des actions d'amélioration.

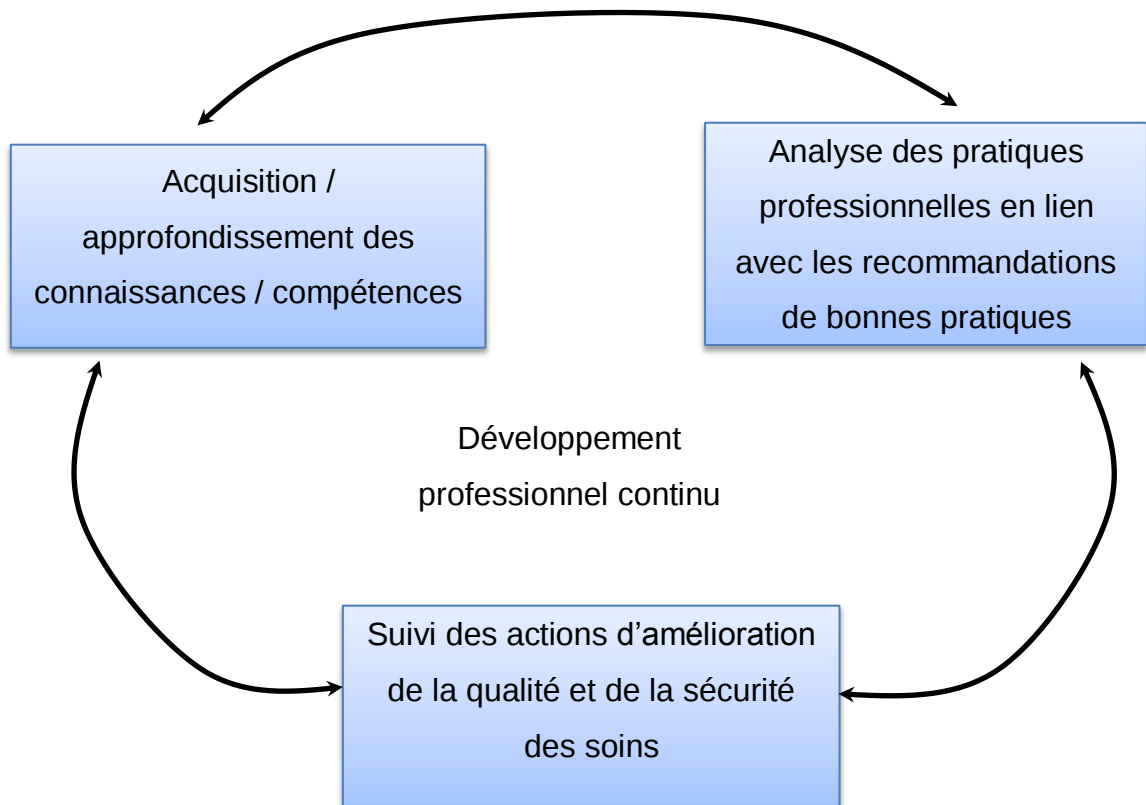
⁶<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 08/03/14)

⁷ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788162&dateTexte=> (consulté le 08/03/14)

⁸ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819390> (consulté le 02/10/13)

⁹http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894355/lepp-pour-les-professionnels-de-sante-non-medecins (consulté le 24/11/13)

Schéma 1 : Principes d'un programme DPC :



L'arrêté du 26 février 2013 a défini les conditions pour que l'EPP rentre dans le cadre du DPC. Il faut qu'elle s'inscrive dans le cadre des actions suivantes :

- « Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients
- Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients
- Contribuer à l'implication des praticiens de santé dans la qualité et la sécurité des soins et la gestion des risques
- Contribuer à l'amélioration des relations entre praticiens de santé et au travail en équipes pluri professionnelles
- Contribuer à l'amélioration de la santé environnementale
- Contribuer à la formation professionnelle continue »¹⁰

¹⁰ ROBINEAU-FAUCHON Isabelle. « De l'évaluation des pratiques professionnelles au développement professionnel continu », Cours de Master 1 Management et Santé 2013-2014

Dans cette même dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles et en conformité avec les accords de Bologne (1999), l'application du dispositif « LMD » (Licence, Master, Doctorat) est mise en place en 2009 pour la formation des Infirmières Diplômées d'Etat, en 2010 pour celle des Ergothérapeutes puis progressivement à toutes les formations paramédicales. Cette réforme s'est appuyée sur les principes suivants :

- *« les formations dispensées doivent continuer à avoir une finalité professionnelle ;*
- *l'exercice d'une profession demeurera soumis à l'obtention du seul diplôme d'Etat ;*
- *l'organisation du diplôme repose sur l'élaboration par des groupes de travail d'un référentiel des activités du métier, puis du référentiel de compétences exigées par le diplôme et enfin du référentiel de formation, structuré en modules ;*
- *l'identification sera faite, à cette occasion, des différentes unités d'enseignement du référentiel de formation qui permettront de valider des ECTS (système européen de transfert et d'accumulation de crédits)»¹¹.*

Dans le principe de créer des passerelles d'une formation paramédicale à l'autre, cinq compétences sont communes sur les dix contenues dans le référentiel des compétences propres à chaque formation paramédicale. Elles sont :

- communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin,
- les techniques permettant de faire évoluer la pratique professionnelle,
- le développement de la recherche et de l'information,
- organisation des interventions
- la formation auprès des étudiants et des patients.

3.2 Etat des lieux de l'évaluation professionnelle au niveau législatif

Actuellement la loi reconnaît l'existence de plusieurs outils d'évaluation qui ne sont malheureusement pas tous représentés de la même façon au niveau législatif.

¹¹ MORELLE, VEYRET, LESAGE, ACKER et NOIRE « L'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales» 2008

- L'Entretien Annuel d'Evaluation (EAE)¹²

La législation ne le rend obligatoire que pour les salariés au forfait jours (art. L. 3121-46 du code du travail). Cependant l'article L1222-3 Code du travail¹³ stipule l'obligation pour l'employeur d'informer le salarié de l'existence d'un entretien annuel et des modalités qu'il comporte.

Réalisé par le supérieur hiérarchique direct, l'EAE se veut un moment d'échange entre le salarié et son supérieur. Il peut être un outil intéressant pour évaluer les compétences des salariés.

Ces modalités n'ayant pas été définies dans l'article du code du travail, on en trouve différentes formes. On retrouve néanmoins les grands chapitres suivants :

- Les évènements marquants de l'année écoulée
- Les compétences dans le poste
- Le bilan d'activités en termes d'investissement dans l'institution
- Le point sur les formations faites et le souhait pour l'année à venir
- Les objectifs pour l'année à venir.

Dans l'établissement où j'interviens, l'évaluation des compétences a fait l'objet d'un travail de formalisation, mais nous y reviendrons plus tard.

- Entretien professionnel

Il a été mis en place suite à l'Accord National Interprofessionnel du 05 décembre 2003.

Cet accord stipule que tous les salariés ayant au moins deux ans d'ancienneté dans la même entreprise doivent pouvoir bénéficier d'un entretien professionnel.

Cet entretien sera renouvelé au moins tous les deux ans.

Les thèmes abordés lors de cet entretien sont les suivants :

- Les moyens d'accès à l'information pour les formations
- La détermination des objectifs de professionnalisation
- Les projets du salarié pour utiliser son droit à la formation individuelle
- Les conditions dans lesquelles pourrait se faire la formation

L'objectif de cet entretien est de faire un projet d'amélioration des compétences en collaboration avec le salarié, éventuellement un projet de formation qui soit en lien

12 http://www.cci75-idf.fr/upload/pdf/capRH71_Pratique.pdf (consulté le 28/09/13)

13. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006900860&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20121112&oldAction=rechCodeArticle> (consulté le 28/09/13)

avec les projets de l'entreprise. Il permet en retour à l'entreprise de mieux visualiser le bassin de compétences à disposition.

- Entretien professionnel de seconde partie de carrière

La loi du 24 novembre 2009 relative à la formation professionnelle rend obligatoire cet entretien pour les salariés de plus de 45 ans, pour les entreprises de plus de 50 salariés. Il s'applique aux salariés qui ont plus de deux ans d'ancienneté dans l'entreprise et il est renouvelable tous les cinq ans.

Lors de l'entretien, le supérieur hiérarchique et le salarié aborderont les points suivants :

- Les capacités professionnelles du salarié
- Le niveau de formation
- Les savoir-faire développés durant son poste actuel mais également lors des précédents emplois
- Les savoir-être
- Les capacités du salarié à évoluer en compétence comme en qualification.

Cet entretien a pour objectif d'aider le salarié et l'entreprise à envisager des objectifs pour la deuxième partie de carrière.

- Bilan d'étape professionnel

Dans l'article L. 6315-1 du code du travail qui découle de la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation tout au long de la vie professionnelle : ce bilan est imposé à toutes les entreprises quelque soit leur taille, à tout salarié pouvant justifier de deux ans d'ancienneté.

Dans le bilan, le supérieur hiérarchique et le salarié aborderont les points suivants :

- Les capacités professionnelles du salarié
- Le niveau de formation
- Les savoir-faire développés durant son poste actuel mais également lors des précédents emplois
- Les savoir-être
- Les capacités du salarié à évoluer en compétence comme en qualification.

Ce bilan est réalisé à la demande du salarié. Il a pour objectif de l'aider à formaliser un projet professionnel.

L'employeur ne peut pas refuser de réaliser le bilan.

Un avenant du 1^{er} février 2012¹⁴ relatif à la formation professionnelle vise à favoriser le déroulement et la progression de carrière des salariés. Cet avenant n'aborde pas les EAE.

Il reprend les conditions d'accès au bilan d'étape professionnelle et d'entretien professionnel.

Cet avenant inscrit le bilan de compétence dans une démarche de développement des compétences tout au long de la vie professionnelle.

Il a « *pour objet de permettre à un salarié d'analyser ses compétences professionnelles et personnelles ainsi que ses aptitudes et ses motivations afin de définir (ou de recadrer) un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation.* »¹⁵

¹⁴<http://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCCArticle.do?idArticle=KALIARTI000026287852&cidTexte=KALITEXT000026287768&dateTexte=20120815> (consulté le 04/01/14)

¹⁵ Ibid.

4 Cadre conceptuel

Un des rôles du cadre de santé est d'évaluer et d'accompagner le salarié dans son développement professionnel continu (DPC). Cela apparaît dans le droit du travail mais aussi dans le droit propre aux professions de santé.

Le législateur ne donne pas de consigne sur la méthode à utiliser et il met plusieurs outils à disposition.

Dans les établissements de santé, c'est l'entretien annuel d'évaluation qui a été davantage mis en pratique.

Intéressons-nous pour commencer à la façon dont l'entretien annuel d'évaluation est abordé dans la littérature professionnelle.

4.1 Entretien annuel d'évaluation

L'entretien annuel d'évaluation : « *Une tâche d'évaluation à risques* »¹⁶.

C'est ainsi que le définissent O. THUILLIER et M. VIAL dans leur ouvrage.

L'entretien est une situation de communication qui se situe tant au niveau organisationnel qu'au niveau de la relation hiérarchique. Il a pour objectif de relever trois enjeux :

- « faire remonter une information objective sur le comportement et les performances d'un agent »¹⁷, ce qui nécessite l'utilisation de grilles avec des critères objectifs sur les comportements, performances et compétences individuelles spécifiques au service dans lequel on intervient (notion de référentiel que l'on abordera plus tard). Cela place le cadre de santé dans « *une situation de communication à dominante descendante et informationnelle, qui n'est pas exempte de conflits potentiels* »¹⁸.
- « créer une communication privilégiée centrée sur les problèmes de l'année, les attentes du manager et celles du managé vis-à-vis du travail »¹⁹.

¹⁶ THUILLIER Odile et VIAL Michel « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital »

¹⁷ CHABERT Ghislaine, DESMARAIS Céline et IBANEZ BUENO Jacques, « Des cadres de santé « jouent » à évaluer. Le « Serious gaming » pour appréhender l'évaluation? », Communication et organisation

¹⁸ ibid

¹⁹ ibid

Il s'agit alors plus d'un échange sur le ressenti de l'année écoulée mais aussi sur la relation hiérarchique, ce qui nécessite pour le manager d'adopter une attitude d'écoute, d'ouverture d'esprit et de soutien envers le collaborateur.

- manager par objectif et piloter la performance, « *la situation de communication [...] est interactive et complexe [...] (elle) suppose une discussion contradictoire sur les objectifs, les conditions contextuelles ayant prévalu à leur atteinte ou leur non atteinte, l'interprétation qui peut être faite des résultats* »²⁰

Pour l'établissement, l'entretien annuel d'évaluation représente la conjonction d'enjeux identitaires forts pour les agents et d'enjeux managériaux majeurs pour les organisations, ce qui explique l'importance de la mise en œuvre de ces outils, mais aussi les risques d'échecs et d'insatisfactions qui peuvent les accompagner. La mise en place de formation tant pour les managers que pour les agents est parfois indispensable pour assurer les bonnes conditions à la mise en place des entretiens annuels d'évaluation. Ils sont également une source de connaissances vis-à-vis du personnel. Ils peuvent servir à appuyer le plan de formation. Ils sont aussi une obligation légale. C'est notamment la loi de 2007 (mise en place de la GPEC) et celle de 2009 (mise en place de la DPC) qui font de l'EAE, l'outil de référence pour la mise en application de la démarche « métiers – compétences ».

Pour le cadre, « *Tenir un rôle aussi composite est quelques fois inconfortable et source de questionnements [...] puisqu'il s'agit de conjuguer des attitudes de rappel à l'ordre, d'incarnation des normes mais aussi des attitudes d'écoute, de dialogue, de conseil, d'aide au devenir professionnel...* »²¹. Ceci d'autant que « *la démarche d'explication du rapport contribution rétribution qui est au cœur des démarches formalisées d'évaluation conduit souvent à mettre le manager en porte à faux* »²². L'EAE est pour le cadre un outil lui permettant de connaître l'état de motivation individuel et le niveau des compétences des agents.

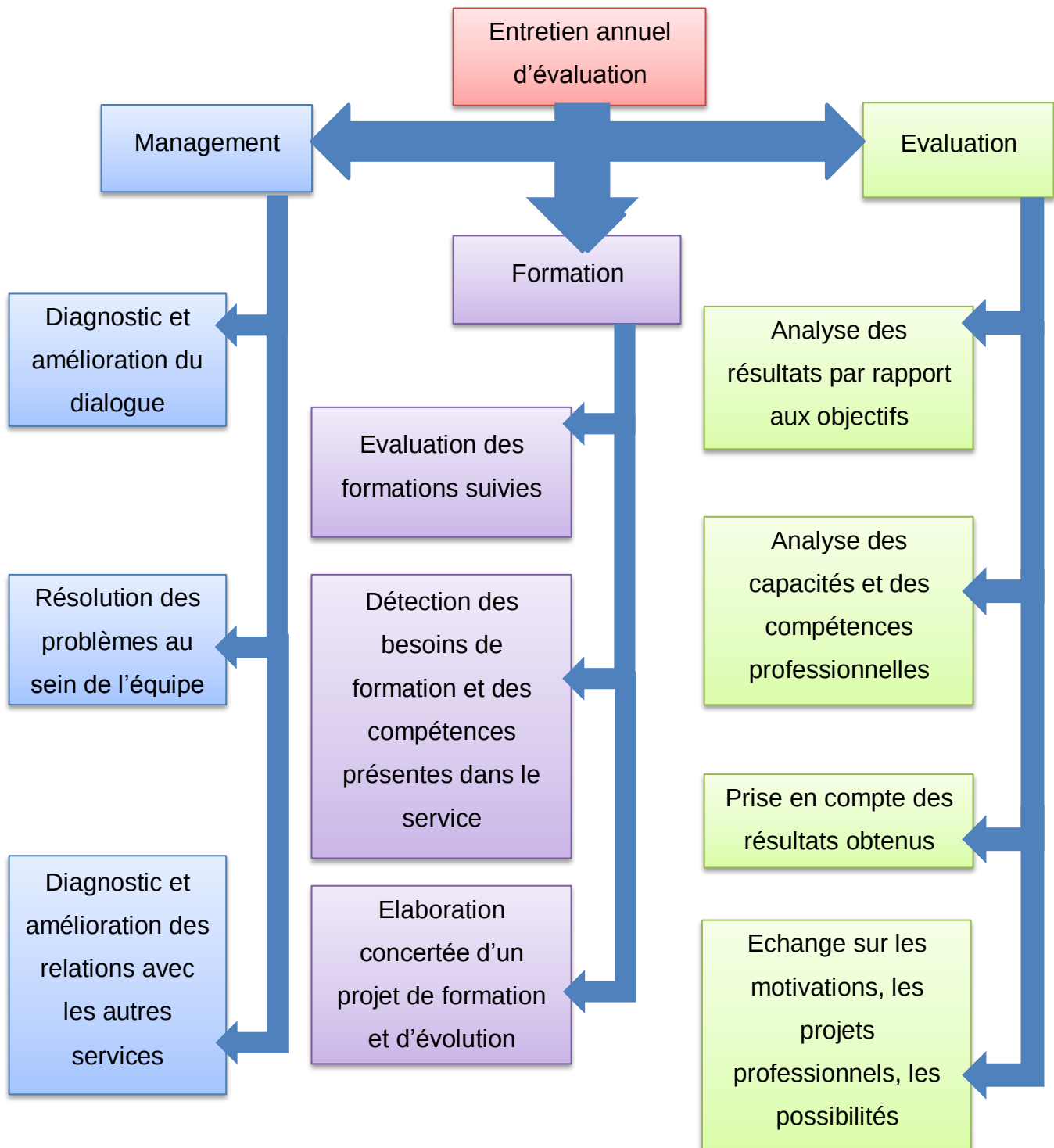
²⁰ Ibid.

²¹ THUILLIER Odile et VIAL Michel « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital » page 38

²² CHABERT Ghislaine, DESMARAIS Céline et IBANEZ BUENO Jacques, « Des cadres de santé « jouent » à évaluer. Le « Serious gaming » pour appréhender l'évaluation? », Communication et organisation

Pour l'agent évalué cela met en jeu la question de la reconnaissance, selon les trois dimensions décrites par Paul RICOEUR : « *la reconnaissance de son identité, la reconnaissance de son action et la reconnaissance mutuelle* »²³.

Schéma 2 : Des actions découlant de l'entretien annuel d'évaluation²⁴ :



²³ RICOEUR P., « Parcours de la reconnaissance », Paris : Stock, 2004

²⁴ FARNAULT Patrick. « La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences *Les différents entretiens dans l'encadrement : l'entretien annuel d'évaluation* » Cours de la formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris.

4.2 Concept d'évaluation

La littérature propose une définition générale de l'évaluation : « mettre en relation des éléments issus de l'observable et un référent pour produire de l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions ».

Elie MILGROM dans son ouvrage, différencie « l'évaluation certificative » et « l'évaluation formative ».

L'évaluation certificative intervient en fin d'apprentissage, l'interprétation normative sanctionne les erreurs de façon négative.

Concernant l'évaluation formative, les erreurs sont abordées en termes de pistes d'amélioration. La réalisation de l'évaluation se fait sur plusieurs temps, avant, pendant et après l'apprentissage. L'interprétation se fait par rapport à des critères attendus. L'auteur précise que ce type d'évaluation tend à l'implication de l'individu dans la prise de décision.

Dans notre pratique de cadre de santé, les évaluations n'ont pas pour objectif d'obtenir un diplôme mais bien de faire le point sur des compétences et de proposer des pistes d'amélioration pour mettre en place un accompagnement en vue d'en acquérir d'autres ou pour les renforcer. Il me semble donc que l'évaluation formative correspond plus au type d'évaluation qui devrait être mis en place dans nos services. L'auteur insiste également sur le fait qu'il est important d'annoncer le but de l'évaluation et de ne pas changer d'avis en cours de route, pour que l'individu ne soit pas surpris, qu'il n'y ait pas d'erreur dans les attendus de l'évaluation.

Le fait que l'évaluation formative se situe avant, pendant et après la formation, permet à la personne qui assure l'encadrement de pouvoir réajuster son accompagnement en cours de route.

Mais qu'en est-il lors de l'évaluation du travail ?

4.2.1 Evaluation du travail

Odile THUILLIER et Michel VIAL proposent dans leur ouvrage, une définition de l'évaluation au sens étymologique du terme, comme étant un rapport de valeurs. L'enjeu pour le cadre est d'accompagner l'évolution de ce rapport aux valeurs.

Selon les auteurs, le cadre assure une position d'autorité, dans le sens où il est celui qui fait autorité dans son domaine. Il guide son équipe, est responsable de la qualité des soins. Il assure également une fonction de gestion, qui peut poser une

problématique de pouvoir, lorsque l'« *on confond contrôler et évaluer, quand on confond jugement et avis, quand on confond montrer ce qui compte (ce qui est rentable) avec ce qui importe (ce qui fait sens)* »²⁵

Ces propos montrent bien que l'évaluation ne va pas de soi, qu'il faut clairement définir ce que l'on cherche à faire lorsque l'on parle d'évaluation du travail.

Je vais donc essayer à l'aide des auteurs que j'ai croisés dans mes lectures de mieux définir ce que l'on peut mettre derrière l'évaluation du travail.

L'évaluation du travail a connu plusieurs évolutions, qui sont en lien avec l'évolution de l'organisation du travail.

Ainsi lorsque les managers de l'époque de la production de masse (Taylorisme), avaient à évaluer leurs collaborateurs, ils basaient leur évaluation sur le chiffre de la performance de l'individu.

Dans les années qui ont suivi, on observe une évolution, avec le développement du management participatif. L'entreprise voit son organisation évoluer vers un travail d'interaction en vue de la réalisation de projets communs.

L'évaluation met alors « *l'accent sur la capacité de l'individu à s'inscrire dans un collectif, à jouer le jeu du travail d'équipe et à cultiver des relations interpersonnelles harmonieuses au sein de l'organisation* »²⁶.

Depuis quelques années, une nouvelle évolution apparaît avec le développement de l'incertitude des marchés. L'entreprise dépend des compétences de ses salariés pour évoluer.

L'évaluation va alors porter sur les compétences des individus au moyen d'un référentiel de compétences.

On note donc que l'évaluation du travail s'est construite peu à peu en même temps que la conception du travail a évolué.

C. DEJOURS²⁷ apporte un autre éclairage au concept d'évaluation du travail. Il montre dans ses travaux, qu'il existe un décalage entre le « *travail réel* » (travail

²⁵ THUILLIER Odile et VIAL Michel « l'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital » p 106

²⁶ BEGIN Lucie et VENIARD Antoine, « L'évaluation à 360° : le rôle du feedback par les pairs comme outil de développement des compétences comportementales des futurs managers » p 35

²⁷ DEJOURS Christophe « l'évaluation du travail à l'épreuve du réel »

effectivement réalisé pour arriver à l'activité fixée par le prescripteur) et le « *travail prescrit* » (travail tel qu'il est décrit dans les procédures).

Ce décalage entre le réel et le prescrit, nécessite de la part des travailleurs de continuel écart dans leur pratique pour atteindre tout de même leur but et les conduit à se considérer comme des « *fraudeurs* ».

Ce qui, lorsqu'on s'intéresse à l'évaluation conduit à un paradoxe :

- Pour atteindre son but il faut faire des écarts à la procédure et pour autant en cas d'évaluation.
- En cas d'accident, c'est le non-respect du règlement qui sera mis en avant et potentiellement sanctionné.

C'est en grande partie pour ces raisons que le travail réel ne se donne pas facilement à voir.

C. DEJOURS met également en avant d'autres causes pour lesquelles le travail réel est invisible :

- La stratégie d'acteur,
- Le manque de mots pour décrire clairement l'action réalisée,
- Le fait que le corps fasse le travail sans que la personne en prenne pleinement conscience,
- La mise en place des systèmes de défense contre la souffrance.

C. DEJOURS en arrive à douter de la valeur de l'évaluation du travail qui est faite, puisqu'il s'agit d'évaluer ce que l'on ne voit pas. Il relève les différentes alternatives qui ont été mises en place pour contourner ce problème.

Je n'aborderai que l'évaluation des compétences et de la qualité qui sont les deux modes d'évaluation qui ont un intérêt pour la suite de la réflexion.

- l'évaluation des compétences : C. DEJOURS met en avant les limites qu'il a pu observer aux cours de ses travaux de la façon suivante : « *l'évaluation des compétences dérive inévitablement vers l'évaluation de la personne et s'éloigne d'autant de l'évaluation du travail proprement dit. Or l'analyse clinique du travail montre qu'on ne peut pas définir, caractériser, saisir, ni a fortiori évaluer une*

*compétence sans en passer par la connaissance fine du travail dans lequel elle s'actualise. »*²⁸

- l'évaluation de la qualité : cette fois il s'agit bien d'évaluer le travail réel, mais l'évaluation de la qualité a dérivé vers une recherche de labellisation. Selon C. DEJOURS, la démarche « qualité totale » se traduit par des prescriptions supplémentaires de procédures et de contrôles, qui viennent encore alourdir le travail de l'agent.

Malgré toutes ces alternatives, C. DEJOURS en arrive à la conclusion que l'évaluation du travail ne peut être réalisée de façon satisfaisante. Et pourtant l'évaluation semble indispensable dans le monde du travail (en dehors des raisons légales). T. PERILLEUX²⁹ en précise les raisons :

- Permettre d'augmenter la qualité des services.
- Mettre en évidence les efforts des salariés en termes d'acquisition de compétences nouvelles.
- Améliorer la rationalisation des coûts par rapport aux bénéfices pour le service.
- Réduire la notion d'arbitraire dans les choix d'organisation

Il note également que l'évaluation par ses pairs a plus de valeur pour la personne que le jugement d'autres parce qu'elle apporte une reconnaissance, une appartenance à un groupe, à une profession.

4.2.2 Les outils de l'évaluation

Les cadres disposent de plusieurs types d'outils pour faciliter l'évaluation du travail réalisé dans le service.

- Les fiches de poste : ces fiches décrivent les missions que doivent réaliser les agents dans un service donné, la situation fonctionnelle, le positionnement hiérarchique et les responsabilités propres au poste. Les éléments relatifs aux compétences requises pour l'exercice des missions sont précisés. Très contextualisées, ces fiches doivent être tenues à jour tous les ans. Généralement utilisée lors des recrutements,

²⁸ Ibid.

²⁹ PERILLEUX Thomas, « Le déni de l'évaluation », *Travailler*, 2005/1 n° 13, p. 113-134. DOI : 10.3917/trav.013.0113

« la fiche de poste constitue [...] un outil de dialogue et de gestion entre un agent et le responsable de son unité »³⁰.

- Le référentiel de compétences : il regroupe les compétences stratégiques liées à un poste, contextualisées. Il permet d'évaluer les compétences acquises par un agent ou les compétences collectives acquises par une unité.³¹
- La personne ressource : elle peut-être interne ou externe au service. Il s'agit généralement d'une personne identifiée par l'ensemble du service comme étant référente ou ressource sur un thème particulier. Le cadre s'appuie sur cette personne, non pas pour prendre des décisions mais comme experte pour avoir les bonnes informations sur un sujet comme la douleur par exemple. La personne ressource ne peut pas être présente à l'EAE.

Lors de l'entretien, le recours à ces outils ou à la personne ressource permet d'aider le cadre à l'analyse de l'atteinte des objectifs mais aussi aider à fixer de nouveaux objectifs. Pour permettre une évaluation qui ait un sens avec l'activité réalisée dans le service, il est nécessaire de débiter la démarche par une étude des compétences propres au service. Dans l'idéal, cela est réalisé en équipe par les personnes qui sont au cœur de l'activité. Ce travail demande de pouvoir développer une attitude et un regard réflexif sur l'activité réalisée.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) conduit progressivement à la mise en place d'une gestion collective des compétences. Cela dans l'objectif d'anticiper les besoins en personnel qualifié au regard des recrutements et des départs de personnel.

Cette gestion a conduit dans certains services, à la mise en place de référentiel de compétences comme un outil vivant (espace de construction des compétences, d'évolution professionnelle) qui doit être remis à jour en fonction des évolutions de la structure. Le danger s'il devient figé, c'est de n'être plus que la description d'un poste de travail. La GPEC est essentiellement utilisée par les ressources humaines. Elle est également utilisable lors des évaluations du personnel afin de permettre l'élaboration d'un plan de professionnalisation et / ou de formation adaptée et d'en suivre les effets.

³⁰ <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/les-contenus-et-l-utilisation-d-a46.html> (consulté le 22/03/14)

³¹ http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Fichetechnique24_cle1f17eb.pdf (consulté le 22/03/14)

4.3 Concept de compétence

De nombreux auteurs ont écrit sur la compétence. On observe au travers de leurs écrits une certaine constance qui se dégage autour des points suivants.

4.3.1 Une définition complexe

La compétence implique une notion de valeur comparative. C'est pourquoi dans les définitions apparaît la notion de classement.

« La perspective adoptée dans ces définitions est à la fois différentielle (qu'est-ce qui fait la différence entre deux personnes ?) et développementale (qu'est-ce qui fait la différence au cours du développement ?). »³²

Si l'on rentre un peu plus dans le détail de la définition de ce qu'est une compétence professionnelle, on trouve que *« La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation »³³.*

La compétence permet d'aboutir à une performance. Certains auteurs pensent qu'il n'y a que cette partie visible de la compétence qui permettrait de l'évaluer. Selon eux, pour évaluer la compétence, il ne s'agit donc pas seulement d'évaluer les savoirs qu'ils soient théoriques, procéduraux ou pratiques, il faut mettre en situation et observer la performance.

La compétence est donc contextualisée, mais avoir des compétences ne signifie pas savoir les mettre en œuvre dans toutes les situations.

Pour être compétent, il faut parvenir à combiner les compétences dont on dispose, avec une compréhension fine de la situation dans laquelle on se trouve.

C'est seulement cette combinaison qui permettra d'être ou non compétent dans le contexte.

Sophie REINHARDT dans sa thèse met en avant une composante supplémentaire à la définition des compétences. Elle met en avant le fait *« d'avoir l'autonomie*

³² PASTRE Pierre, MAYEN Patrick et VERGNAUD Gérard, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie*

³³ WITORSKI R., « Analyse du travail et production de compétences collectives », Paris, Ed. Le Harmattan, 1997.

pour faire (avoir la responsabilité, être légitime dans la prise de cette décision) »³⁴. Cette particularité place la compétence au carrefour entre l'organisation, l'individu et le management.

Quand une situation complexe dépasse les compétences d'un travailleur (conduite de projet...), celui-ci doit être capable de faire appel à des compétences qu'il ne possède pas. Ph. ZARIFIAN parle de la compétence collective en ces termes : *« la compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité. »³⁵* Travailler à plusieurs, permet d'entrer en contact avec de nouvelles sources de connaissances et de faire de nouvelles expériences ce qui permettra à l'individu d'évoluer en compétence individuelle.

« La compétence collective d'une équipe de travail est supérieure à la somme des compétences individuelles qui la compose. En effet, le groupe favorise les interactions sociales et les effets de synergie des compétences de chacun. »³⁶ Pour y parvenir cela nécessite d'avoir une complémentarité entre les membres du groupe, en terme de langage et de référence commune, mais aussi de porter les mêmes enjeux.

« Paradoxalement plus la compétence collective est forte, plus les compétences individuelles deviennent indispensables. »³⁷. Le renouvellement des compétences au sein du groupe demande donc de préserver l'équilibre délicat entre les compétences individuelles. Celui-ci participe à la formation de la compétence collective.

Maintenant que nous avons étudié la différence entre compétence individuelle et collective, il me paraît intéressant d'avoir un regard complémentaire à l'analyse du travail et d'apporter un éclairage sur la constitution des compétences. Cette approche a pour objectif de mieux comprendre comment arriver à évaluer ces compétences.

³⁴ REINHARDT Sophie « Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ? », Thèse de Doctorat en Sociologie, Université Paris 8 - Vincennes Saint-Denis

³⁵ ZARIFIAN, Ph. « *Objectif compétence*. » Paris : Editions Liaisons en 1999

³⁶ TERRANEO Fabienne et AVVANZINO Nadia, « Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives », *Recherche en soins infirmiers*, 2006/4 N° 87, p. 16-24.

³⁷ Ibid.

4.3.2 La didactique professionnelle ou comment se crée la compétence

La didactique professionnelle est née dans la continuité de la mise en place de la formation professionnelle continue. Elle est un outil qui permet d'identifier les besoins en formation dans le cadre du travail. Elle prend naturellement ses sources dans l'analyse du travail que nous avons traité précédemment.

La didactique professionnelle s'appuie également sur les approches de J. PIAGET et de L. VYGOTSKI. Elle retient de ces approches que *« la forme opératoire de la connaissance, celle qui permet d'agir en situation, et la forme prédicative de la connaissance sont fondamentalement deux formes complémentaires de la même connaissance, même si des décalages substantiels existent entre le faire efficace et la capacité de dire ce qu'on fait et pourquoi »*³⁸.

D'après P. PASTRE, P. MAYEN et G. VERGNAUD, la notion de compétence ne suffit pas pour permettre une analyse de l'action. Elle doit être complétée par le concept de schème qui est défini comme *« une organisation invariante de l'activité pour une classe définie de situations. Un schème comporte quatre catégories distinctes de composantes :*

- *un but (ou plusieurs), des sous-buts et des anticipations ;*
- *des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ;*
- *des invariants opératoires (concepts-en-acte et théorèmes-en-acte) ;*
- *des possibilités d'inférence. »*³⁹

Les auteurs précisent que *« le couple schème / situation est donc le couple théorique fondamental pour penser l'apprentissage et l'expérience »*⁴⁰ et considèrent que ce concept *« est pertinent pour les gestes, les raisonnements et opérations techniques et scientifiques, les interactions sociales et notamment les activités langagières, les émotions et l'affectivité. »*⁴¹

« Le concept de schème permet de comprendre en quoi l'activité humaine est organisée, efficace, reproductible et analysable. Cette organisation de l'activité est

³⁸ PASTRE Pierre, MAYEN Patrick et VERGNAUD Gérard, « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* [En ligne], 154 | janvier-mars 2006, mis en ligne le 01 mars 2010, consulté le 30 décembre 2013. URL : <http://rfp.revues.org/157>

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid

souple, puisque, comme on l'a vu, la compétence ne consiste pas à répéter perpétuellement le même mode opératoire, mais à s'ajuster aux circonstances pour que l'action soit finement adaptée. Mais cet ajustement ne peut se concevoir que parce que l'organisation de l'activité comporte une bonne part d'invariance. La dimension invariante de l'organisation de l'activité représente la part généralisable de l'action.»⁴²

La didactique professionnelle s'est intéressée à la particularité du travail en interaction avec l'autre, en décrivant une « *double activité : l'activité du service proprement dit (le soin que l'on doit réaliser, la prescription qui a été faite) et la gestion de la relation avec le patient, dans le cadre de l'institution (défini par les contraintes de notre exercice professionnel)* »⁴³.

Elle permet également d'apporter un autre regard sur la notion de savoir-être. En effet, dans la relation à l'autre, l'imprévisibilité est le maître mot. Il y a néanmoins des règles de vie sociale et professionnelle qui doivent être apprises pour assurer une posture et un positionnement dans le service entre collègues et face aux patients. Ces règles de vie professionnelles peuvent parfois être contre spontanées, « *la construction et le développement de schèmes professionnels supposent alors au moins autant de ruptures que de continuités.* »⁴⁴

On observe ainsi que le développement de la compétence se fait par étape, et que c'est la répétition des situations qui va permettre de dissocier sur une activité, les invariants, des éléments qui vont faire que chaque situation est unique.

Pour le cadre, qui doit réaliser une évaluation, il n'est pas question de faire une journée « examen » dans le service. C'est donc l'observation au long court qui va permettre au cadre de santé de voir comment telle personne gère telle activité. Ce n'est que l'observation répétée qui contribue à donner une image représentative de l'état des compétences d'une personne. Par ailleurs, l'évaluation du travail ne va pas consister uniquement en l'évaluation des compétences techniques, elle prend également en compte les compétences relationnelles tant vis-à-vis du patient que des collègues et de la capacité du salarié à s'intégrer dans les projets du service et de l'établissement. On peut considérer que « *l'évaluation s'appuie*

⁴² Ibid

⁴³ Ibid

⁴⁴ Ibid

sur des données essentiellement qualitatives, qui font la synthèse d'appréciations multiples ressenties au fil de l'année »⁴⁵.

Mais alors que dit la littérature sur le fait d'encadrer et donc d'évaluer une personne qui n'a pas les mêmes compétences que soit ?

4.4 Le management hors filière

Il n'existe pas de définition précise, concernant le management hors filière.

Il s'agit du fait de manager des personnes qui n'ont pas la même profession d'origine que celui qui les manage.

Cette pratique très répandue dans le domaine de l'industrie, se développe depuis un certain nombre d'années dans le domaine de la santé.

La Loi de 1995 sur la réforme de la fonction des cadres, a validé cette pratique en modifiant la dénomination des cadres.

Qu'ils viennent des soins, de la rééducation ou encore du médicotechnique, les cadres sont devenus des cadres de santé.

On trouve peu d'écrits sur le management hors filière dans le domaine de la santé, en dehors de quelques articles qui relatent l'expérience de ces cadres de santé.

Dans l'article « Encadrer des professionnels d'une autre filière que la sienne », l'auteur interroge plusieurs cadres qui font part de leur expérience lors de leur prise de poste. Ils mettent en avant que bien que n'étant pas experts dans le domaine où ils exercent, ils leur aient apparu indispensable d'avoir une connaissance des professions qu'ils managent notamment en termes d'organisation et en termes d'identité professionnelle.

En effet, chaque métier a une organisation différente, par exemple le temps de présence auprès du patient est différent concernant une infirmière (5 à 10 minutes plusieurs fois dans la journée sans horaire défini) ou un ergothérapeute (30 à 45 minutes une fois par jour sur un horaire fixe).

Cette différence a un impact sur la relation que le soignant au sens large va développer avec le patient.

Il est donc important d'en tenir compte lors de l'évaluation de la charge de travail ou encore lors de celle des compétences relationnelles de l'agent.

De la même façon, la réalisation d'une réunion d'information ne va pas demander la même organisation pour le cadre, s'il doit réunir des rééducateurs (où une seule

⁴⁵. DUMOND JP « L'appréciation des personnels. Evaluer n'est pas expliciter », Revue Française de Gestion, n°162/2006, page 21 à 34.

réunion permet de toucher l'ensemble de l'équipe) ou s'il s'agit des infirmières et aides-soignantes (où il faut prévoir deux à trois réunions pour toucher l'ensemble de l'équipe, du fait des roulements).

4.4.1 L'identité professionnelle et le besoin de reconnaissance

Avant de détailler en quoi l'identité professionnelle va impacter le management, je voudrais mieux définir ce concept, en reprenant trois définitions :

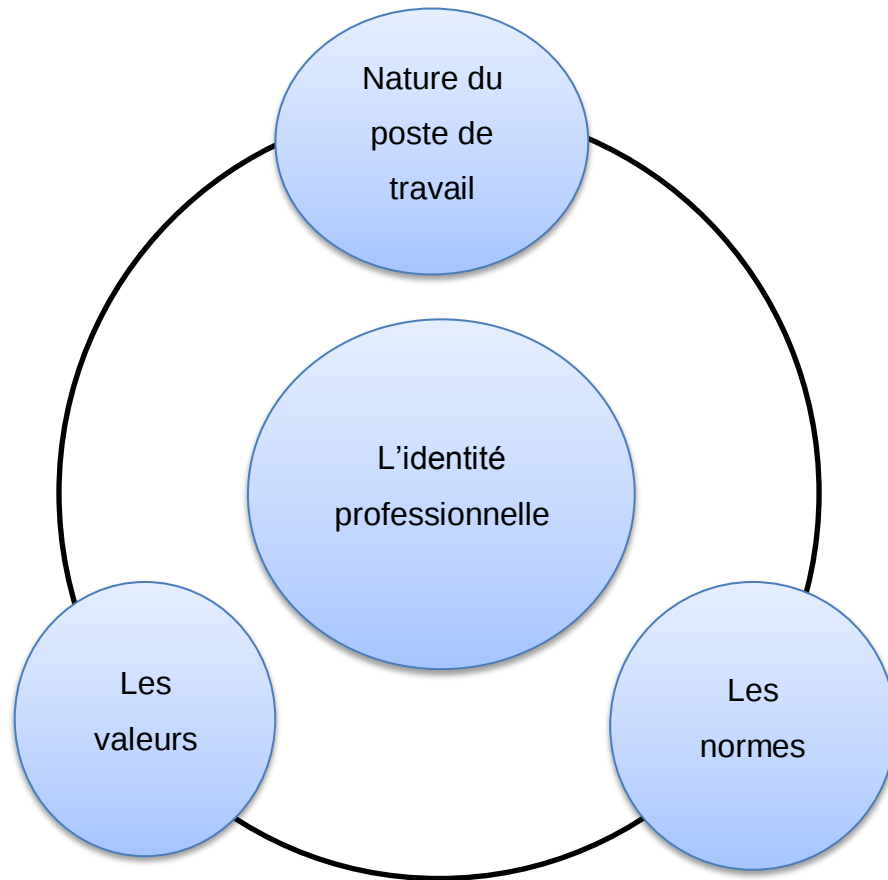
- ⇒ Pour R. SAINSAULIEU, l'identité professionnelle se définit comme étant *« la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes »*⁴⁶.
- ⇒ Pour C. GARRIC, formatrice en IFSI, l'identité professionnelle « infirmière » se reconnaît au noyau commun d'acquisitions qui sont réalisées lors de la formation. *« Ce noyau commun concerne la compréhension du sens, de la finalité et des valeurs du soin ; la déontologie, autrement dit les devoirs ; le corpus de savoirs nécessaires et de compétences à acquérir. »*⁴⁷
- ⇒ Pour N. ALTER, le concept d'identité professionnelle qui s'articule autour de trois dimensions interdépendantes qui sont *« la nature du poste de travail et donc la compétence ; les normes caractérisant un univers professionnel donné ; les valeurs qui orientent l'action. »*⁴⁸

⁴⁶ SAINSAULIEU R. « L'identité au travail »

⁴⁷ <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/quelle-identite-professionnelle-pour-les-infirmieres.html> (consulté le 08/03/14)

⁴⁸ ALTER Norbert *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF, 2006

Schéma 3 : Les trois dimensions interdépendantes constituant l'identité professionnelle selon les principes de Norbert ALTER



L'identité professionnelle se construit tout au long de la formation mais également au cours de la pratique professionnelle. Associée aux valeurs, elle ouvre d'une part sur une dimension affective et d'autre part sur une dimension éthique. Cette double dimension guide les actions du soignant aux travers d'une éthique de métier et d'une représentation du rôle professionnel. Les phases de remise en cause sont nécessaires pour permettre d'interroger sa pratique et de l'améliorer. Ces phases sont normales, mais fragilisantes pour les professionnels.

R. SAINSAULIEU précise « *que l'on cherche à être perçu comme semblable ou comme différent, les autres confirment notre existence. Il y a un lien très fort entre reconnaissance et identité. [...] l'identité exprime la force que l'individu peut déployer pour se faire reconnaître.* »

4.4.2 Les outils disponibles pour le cadre

Le cadre de santé de proximité est dans l'obligation de tenir compte de ce besoin au niveau de ses agents.

Cette reconnaissance pour être efficace doit être juste et basée sur des faits précis. Dans le cas contraire, les agents n'y accorderont aucune valeur.

Il apparaît donc que le cadre de santé hors filière est en nécessité de s'adapter, de s'imprégner du fonctionnement du service et des professionnels, avant de pouvoir prétendre à évaluer le travail réalisé au sein de son unité.

Cela demandera nécessairement du temps pour se mettre en place, mais c'est la garantie d'une relation de confiance durable.

Différents outils sont à la disposition du cadre pour participer à cette reconnaissance :

- L'entretien annuel d'évaluation permet au cadre de prendre la mesure de l'investissement de chaque personne dans la prise en charge des patients et dans le fonctionnement du service.
- C'est aussi un moment au cours duquel le cadre peut exprimer son approbation.
- La délégation et la formation permettent de reconnaître une motivation et d'accompagner vers une montée en compétence (reconnaissance en termes d'investissement financier et/ou en temps de travail)
- La communication informelle et quotidienne (civilité et respect de la personne) qui est l'outil le plus simple et souvent le plus efficace.

De plus comme on l'a vu dans la partie concernant l'évaluation du travail, la reconnaissance du travail bien fait n'est pas seulement réalisée par le supérieur.

L'évaluation par les pairs apporte aussi une part de reconnaissance.

Ainsi le cadre de proximité par son rôle hiérarchique serait porteur du « *jugement d'utilité* » et les pairs (collègues du service) du « *jugement de beauté* » du geste.⁴⁹

⁴⁹ DEJOURS C. *L'identité au travail*. Paris : Presse de la fondation nationale des sciences politiques. 3^{ème} édition 1988.

4.4.3 Des points communs malgré tout

Comme on vient de le voir, l'encadrement hors filière demande au cadre de surmonter des différences liées à l'identité professionnelle et aux compétences propres à chaque profession.

Et pourtant rééducateur et infirmier ont au moins une fonction commune : la fonction soignante.

W. HESBEEN en propose une définition qu'il qualifie de « *nécessairement pluriprofessionnelle* » car selon lui, la fonction soignante ne saurait se réaliser au sein d'un seul groupe professionnel.

La fonction soignante est « *de tenter d'aider une personne à se créer un mode de vie porteur de sens pour elle et compatible avec sa situation, et ce quels que soient son affection et l'état de son corps.* »⁵⁰.

Cela ne fait pas une identité commune mais peut permettre de jeter les bases d'un langage commun autour de la prise en charge du patient.

En ce qui concerne l'évaluation, deux éléments récurrents ressortent des articles sur les témoignages de management hors filière :

- « *l'évaluation d'un professionnel de santé n'est pas forcément focalisée sur ses seuls actes, mais sur la qualité de ses relations avec les patients, la façon dont il coordonne son travail avec ses collègues, les éventuels retours du personnel, sa façon de réaliser un projet... De petites choses peuvent être observées tout au long de l'année.* »⁵¹.

Cela correspond aux éléments que j'avais déjà mis en avant concernant les compétences et la didactique professionnelle.

Elles sont communs à tous les professionnels quelle que soit leur profession. On parle d'ailleurs de compétences transversales.

Le cadre de santé n'étant pas en position d'expert, il a donc la nécessité d'aller rechercher cette expertise ailleurs. On retrouve également cette situation pour les cadres à l'origine infirmiers encadrant un service, dont ils n'ont pas exercé la spécialité.

⁵⁰ HESBEEN W. « Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin » Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.

⁵¹ Ibid.

Le cadre de santé a alors le choix entre deux alternatives qui ne s'excluent pas l'une l'autre :

- soit en allant chercher l'expertise auprès de son équipe, en nommant des personnes ressources sur les différents thèmes majeurs du service, comme par exemple, référent hygiène ou encore douleur...
- soit en se basant sur un outil du type référentiel de compétences, qui permettra de mettre en avant les compétences identifiées comme indispensables pour le bon fonctionnement du service. Ce référentiel peut être établi à partir des fiches de poste, mais la plus part du temps il semble qu'il soit établi en collaboration avec l'équipe.

Dans les deux cas, cela nécessite d'avoir recours à l'expertise des agents du service, ce qui demande la mise en place d'un management participatif.

5 Redéfinition de la question et des hypothèses

Mais « poussons la réflexion » au-delà de ma problématique personnelle. L'observation de la constitution des équipes soignantes a tendance à montrer que le cadre a très fréquemment la responsabilité de personnes qui n'ont pas la même formation de base que lui.

En effet, la prise en charge globale du patient a conduit au développement de nouvelles professions qui ont intégré peu à peu les équipes de soins, notamment dans les services où la prise en charge du patient est maintenue à moyen ou long terme, comme pour les services de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation ou encore les services de gériatrie.

Chantal DE SINGLY dans son rapport concernant la fonction cadre hospitalière, conclue sur la partie traitant du management hors filière : *« Ainsi, même si « savoir pratiquer » les métiers encadrés sera de moins en moins nécessaire, les connaître d'une manière ou d'une autre sera toujours important, du moins pour le « management de terrain » (mais cette connaissance peut s'acquérir « en marchant »).* »⁵²

Comment les cadres de santé réalisent-ils l'évaluation des compétences de ces agents ? Sur quels éléments appuient-ils leur évaluation ?

Ce sont les questions qui ont éveillé ma curiosité pour ce thème.

Les lectures qui ont accompagné mes réflexions m'ont permis de mettre en évidence des éléments de réponse, notamment en termes d'outils pour faciliter l'évaluation, de démarches de gestion par les compétences et d'impact sur le management du cadre.

Cela m'a confirmé dans ma démarche de questionnement autour de l'entretien annuel d'évaluation qui m'apparaît non seulement comme une obligation légale, mais aussi comme un outil à facettes.

En effet, comme le montre le schéma 2 (actions découlant de l'entretien annuel d'évaluation), l'EAE est une source d'informations permettant d'affiner les actions qui seront menées dans le service, en termes d'analyse de l'atteinte des objectifs des agents. Ces objectifs sont généralement en lien avec les projets du service.

⁵² DE SINGLY Chantal. Rapport de la mission cadres hospitaliers. Septembre 2009

L'EAE est également un moment d'échanges privilégiés avec les agents concernant leurs attentes et leur motivation.

Il se révèle aussi un outil de gestion des compétences et des formations internes ou externes qui vont en découler.

De plus, il facilitera le management tant dans le dialogue au sein de l'équipe que dans les relations avec les autres services.

La lecture des articles relatant l'expérience de cadres de santé fait ressortir que l'évaluation des compétences par un cadre hors filière demande de bien connaître les professions encadrées. J'ai donc reformulé ma question de départ :

Quels outils le cadre de santé hors filière utilise-t-il pour évaluer les compétences (compétences techniques, relationnelles, managériales, transversales) des salariés ?

Les outils mis en avant dans la littérature sont : les fiches de poste, les référentiels de compétences et le recours à une personne ressource.

En me basant sur mon expérience personnelle et sur les discussions que j'ai pu avoir avec les cadres faisant-fonction de la promotion en situation d'encadrement hors filière, j'ai écarté les fiches de poste : elles sont peu répandues dans les services.

Pour ce qui est du référentiel, j'ai eu l'opportunité de travailler à son élaboration dans notre service. Cet outil m'a paru long à mettre en place, mais il permet de répondre à plusieurs objectifs :

- Identifier les compétences que l'on peut proposer en termes de tutorat pour les étudiants,
- Identifier les profils en termes de recrutement et faciliter l'évaluation des compétences des agents.

En fait, le référentiel a été pour moi l'outil le plus intéressant.

Pour ce qui est d'un recours à la personne ressource, encore une fois en me basant sur mon expérience personnelle, il me semble que cela peut être source de complications en termes de management d'équipe, d'autant plus si la personne ressource est interne à l'équipe.

Et la question à laquelle je pense de façon systématique : comment évaluer cette personne ressource ?

C'est pourquoi j'ai posé en hypothèse 1 :

Le cadre de santé s'appuie plus souvent sur un référentiel de compétences que sur une personne ressource pour réaliser les évaluations dans son service.

Suite à cette première hypothèse, je me suis intéressée dans mon questionnaire, à savoir :

Comment le cadre de santé a-t-il choisi l'outil mis en place ?

Quels sont les éventuels freins rencontrés lors de la réalisation de l'évaluation ?

Quels sont les aménagements mis en place pour les contrer ?

Quel a été le ressenti du cadre lors de ces évaluations ?

Dans un second temps, je me suis intéressée à la gestion des compétences dans le service :

Cette gestion implique la réalisation d'une évaluation collective des compétences afin d'établir la liste et le niveau des compétences nécessaires pour le bon fonctionnement du service.

Cette évaluation a pour objectif d'obtenir une image des compétences présentes dans le service et du nombre de personnes qui les détiennent.

A partir de cette image, il me paraît intéressant de réaliser une planification des temps d'échanges, voire de formations pour assurer une harmonisation vers le haut des compétences, ce qui permet également d'éviter la disparition de compétences lors du départ d'un agent.

J'ai bien conscience du travail supplémentaire demandé par cette évaluation collective des compétences.

Mais il me semble indispensable pour assurer le maintien de la qualité des soins lors de turnovers dans le service ou lorsqu'il y a une montée en effectif du nombre d'agents. A mon sens, cela peut être un bon complément de l'entretien d'évaluation individuel, et peut être la source d'objectifs de montée en compétences.

C'est pourquoi j'ai posé en hypothèse 2 :

Le cadre de santé réalise une évaluation collective des compétences dans son service en complément de l'entretien annuel d'évaluation.

Suite à cette seconde hypothèse, je me suis intéressée à la façon dont cette évaluation collective a été mise en place au sein du service.

6 Méthodologie de la recherche

6.1 Les objectifs du recueil de données

Mes questions sont formulées en vue d'obtenir des informations essentiellement qualitatives.

En ce qui concerne les différents types d'outils utilisés, j'ai procédé par recherche de mots clefs dans les entretiens.

Pour les questions en lien avec le mode de mise en place des outils, j'ai recherché les idées principales pour les regrouper dans des modes d'organisations en lien avec les différents types de management.

Lorsque les idées évoquées lors de certains entretiens n'étaient pas en lien avec le thème de mon mémoire, j'ai choisi de ne pas les traiter.

6.2 Le choix de l'outil de recherche

J'ai fait le choix de réaliser des entretiens.

Il me semble que l'évaluation des compétences et la mise en place de son organisation au sein du service est un sujet complexe. Je souhaitais donc demander des précisions en cas de besoin.

J'ai voulu laisser un maximum de liberté d'expression à chaque personne interrogée. C'est pourquoi j'ai choisi des questions ouvertes et opté pour des questions de relance sous la forme de demandes de précision ou de reformulation.

Compte tenu de mon éloignement géographique des cadres de santé correspondant à ma population cible, j'ai choisi de réaliser mes entretiens par téléphone. Cela m'a également permis de faire coïncider les plannings des cadres et celui de ma formation cadre.

Seul un cadre a refusé l'entretien par téléphone pour des raisons d'organisation professionnelle. Je me suis donc rendue sur son lieu d'exercice. Réaliser l'entretien en vis-à-vis m'a permis de me rendre compte que les autres entretiens réalisés par téléphone n'avaient pas eu d'impact sur la richesse des informations recueillies.

6.3 Le choix de la population interrogée

Mon intention était d'interroger des cadres de santé réalisant des entretiens annuels d'évaluation étant en situation de management hors filière.

Dans un premier temps, j'ai réalisé six entretiens auprès de cadres de santé, qui m'avaient été indiqués en situation de management hors filière.

Je me suis aperçue au cours des entretiens que je n'avais pas suffisamment défini la notion de cadre hors filière.

Je me suis basée sur la distinction retenue dans la réforme de 1995 sur la réforme de la formation des cadres de santé, à savoir :

- La filière soignante : infirmières, infirmières anesthésistes, infirmières puéricultrices, infirmières de secteur psychiatrique et infirmières en bloc opératoire.
- La filière rééducation : diététiciens, pédicures-podologues, orthoptistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes.
- La filière médico technique : manipulateurs en électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie et techniciens de laboratoire d'analyse médicale.

Ainsi, un cadre d'origine ergothérapeute manageant des kinésithérapeutes, correspond à la même filière rééducation bien qu'il s'agisse de filière métier différente.

En effet, certains cadres que j'avais interrogés m'ont répondu en termes de filière métier.

D'autre part, je me suis également aperçue que je n'avais interrogé pratiquement que des cadres de santé de formation d'origine ergothérapeute.

Du fait de ces deux observations, j'ai souhaité préciser la notion « hors filière » et élargir mon champ d'intervention en contactant des cadres d'autres filières.

J'ai également fait le choix de ne pas traiter les entretiens où il s'agit d'une différence de métier et non pas de filière.

7 Le traitement des données recueillies et le résultat des entretiens

Avant d'aborder le traitement des données en lien avec les hypothèses que j'ai posées, je voudrais faire l'analyse du talon du questionnaire afin de définir la population des six cadres qui ont répondu à mon questionnement.

7.1 Traitement du talon du questionnaire

J'ai porté une attention particulière à ce que les six cadres de santé interrogés soient bien en situation d'encadrement hors filière, mais aussi à avoir des représentants de chaque filière.

La population des cadres interrogés se répartit en trois cadres provenant de la filière rééducation, un cadre de filière soignante et deux cadres de filière médico technique (voir annexe 2).

Les services dans lesquels ils pratiquent sont variés, ce qui ne permettra donc pas d'en tirer des généralités.

7.1.1 L'ancienneté dans l'activité d'encadrement et la prise en compte des compétences dans les entretiens annuels d'évaluation

La mise en place des compétences remonte à la réforme de 2009 (soit cinq ans) pour la formation infirmière.

Elle s'est développée progressivement aux autres professions paramédicales. Je me suis donc interrogée sur la prise en compte des compétences dans l'EAE par les cadres en fonction de leur ancienneté.

J'ai eu la chance d'avoir une population de cadres avec une ancienneté variée.

Les cadres interrogés peuvent en effet être répartis en deux groupes égaux :

- Un groupe de trois cadres ayant une « expérience récente », diplômés depuis 2009,
- Un autre groupe de trois cadres avec une « expérience plus importante », diplômés avant 2009.

On peut observer que les compétences ne sont pas encore prises en compte dans toutes les EAE. Il s'agit des deux cadres ayant le plus d'ancienneté :

- entretien gris : 12 ans ancienneté cadrée
- entretien vert : 7 ans ancienneté cadrée et 6 ans en tant que faisant fonction.

Les quatre autres cadres interrogés utilisent les compétences lors de leur évaluation.

On peut faire l'hypothèse qu'il est plus compliqué d'intégrer ce nouveau mode d'évaluation qui demande un changement d'habitudes. Rappelons aussi que les EAE ne sont devenus obligatoires que depuis 2007 dans les centres hospitaliers publics.

Pour autant les cadres dans leur ensemble ont pu bénéficier d'une formation sur l'EAE en plus de leur formation cadre (sauf l'entretien rouge qui est sorti de la formation cadre en 2013). Cette formation a toujours contenu des approches théoriques et des mises en situations telles que des jeux de rôles.

L'ancienneté des cadres dans leur service se répartit différemment entre les cadres. Cela va de quelques mois pour trois cadres, à plusieurs années pour les trois autres. Pour autant, l'ancienneté dans le service n'est pas en lien avec l'ancienneté dans l'activité d'encadrement.

7.1.2 La proximité avec l'équipe

On peut observer qu'en termes de proximité avec les personnels encadrés, deux tendances se dégagent. Les cadres interrogés ont généralement plusieurs services à gérer. En effet, un cadre sur les six interrogés (l'entretien rouge) intervient sur un seul service. Pour les autres cadres, ils encadrent entre deux et cinq services.

Il faut noter le cas particulier du cadre (entretien orange) sur le pool de remplacement de nuit : ils sont trois cadres pour assurer une double mission, gérer l'équipe de remplacement et être la personne ressource en cas de problèmes pour les équipes de nuit en poste sur l'ensemble des services de l'hôpital soit 27 services.

Deux des cadres interrogés partagent l'encadrement de leurs services avec d'autres cadres (entretien orange et entretien violet). Ces cadres se partagent la réalisation des EAE des différents personnels.

7.2 Le traitement des données recueillies lors des entretiens

Le traitement des données recueillies lors des entretiens auprès des cadres de santé m'a permis de dégager des axes de réponses à ma question de départ :

Quels outils le cadre de santé hors filière utilise-t-il pour évaluer les compétences (compétences techniques, relationnelles, managériales, transversales) des salariés ?

7.2.1 Le type d'outil utilisé par les cadres pour l'évaluation des compétences

Dans un premier temps, j'ai relevé au fur et à mesure du déroulement des entretiens, les différents outils cités par les cadres de santé. J'ai observé qu'ils utilisaient de façon globale plusieurs outils dont ils croisent les informations pour arriver à avoir une vision la plus objective possible de l'agent qu'ils sont en train d'évaluer.

Ainsi les cadres interrogés utilisent entre quatre et neuf outils différents (médiane et moyenne à six outils). Il semble que le nombre d'outils utilisés ne soit pas en lien avec l'ancienneté du cadre.

En effet, les cadres interrogés ayant le plus d'ancienneté ont des résultats très variés allant de quatre à neuf outils alors que les trois cadres les plus récemment formés utilisent six outils même s'ils sont différents.

Dans un deuxième temps, j'ai classé les différents outils proposés par les cadres interrogés en fonction de deux grandes catégories, les outils d'évaluation interne aux cadres et ceux que j'ai qualifiés d'externes aux cadres (voir annexe 3).

7.2.1.1 Les outils d'évaluation interne aux cadres

J'ai réalisé deux sous-parties : une en lien avec le management et l'autre avec les connaissances propres aux cadres.

Tableau de répartition des outils internes aux cadres :

élément interne de prise d'information				
management			connaissances générales	
disponibilité/ échanges réguliers durant l'année	confiance	observation	connaissance des autres professions	connaissance des pathologies

Dans la sous-partie sur le management, les éléments les plus représentés sont l'observation (citée par les six cadres) et la disponibilité / échanges réguliers durant l'année (citée par quatre cadres sur six).

Dans la sous-partie sur les connaissances propres aux cadres, on retrouve la connaissance des autres professions et la connaissance des pathologies.

Ces deux outils sont cités par quatre cadres sur six et seulement deux cadres ne citent ni l'un ni l'autre.

7.2.1.2 Les outils d'évaluation externe aux cadres

J'ai également réalisé deux sous-parties :

- L'une concernant le recours à des personnes ressources
- L'autre concernant les outils en lien avec une démarche institutionnelle.

Tableau de répartition des outils d'évaluation externe aux cadres :

élément extérieur de prise d'information								
personnes ressources				outil en lien avec une démarche institutionnelle				
patient	médecin	collègue CDS	collègue agent	protocole	fiche de poste	référentiel	trame EAE et guide	auto-évaluation

7.2.1.2.1 L'hypothèse 1

L'hypothèse, que j'avais posée au début de ce travail, à savoir que les cadres utilisaient plus les référentiels que le recours à la personne ressource, n'est pas validée.

En effet, cinq cadres sur six disent avoir recours aux informations des tierce-personnes alors que seulement deux disent faire référence à un référentiel.

7.2.1.2.2 Les personnes ressources

Les cadres ont plus particulièrement recours aux médecins, aux collègues cadres (notamment pour les deux cadres intervenant conjointement avec d'autres cadres) ou encore aux agents collègues des professionnels qui vont être évalués (pour trois cadres sur six à chaque item).

7.2.1.2.3 Les outils en lien avec une démarche institutionnelle

Dans cette sous-partie, on retrouve le recours à la fiche de poste, à l'auto-évaluation pour trois cadres sur six, au référentiel, à la trame de l'EAE pour deux cadres et aux protocoles pour un cadre.

Contrairement à mon idée de départ, selon laquelle les fiches de poste étaient peu répandues, on observe ici que c'est l'outil le plus utilisé.

7.2.2 Les freins et les ressentis des cadres vis-à-vis de l'EAE

7.2.2.1 Les freins identifiés lors de l'EAE

A la question « Avez-vous rencontré des freins lors des évaluations ? », les cadres interrogés ont répondu spontanément de façon partagée :

Trois ont répondu « oui » et trois « non ». Pour autant, je me suis aperçue en analysant leurs réponses que même s'ils avaient répondu « non » spontanément, il y avait des éléments qui ressortaient comme des difficultés qu'ils avaient rencontrées et auxquelles ils avaient trouvé une solution. C'est l'ensemble de leurs réponses que j'ai regroupé dans le tableau annexe 4.

Lors de l'analyse de leurs réponses, j'ai pu identifier trois grandes catégories de freins :

- Ceux liés aux agents,
- Des limites que se sont imposées les cadres,
- Des difficultés dues à l'organisation du service.

7.2.2.1.1 Les freins liés aux agents

Peu de freins liés aux agents ont été mis en avant par les cadres de santé.

En effet, seulement trois cadres sur les six mettent en avant ce type de freins.

Deux cadres parmi eux expriment des difficultés d'implication des agents au moment de l'entretien annuel d'évaluation.

- Dans l'entretien gris, le cadre parle de « *l'évaluation d'un infirmier, qui ne pouvait pas me parler de lui, il était dans des propos très généralistes* ».
- Dans l'entretien violet, le cadre met en avant le ressenti des équipes qui ont l'impression que ce qu'ils ont à dire a déjà été dit, tout au long de l'année.
- Dans l'entretien gris, le cadre aborde la difficulté de gérer des comportements « *inadmissibles* ». Il évoque sa solution : « *on n'est pas là pour les dégommer. On est là pour reprendre, pour sanctionner éventuellement. Pour ne pas oublier de faire un dossier, il faut prendre l'habitude, sur de l'inadmissible, de le tracer aussi* ».

La première fois, on signale et la deuxième fois on lui dit que l'on va faire un rapport qui sera signé par l'agent aussi. Soit un rapport qui va rester en interne, voilà il va y avoir une graduation comme cela, dans la réponse à l'inadmissible.

Il y a donc un moment où il faut dire aux agents : « c'est fini on ne peut pas continuer comme cela, et il va falloir qu'on se quitte ! » »

- Dans l'entretien bleu, le cadre met en avant les retours négatifs des agents face à ses propositions, en argumentant le manque de temps.

Il met alors en place un accompagnement auprès de l'agent pour revoir avec lui son organisation et comment arriver à modifier sa pratique pour l'améliorer.

7.2.2.1.2 Les limites que s'imposent les cadres

Dans cette partie, cinq cadres sur les six s'expriment. C'est sur la capacité à évaluer les compétences techniques qu'ils s'expriment le plus. On retrouve deux avis opposés. D'un côté, deux cadres estiment qu'ils peuvent évaluer les compétences techniques :

- Dans l'entretien rouge, le cadre se base sur son observation et se justifie de cette façon : « *si moi je l'observe, c'est que c'est flagrant.* ».
- Dans l'entretien violet, le cadre fait plus état d'une évolution, d'une imprégnation de la culture et des métiers, « *d'une progression dans la capacité à mener des entretiens auprès de gens venant d'une autre filière* ».

D'un autre côté, il y a les cadres qui estiment qu'ils ne peuvent pas évaluer les compétences techniques. Les trois cadres expriment à peu près la même idée : « *je n'évalue pas véritablement la pertinence des actes des kinésithérapeutes* ».

7.2.2.1.3 Les difficultés liées à l'organisation du service

Deux cadres mettent en avant des difficultés que j'ai identifiées comme étant liées à l'organisation du service.

Dans l'entretien orange, le cadre met en avant une difficulté liée à la taille de l'équipe et à l'éclatement de l'équipe sur les différents services (service du pool de remplacement de nuit). Le cadre dit ressentir une difficulté encore plus marquée lorsqu'il s'agit de professionnels à temps partiel, car il lui est difficilement possible

de les observer en activité, son roulement de planning ne correspondant pas forcément à celui du professionnel.

Dans l'entretien violet, le cadre parle lui d'un décalage de calendrier entre la réalisation des projets de service ou institutionnel et celui des entretiens annuels d'évaluation. Ce décalage conduit parfois à ne pas pouvoir valider les objectifs mis en place avec le professionnel, sans que cela soit de son fait.

7.2.2.2 Analyse du ressenti des cadres par rapport à l'EAE

Je me suis intéressée au ressenti des cadres vis-à-vis de l'entretien annuel d'évaluation, parce qu'il aura forcément un impact sur la façon dont le cadre va le présenter à ses agents et sur la façon dont celui-ci va se dérouler.

J'ai organisé les éléments recueillis dans les entretiens entre les ressentis positifs, ceux négatifs (voir annexe 5).

Tous les cadres interrogés ont présenté des ressentis positifs, même si trois d'entre eux ont également exprimé des éléments négatifs.

7.2.2.2.1 Les ressentis négatifs exprimés vis-à-vis de l'EAE

Deux des cadres s'expriment sur le ressenti propre à l'évaluation des agents hors filière, en mettant en avant le besoin d'une préparation particulière pour réaliser l'EAE (entretien rouge) et le fait que l'évaluation n'a pas la même profondeur qu'avec un agent de la même filière (entretien vert).

Dans l'entretien violet, le cadre parle d'une façon plus générale de l'entretien. Il se pose la question de l'intérêt des entretiens annuels d'évaluation alors que du fait de la proximité du cadre, les éléments de discussion sont traités au quotidien sans attendre le moment de l'entretien.

7.2.2.2.2 Les ressentis positifs exprimés vis-à-vis de l'EAE

Trois des cadres (entretien gris, bleu et violet) mettent en avant la notion de partage avec les agents au cours de l'EAE. En mettant en avant des éléments de partage, le cadre de l'entretien gris insiste sur les notions :

- de respect réciproque,
- de prendre du plaisir à travailler ensemble
- de discussion des problèmes rencontrés.

Tandis que le cadre de l'entretien bleu, insiste sur le fait qu'il s'agit d'un échange pour faire le point sur l'année, mais que le partage a lieu tout au long de celle-ci.

Le cadre de l'entretien violet met lui en avant l'intérêt de ce moment de partage avec les agents pour aborder leurs projets personnels qu'ils soient internes ou externes au service.

Trois cadres mettent en avant la capacité d'adaptation du cadre. Les cadres, de l'entretien rouge et vert expriment une nécessité d'adaptation du cadre pour réaliser les évaluations des agents hors filières.

Ainsi, dans l'entretien vert, le cadre l'exprime de la sorte : *« C'est-à-dire qu'il y a une nécessaire mise en réserve parce que l'on a à faire, a peut-être plus expert que soi dans le domaine »*

"Ce n'est pas une difficulté car je pense que le management participatif a toujours quelque chose de plus intelligible que celui du simple expert. Un expert peut être dépassé parce qu'il y a des nouveautés. Mais quand c'est participatif, l'intérêt c'est que l'on obtient un avis collégial et il y a une sorte d'accord commun pour dire on fait avec ce que l'on a ».

Tandis que le cadre de l'entretien orange, exprime cette adaptation de façon plus générale, en termes d'amélioration de la pratique des EAE au cours du temps.

7.2.3 Traitement des informations sur l'évaluation collective des compétences

Spontanément cinq cadres sur les six interrogés ont dit faire une évaluation collective des compétences dans leur service (voir annexe 6).

Le cadre de l'entretien rouge, a répondu de façon négative à la réalisation d'une évaluation collective des compétences dans son service, car nouvellement diplômé, il vient de prendre en main un service qui était en difficultés et il n'a donc pas eu le temps de mettre en place ce genre d'évaluation.

Sur les cinq cadres qui disent avoir mis en place une évaluation collective des compétences, deux ne l'ont pas réellement formalisée dans la pratique du service. Dans l'entretien gris, le cadre l'exprime ainsi : *« La répartition des compétences et des savoir-faire, il faut qu'elle se lisse effectivement. Là aussi ce n'est pas formalisé très fort ».*

Les deux cadres, entretiens bleu et orange, qui ont formalisé l'évaluation collective des compétences dans leur service, mettent en avant une organisation particulière qui permet de :

- *« passer d'abord en revue les connaissances, les compétences et le parcours de chacun »* (entretien bleu)
- *« faire un binôme »* (entretien bleu)

Ils décrivent également des capacités particulières aux cadres :

Ceux-ci doivent *« détecter un peu les éléments moteurs, motivés et compétents »* (entretien bleu) et s'adapter pour permettre l'organisation : *« je passais toujours par les urgences, pour voir l'équipe en place pour savoir qui je pouvais mettre. Parce que pour pouvoir former quelqu'un, il faut qu'il y ait des personnes qui aient de l'expertise pour l'accompagner »* (entretien orange).

Un des cadres dit l'avoir formalisé pour certaines compétences du service, mais ne pas avoir pu le mettre en place pour l'ensemble des compétences. Ce cadre intervenant aux urgences, exprime ainsi les limites de l'évaluation collective des compétences dans sa pratique : *« Après cela n'est pas faisable pour toutes les compétences, cela demande en effet de faire une cartographie des compétences. C'est très compliqué sur un service comme celui-là. Ce serait l'idéal car vous repérez vraiment par personne l'ensemble de leurs compétences, de leurs aptitudes, de leurs points forts et points faibles, de ce qu'ils apportent à l'équipe. Et en fonction de cela, vous essayez que tout le monde remplisse les petites cases au fur et à mesure.*

C'est malheureusement très lourd et le temps fait terriblement défaut pour ce genre de projet : Nous sommes extrêmement pris par tout ce qui est autour : le quotidien et l'urgence des tâches pour les cadres. C'est pour cela que je trouve que c'est compliqué de réaliser une vraie cartographie pertinente ».

Le fait que cinq cadres sur six disent réaliser une évaluation collective des compétences me permet de valider ma deuxième hypothèse, selon laquelle le cadre de santé met en place ce type d'évaluation au sein de son service.

Pour autant, je nuancerai tout de même ce résultat compte tenu du peu de formalisations que les cadres ont mises en place.

Cette absence de formalisation ne rend pas pérennes ces évaluations, à chaque changement de cadre de santé, les informations risquent d'être perdues.

Seule la mise en place d'outils tels que les fiches de poste adaptées à chaque agent et la réalisation d'une cartographie des compétences propres à la profession peut permettre de réaliser de façon pérenne ce type d'évaluation.

Pour autant que ces outils soient tenus à jour régulièrement en fonction des modifications et des développements des prises en charge auprès des patients et des projets du service.

8 Analyse des résultats

Au cours de cette analyse, je vais essayer de mettre en corrélation les résultats recueillis au cours des entretiens et les éléments que j'avais développés dans mon cadre conceptuel, sans perdre de vue ma question de départ.

Pour ce faire, je retiens deux axes de réflexion en lien avec mon questionnement.

- Le cadre de santé doit-il être expert pour évaluer les compétences de ses agents ?
- L'évaluation collective des compétences est-elle mise en place dans les services par les cadres hors filières ?

Je vais reprendre le déroulement que j'ai suivi lors du traitement des résultats des entretiens pour traiter leurs analyses.

8.1 Les outils utilisés par les cadres pour évaluer les compétences de leurs agents

Les outils les plus souvent cités par les cadres interrogés sont des outils que j'ai qualifiés d'internes aux cadres car ce sont des outils de management. Il s'agit de la capacité à se rendre disponible, à échanger avec les agents et de la capacité d'observation.

Le premier outil mis en avant pour évaluer les compétences de leurs agents, est l'observation. Ce qui me conduit à reprendre les travaux de Christophe DEJOURS que j'ai déjà abordés dans mon cadre conceptuel, lorsqu'il indique que le travail réel ne se donne pas facilement à voir.

Pourtant les cadres continuent d'observer.

Je propose l'hypothèse, que conscients de cette difficulté, les cadres ont développé une panoplie d'outils pour compléter leurs observations.

Ainsi la connaissance de la profession encadrée tout comme la connaissance des pathologies traitées par les agents apparaissent au même titre que le recours à des tierce-personnes (médecins, collègues cadres ou agents), à la fiche de poste.

L'auto-évaluation, réalisée par l'agent lui-même, est aussi un outil qui vient compléter la prise d'informations du cadre.

Ce dernier regroupe donc une grande quantité d'informations de sources variées, pour en faire la synthèse lors de l'entretien annuel d'évaluation avec l'agent.

Mais l'EAE n'est pas un moment de révélation pour l'agent comme pour le cadre. Tous les éléments, abordés lors de l'EAE, ont été discutés lors des échanges entre le cadre et l'agent.

Plusieurs cadres ont en effet mis en évidence que les échanges d'informations entre le cadre et l'agent se déroulaient tout au long de l'année.

Un des cadres parle de « mini-entretiens » réguliers, un autre « d'accompagnement au quotidien ». Cela demande une organisation particulière, pour assurer un relevé pertinent et concret d'informations sur le déroulé de l'année sur chaque agent.

8.2 Les freins rencontrés par les cadres lors des évaluations

Le questionnaire premier de mon mémoire concerne la capacité du cadre hors filière à réaliser l'évaluation des compétences techniques des agents.

Les cadres interrogés ont abordé ce questionnaire dans la partie sur les freins de l'évaluation.

Cinq des six cadres ont abordé la question. Leurs réponses sont partagées (deux cadres ont répondu positivement, et trois négativement).

D'après la littérature, que l'on soit cadre hors filière ou non, il est très compliqué d'évaluer les compétences.

Pour la didactique professionnelle, celles-ci sont un processus mentalisé que l'on ne peut pas observer.

Le cadre ne peut observer que le résultat de ce processus.

Concernant les soignants, les compétences sont des activités doubles. L'activité technique est indissociable de la relation à l'autre, ce qui complique l'observation des résultats.

Le fait que les cadres aient tous identifié des freins, même si spontanément, ils avaient répondu ne pas avoir de difficultés, est pour moi significatif de la complexité de l'EAE.

C'est exactement ce que soutenaient THUILLIER et VIAL dans leur ouvrage.

La difficulté d'implication des agents dans l'EAE montre aussi qu'il n'est pas simple pour les agents d'en visualiser les implications.

J'ai été surprise qu'aucun des cadres interrogés ne mette en avant les risques psychosociologiques liés à l'EAE, que l'on retrouve dans la littérature.

Ainsi, C. DEJOURS dans ses écrits met en avant « les effets délétères de ces méthodes sur les mondes du travail et sur la santé mentale des individus »⁵³.

Pourtant les cadres mettent en avant des freins liés à l'organisation du service. Ceux-ci pourraient conduire à des difficultés de reconnaissance du travail ou de l'implication des agents (par exemple : le calendrier des projets en décalage avec celui des évaluations, qui ne permet pas de valider les objectifs de l'agent).

Pour autant, les cadres, conscients de ces difficultés, doivent en tenir compte dans leurs évaluations et donc ajuster leurs demandes et leurs retours vis-à-vis des agents.

8.3 Les ressentis des cadres lors des évaluations

Dans l'ensemble, les ressentis des cadres interrogés sont positifs. La notion d'échange, de partage apparaît le plus souvent dans leur discours.

Un des cadres pose la question de l'intérêt de faire des EAE alors que la proximité du cadre donne parfois la sensation que tout a déjà été dit.

Et pourtant l'EAE est un moment de pause dans l'activité de soins. Il permet de prendre du recul sur la pratique professionnelle, l'organisation du travail et pour développer une approche sur la notion de parcours professionnel avec les agents. C'est en tout cas de cette façon que j'ai compris l'obligation de Développement Professionnel Continu et de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences qui est faite aux établissements.

Grâce aux échanges que j'ai pu avoir avec les cadres que j'ai interrogés, j'ai pris conscience que cette obligation implique un travail coordonné entre les cadres de santé et les ressources humaines.

Il ne s'agit pas seulement de gérer les compétences des agents pour l'intérêt de l'établissement mais aussi et surtout pour assurer à l'agent une employabilité sur le long terme.

Un des cadres interrogés l'a exprimé ainsi : « *réfléchir en terme d'employabilité des agents, dont on a la charge. On a aussi la responsabilité pour ces agents-là quand ils sont dans votre service, qu'on ne se retrouve pas à les enfermer dans un poste qui va les desservir plus tard le jour où ils voudront changer de service. C'est à nous à vérifier qu'on les laisse encore accéder à des fonctions, à des tâches, à des missions ou au moins à des formations. [...]* C'est aussi le but de

⁵³ DEJOURS Christophe, « La psychodynamique du travail face à l'évaluation : de la critique à la proposition », *Travailler*, 2011/1 n° 25

l'évaluation. C'est aussi de recenser les difficultés que peuvent rencontrer les gens et voir ce que l'on peut mettre en œuvre avec eux pour qu'ils ne se retrouvent pas dans des impasses professionnelles. On le voit dans d'autres établissements. Des gens qui ont pris des missions très spécifiques qui ont duré très longtemps et il arrive un moment où ils se retrouvent cantonnés à ne pouvoir faire que cela. Et là ce n'est pas satisfaisant et on est aussi là pour les accompagner dans leur projet professionnel au-delà du service ».

8.4 L'évaluation collective des compétences

Les travaux de C. DEJOURS et de J.P. DUMOND m'ont conduite à m'interroger sur la différence entre l'évaluation collective du travail et l'évaluation collective des compétences. Ce travail m'a permis de bien comprendre la différence entre ces deux types d'évaluations.

« Évaluer le travail collectif, c'est donc essentiellement évaluer la qualité de l'espace de délibération et de la confiance qui se construisent entre des travailleurs impliqués dans un objectif commun »⁵⁴

Un cadre fait référence sans toutefois les nommer : *« Une fois que j'ai situé les rapports qu'ils peuvent avoir entre eux [...]. Leur fonctionnement en tant que thérapeute avec le patient, thérapeute avec les autres thérapeutes. Comment ils échangent entre eux et comment ils échangent leurs compétences »*, à la coopération horizontale et transverse tel que C. DEJOURS les définit dans son article.

L'évaluation collective des compétences est le fait de cartographier les compétences indispensables et le niveau d'expertise attendus pour chaque agent pour le bon fonctionnement du service, et de faire le point pour s'assurer que les dites compétences sont également réparties sur l'ensemble du personnel du service.

Il s'agit d'un management des compétences dans le service avec plusieurs objectifs :

- Assurer le maintien des compétences au sein du service
- Permettre de programmer la montée en compétence des agents (en lien avec le développement professionnel continu)

⁵⁴ DEJOURS Christophe, « La psychodynamique du travail face à l'évaluation : de la critique à la proposition », *Travailler*, 2011/1 n° 25

- Assurer une employabilité des agents que ce soit au sein du service mais aussi en dehors du service en fonction de leurs projets professionnels.

Pour autant, il n'est pas question de remplacer l'EAE par une évaluation collective des compétences. Car l'évaluation collective ne peut pas non plus être le lieu pour discuter des difficultés que le cadre a observées, des demandes de formation ou des demandes de promotion. De plus, l'évaluation individuelle est une obligation réglementaire.

L'évaluation collective des compétences ne peut donc pas prendre la place de l'EAE.

Le temps de l'évaluation collective des compétences du service vient donc en plus de celui de l'entretien annuel d'évaluation. Cela me paraissait être un frein conséquent à la mise en place de ce type d'évaluation et pourtant les entretiens réalisés auprès de cadres hors filière (bien que non généralisables) montrent que cela a été mis en place au sein de certains services.

Comme le faisait remarquer un des cadres interrogés (citation dans la partie traitement des données), la réalisation d'une cartographie complète des compétences propres à une profession dans un service spécifique est un travail long et astreignant (voir annexe 6). Un cadre, seul, peut difficilement réaliser ce travail.

A mon sens, la mise en place de ce type d'outil ne pourra se faire qu'avec le soutien de la direction des établissements, ou par l'obligation législative d'une réelle gestion des compétences des agents. L'obligation de DPC va dans cette direction même si pour le moment, elle contraint les établissements à former leurs personnels médicaux et paramédicaux, mais pas encore à gérer leurs compétences.

9 Conclusion

En m'intéressant à l'encadrement hors filière, j'avais de sérieuses inquiétudes car cela me touchait particulièrement. Mon questionnement était très large. Il a donc fallu me centrer sur une fonction précise du cadre. J'ai choisi l'évaluation des compétences qui me paraissait être le point le plus litigieux. Celui pour lequel le cadre hors filière était le moins légitime.

Au cours de mes recherches, la question de la légitimité s'est peu à peu effacée au profit d'une question beaucoup plus pratique, concernant l'identification des outils utilisés par les cadres pour réaliser ces évaluations.

Les réponses des cadres de santé interrogés m'ont conduite à penser que le fait de pouvoir évaluer les compétences des agents d'autres filières reste un questionnement propre à chaque cadre, sans pour autant que leur légitimité soit remise en cause.

La réponse qu'ils apportent à la problématique de l'évaluation est d'ailleurs différente en fonction de leur personnalité, de leur formation et de leur parcours professionnel.

Mon questionnement concernant l'évaluation collective des compétences m'est venu au cours de mes lectures. Il me semble que l'évaluation collective des compétences peut être un outil de gestion des compétences au sein du service.

Il n'est en aucun cas question qu'elle vienne remplacer l'entretien annuel d'évaluation. Elle n'a de sens qu'en complément de celui-ci. Pour permettre sa mise en place formalisée, il est nécessaire que la direction de l'établissement en ait la volonté.

Le management hors filière est devenu une pratique qui se répand quelle que soit la filière d'origine. Les modifications des missions du cadre de santé avec le développement de la fonction de manager par rapport à celle d'expert, ont sans doute facilité la mise en place du management hors filière.

Pour autant, cette pratique reste un challenge autant pour le cadre et l'équipe, que pour la direction. Car rappelons qu'actuellement la loi ne reconnaît pas l'encadrement hors filière comme possible. Puisque l'arrêté du 18 août 1995⁵⁵ relatif au diplôme de Cadre de Santé précise que « *le décroisement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des*

⁵⁵<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 02/10/13)

professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle. »

Pourtant, force est de constater que cette pratique existe. Le rapport de Chantal DE SINGLY, en abordant cette pratique, la rend visible. Le rapporteur précise que : *« Si une majorité d'organisations professionnelles et syndicales semble encore partager l'idée que pour encadrer des personnels de soins ou techniques, comme pour les former, il est important d'avoir exercé ces métiers d'origine, ce soutien n'est pas absolu : ne pas avoir exercé les métiers encadrés est dit « compliqué » mais pas impossible. Certaines organisations professionnelles ont aujourd'hui dépassé cette idée »*⁵⁶.

C'est pourquoi une attention particulière sera portée sur la prochaine réforme en rapport avec la formation des cadres de santé. Reconnaîtra-t-elle légalement cette pratique ou non ? Y posera-t-elle des limites ?

Cela aura forcément un impact sur le développement du management hors filière et sur la façon dont les professionnels de toutes les filières vont envisager la fonction du cadre de santé, que cela soit pour interagir avec ce dernier ou pour s'inscrire dans une démarche de promotion professionnelle.

⁵⁶ DE SINGLY Chantal. Rapport de la mission cadres hospitaliers. Septembre 2009

10 Bibliographie

Références législatives :

- Arrêté du 6 mai 1959. Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CD98F7B322372AB9AD6256A524AA240E.tpdjo05v_3?cidTexte=LEGITEXT000006073036&dateTexte=19690502> (consulté le 02/10/13)
- Loi du 31 juillet 1991. Disponible sur :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>> (consulté le 02/10/13)
- Ordonnance du 24 avril 1996. Disponible sur :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&categorieLien=id>> (consulté le 02/10/13)
- Décrets du 14 avril 2005. Disponible sur :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646&dateTexte=&categorieLien=id>> (consulté le 08/03/14)
- Décret du 2 juin 2006. Disponible sur :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788162&dateTexte=>> (consulté le 08/03/14)
- *Décret n° 2007-101 du 25 janvier 2007. Disponible sur :*
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819390>> (consulté le 02/10/13)
- La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de juillet 2009 Disponible sur :
<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894355/lepp-pour-les-professionnels-de-sante-non-medecins> (consulté le 24/11/13)
- DE SINGLY Chantal. Rapport de la mission cadres hospitaliers. Septembre 2009
- Etat des lieux des entretiens d'évaluation au niveau législatif. Disponible sur :
<http://www.cci75-idf.fr/upload/pdf/capRH71_Pratique.pdf> (consulté le 28/09/13)

- l'article L1222-3 Code du travail. Disponible sur :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006900860&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20121112&oldAction=rechCodeArticle>> (consulté le 28/09/13)
- Avenant du 1^{er} février 2012 de l'article L. 6315-1 du code du travail. Disponible sur :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCCArticle.do?idArticle=KALIARTI000026287852&cidTexte=KALITEXT000026287768&dateTexte=20120815>>
(consulté le 04/01/14)

Ouvrages :

- ALTER Norbert. *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF. 2006.
- BERNOUX Philippe. *la sociologie des organisations*.
- CLOT Yves. *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF. 1999.
- DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Paris : Institut National de la Recherche Agronomique. 2003.
- RICOEUR Paul. *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock. 2004.
- SAINSAULIEU Renaud. *L'identité au travail*. 3^{ème} édition. Paris : Presse des Sciences Politiques, 1996.
- THEVENET Maurice. *La culture d'entreprise*. Paris : PUF. 1993.
- THUILLIER Odile et VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des Cadre de Santé à l'hôpital*. Paris : édition. LAMARRE. 2003.
- HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.

Thèses ou mémoires :

- REINHARDT Sophie. *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse doctorat Sociologie. Paris : Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis Ecole Doctorale de Sciences Sociale. 2011.

Articles :

- BEGIN Lucie et VENIARD Antoine. L'évaluation à 360° : le rôle du feedback par les pairs comme outil de développement des compétences comportementales des futurs managers. *Management & Avenir*, n° 62. 2013/4.
- BIELOKOPYTOFF T. et BECHET P. Un infirmier cadre de radiothérapie ? c'est possible ! *Objectif soins et management*, n°221, décembre 2013.
- CHABERT Ghislaine, DESMARAIS Céline et IBANEZ BUENO Jacques. Des cadres de santé « jouent » à évaluer. Le « Serious gaming » pour appréhender l'évaluation?. *Communication et organisation* [En ligne], 38 | 2010, mis en ligne le 01 décembre 2013. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/1419>
- DEJOURS Christophe, « La psychodynamique du travail face à l'évaluation : de la critique à la proposition », *Travailler*, 2011/1 n° 25
- FONT LE BRET Brigitte et LEDUN Marin. L'évaluation individuelle annuelle à 360 degrés : un virage dangereux pour les salariés. *La revue lacanienne*, 2009/2 n° 4.
- HAUTEMULLE Mathieu. Encadrer des professionnels d'une autre filière que la sienne. *Objectif soins et management* N° 208. Septembre 2012.
- MILGROM Elie et al., Chapitre 12. Pas d'accompagnement sans évaluation - pas d'évaluation sans accompagnement », in Benoît Raucent et al., Accompagner des étudiants De Boeck Supérieur « *Pédagogies en développement* », 2010.
- PASTRE Pierre, MAYEN Patrick et VERGNAUD Gérard. La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie* [En ligne], 154 | janvier-mars 2006, mis en ligne le 01 mars 2010, consulté le 30 décembre 2013. URL : <http://rfp.revues.org/157>
- PERILLEUX Thomas. Le déni de l'évaluation. *Travailler*, 2005/1 n° 13, p. 113-134.
- RUFIN Frédéric. Une définition de la compétence professionnelle. *Cadre de Santé.com*, 2007/10

- TERRANEO Fabienne et AVVANZINO Nadia. Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, 2006/4 N° 87, p. 16-24.
- VALLON Serge. Traverser les impasses de l'évaluation ? *VST - Vie sociale et traitements*, 2006/4 no92, p. 21-25

Supports de cours :

- FARNAULT Patrick. « La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences *Les différents entretiens dans l'encadrement : l'entretien annuel d'évaluation* » Cours de la formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris 2013-2014.
- KERGNARD Brigitte « La GPMC » Cours de la formation Cadre de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris 2013-2014.
- ROBINEAU-FAUCHON Isabelle. « De l'évaluation des pratiques professionnelles au développement professionnel continu », Cours de Master 1 Management et Santé 2013-2014

Supports électroniques :

- Définition de la compétence. Disponible sur :
<<http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence.html>> (consulté le 05/10/13)
- http://www.cci75-idf.fr/upload/pdf/capRH71_Pratique.pdf (consulté le 28/09/13)
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894355/lepp-pour-les-professionnels-de-sante-non-medecins (consulté le 24/11/13)
- Quelle identité professionnelle pour les infirmières. Disponible sur
<<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/quelle-identite-professionnelle-pour-les-infirmieres.html>> (consulté le 08/03/14)
- Les types de référentiels. Disponible sur :
<<http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR064-8.pdf>> (consulté le 11/01/14)

Annexes

Annexe 1 : Questions prévues lors des entretiens

Annexe 2 : Traitement des données du talon

Annexe 3 : Traitement des données sur les outils

**Annexe 4 : Traitement des données sur les freins à
l'entretien annuel d'évaluation**

**Annexe 5 : Tableau d'analyse du ressenti des cadres par
rapport à l'EAE**

**Annexe 6 : Traitement des données en lien avec
l'évaluation collective des compétences**

Annexe 1 : Questions prévues lors des entretiens

- De quelle filière d'origine êtes-vous ?
- Demande d'explication sur le service actuel
- Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé CDS ?
- Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?
- Depuis combien de temps faites-vous des évaluations ?
- Avez-vous eu une formation en rapport avec l'évaluation ?
- Si oui quel contenu ?
- Comment évaluez-vous les compétences de vos agents ?
- Quelle est la fonction de cette personne ressource et quelle est sa position au sein de l'équipe ?
- Rencontrez-vous des freins lors des évaluations ? si oui lesquels ?
- Qu'avez-vous mis en place pour les contrer ? et pourquoi ?
- Quel ressenti avez-vous lors des évaluations ?

En partant de cette définition :

« Après avoir établi la liste et le niveau des compétences nécessaires pour le bon fonctionnement du service, évaluez la répartition de ces dites compétences sur l'ensemble des professionnels du service. L'idée étant de s'assurer que des compétences indispensables au fonctionnement du service ne disparaissent pas lors du départ, d'un des professionnels ».

- Réalisez-vous une évaluation collective des compétences de votre service ?
- Si oui comment et si non pourquoi ?

Annexe 2 : Traitement des données du talon

entretien / couleur	rouge	gris	bleu	vert	orange	violet
formation d'origine	kinésithérapeute	ergothérapeute	ergothérapeute	infirmier	manipulateur en radiologie	manipulateur en électro-radio médicale
type de service	SSR neuro	psychiatrie	SSR neuro	neuro chir	pool de remplacement de nuit	urgence, unité d'hospitalisation de courte durée, unité pénitencière
type de proximité (nombre de services)	1	3	5	2	27	3
encadrement hiérarchique	IDE et AS	IDE, ergothérapeute psychomotricien	kinésithérapeute ergothérapeute orthophoniste psychomotricien APA IDE	IDE et AS, kinésithérapeute	IDE et AS	IDE, AS, ASH secrétaire et assistante dentaire
durée dans le service	9 mois	8 mois	8 ans	3 mois mais exercice pendant 4 ans il y a 5 ans	1 an	3 ans
date du diplôme CDS	2013	2002	2006	2007	2010	2011
activité de FFC	10 mois	non	non	6 ans	non	1 an
formation aux EAE en dehors de la formation cadre	non	1 lors de la mise en place des EAE dans l'établissement (partie législative, partage d'expérience et jeux de rôle)	1 obligatoire de 2 jours (fond, forme et jeux de rôle)	1 formation 4 fois 2 heures (type coaching)	1 formation de 2 jours (base théorique et jeu de rôle)	1 formation de 3 jours (cadre réglementaire, cours sur le management, jeu de rôle, technique de communication)
ancienneté dans l'EAE (année)	1	9	7	7	4	4
prise en compte des compétences dans l'EAE	oui	non	oui	non	oui	oui
Nombre de cadres pour les services	1	1	1	1	3	2

Annexe 3 : Traitement des données sur les outils

		entretien / couleur	rouge	gris	bleu	vert	orange	violet	Total
élément interne de prise d'informations	management	disponibilité/ échanges réguliers durant l'année		X	X	X		X	4
		confiance			X				1
		observation	X	X	X	X	X	X	6
	connaissances générales	connaissance des autres professions		X	X	X			3
		connaissance des pathologies	X		X	X			3
élément extérieur de prise d'informations	personnes ressources	patient	X						1
		médecin	X		X			X	2
		collègue CDS				X	X	X	3
		collègue agent	X			X	X		3
	outil en lien avec une démarche institutionnelle	protocole			X				1
		fiche de poste			X		X	X	3
		référentiel				X	X		2
		trame EAE et guide (informatisé ou non)	X				X		2
		auto-évaluation		X	X			X	3
Nombre d'outils utilisés par cadre			6	4	9	7	6	6	

Annexe 4 : Traitement des données sur les freins à l'entretien annuel d'évaluation

entretien / couleur	Présence de freins (oui/non)
rouge	non
gris	oui
bleu	non
vert	oui
orange	oui
violet	non

1 Les freins provenant des agents

1.1 Difficultés d'implication des agents dans l'évaluation

« Oui je repense à l'évaluation d'un infirmier, qui ne pouvait pas me parler de lui. Il était dans des propos très généralistes ».

« Il y a aussi le ressenti des équipes. Il y a des équipes quand vous êtes disponible pour échanger dès qu'il y a un peu de temps ou une difficulté. Pour eux l'entretien ils trouvent cela un peu rébarbatif, ils ont l'impression que les choses qu'ils ont à dire ils vous les ont déjà dites toutes au long de l'année »

1.2 Gestion de l'inadmissible

"Ce que j'ai envie de dire sur les agents problématiques c'est que l'on n'est pas là pour les dégommer. On est là pour reprendre pour sanctionner éventuellement. Pour ne pas oublier de faire un dossier, il faut prendre l'habitude sur de l'inadmissible de le tracer aussi. La première fois on signale et la deuxième fois on lui dit que l'on va faire un rapport qui sera signé par l'agent aussi. Soit un rapport qui va rester en interne, voilà il va y avoir une graduation comme cela, dans la réponse à l'inadmissible. Donc il y a un moment où il faut dire aux agents c'est fini on ne peut pas continuer comme cela, et il va falloir qu'on se quitte."

1.3 Temps pour réaliser de nouveaux projets

"Oui mais je n'ai pas le temps donc là c'est un échange avec l'agent pour discuter de comment il s'organise du coup. Qu'est-ce qu'il priorise et c'est comme cela que j'ai aussi des éléments supplémentaires pour ensuite mieux évaluer sa façon de faire et pourquoi pas arriver à modifier un peu les pratiques". "Parce que des fois on est dans un quotidien redondant, où on ne prend pas le temps de faire un état des lieux, qu'est-ce que je fais et comment je fais" "Et moi mon travail c'est de dire on fait pause".

2 Les freins propres aux cadres

2.1 Différence d'organisation entre les professions

"J'avais déjà en tête que le fait d'encadrer des soignants avait ses limites, et j'en suis d'autant plus convaincu, parce que même en connaissant le service, même en connaissant le fonctionnement, même en connaissant les outils (le dossier informatisé) c'est quand même une phase d'adaptation qui est non négligeable".

2.2 L'évaluation des compétences techniques

"Oui pas de remise en cause : dans l'évaluation des compétences, ce que j'ai pu observer, et que si moi je l'observe c'est que c'est flagrant".

"Je ne suis pas dans l'évaluation du geste pur".

"Je n'évalue pas véritablement la pertinence des actes des kinésithérapeutes". "Mais par contre je suis là pour vérifier qu'il l'a fait autant que besoin pour le patient". "Je veille aussi à ce que le planning soit le plus complet possible, pour que l'on n'ait pas de période morte, où les patients n'ont pas de kinésithérapeutes. Je suis le garant que l'activité de kinésithérapie est pérenne."

"J'ai rencontré des freins sur certains agents qui avaient une certaine expérience, une certaine maîtrise de leurs compétences, comme j'étais médico technique ça n'a pas été au cours de l'évaluation mais tout ce qui précédait l'évaluation, apprendre et partager les connaissances avec les agents que j'encadrerais". "Par exemple je me rappelle d'avoir évalué une infirmière qui était polyvalente, et sur la gestion de ses

compétences j'étais un peu limite. Du coup j'avais demandé à ma collègue qui était de formation infirmière de reprendre cet agent pour bien revalider l'ensemble des compétences à acquérir. "

"Je dirais au début, la première évaluation quand vous êtes hors filière, vous n'êtes pas encore aguerri, vous n'avez pas encore toutes les subtilités du métier, c'est assez, vous êtes plus sûr de l'évaluation basée sur de la théorie, vous utilisez vraiment des supports très théoriques. Vous n'avez pas encore ce petit filling personnel, lié à l'observation, les choses que vous ressentez. Et au fur et à mesure que vous évoluez avec l'équipe et avec les gens, et dans le service que vous êtes amené à gérer, vous vous imprégnez de la culture, des métiers ou vous vous cultivez aussi en terme d'apport théorique et pratique. Le questionnement sur les pratiques de soins. Ce qui fait que ce qui était très théorique devient beaucoup plus pratique, et vous rentrez plus dans l'intuition, le vrai ressenti. C'est vrai on sent qu'il y a une progression dans la capacité à mener des entretiens auprès de gens venant d'une autre filière"

3 Difficultés liées à l'organisation

"Je pense que la taille de l'équipe est importante pour quelqu'un qui n'est pas issu de la filière. Il aura des difficultés sur le suivi des équipes car très éclatées (une semaine 3 nuits et l'autre 2 nuits) et en fonction de ma rotation je ne voyais pas tout le temps l'ensemble du personnel. Le fait qu'il y ait aussi des personnes à temps partiel qui sont encore moins présentes. Une personne à 50 % travaille moins de 10 nuits dans le mois. C'est spécifique à l'organisation de nuit. Je les croisais que de façon très ponctuelle, pour le suivi des compétences ce n'est pas simple. Dans ce cadre-là j'ai demandé à ne pas évaluer ces agents. Je n'ai évalué que des agents à 100%. L'éloignement physique et la communication avec les autres cadres (les 3 cadres du service de ER)."

"Assez pesant parce que c'est lourd de devoir faire les entretiens, la fenêtre temporelle dans laquelle on doit réaliser les entretiens est quand même assez restreinte. Et c'est assez lourd, après c'est des choix d'établissement mais c'est que nous les entretiens se font là avril-mai, je ne suis pas convaincu, je pense que cela

serait inclus dans l'année civile cela serait plus simple. Parce que du coup, on a deux calendriers opposés entre les projets d'établissement qui sont un calendrier civil de janvier à décembre et là l'évaluation qui est en plein milieu. Voyez là, je vais évaluer des agents pour lesquels on avait dans les objectifs la participation à des groupes de travail, qui vont vraiment commencer à se mettre en place que là. Donc en fait en un an pour eux leur objectif il n'est pas atteint parce que le travail n'a pas démarré. Ce n'est pas de leur fait, mais c'est un peu dommage"

Annexe 5 : Tableau d'analyse du ressenti des cadres par rapport à l'EAE

1 Les ressentis négatifs

"Mon ressenti est de me dire que cela me nécessite beaucoup plus de préparation qu'avec quelqu'un qui serait issu de la filière. De vraiment structurer mon évaluation, pour pouvoir avoir les arguments et les éléments qui permettent de m'appuyer. Quand on est du même métier on s'interroge moins, c'est plus fluide."

"Disons que ce n'est pas la même profondeur, que quelqu'un qui est du même corps de métier initial que soi, dans la mesure où si c'est un infirmier que j'évalue, je connais le détail du détail. Chez les kinésithérapeutes je connais les grandes lignes :

Une évaluation sera beaucoup plus sur des aspects de méthodologie, sur l'organisation, que des aspects très spécifiques sur un type d'acte.

Si c'est un infirmier je sais s'il a un problème technique, ou un problème d'organisation, de compréhension, je sais aussi lui apporter des outils pour qu'il s'en sorte.

Si c'est un kinésithérapeute, pour l'aspect technique je l'enverrai vers un autre kinésithérapeute pour cela. Ce ne sera pas moi l'élément solution, si on peut dire. Je ne serai qu'une piste pour lui pour l'aiguiller vers quelqu'un d'autre.

Il y a cet aspect-là, où on est seulement « le cadre de », on n'est pas le référent.

C'est-à-dire qu'un infirmier sait qu'il peut me demander mon avis, et que je donnerai un avis d'expert vraiment sur le domaine.

Le kinésithérapeute me demande un avis ce n'est pas forcément un avis d'expert."

"Mais vous êtes présent au quotidien comme là aux urgences, les agents vous les connaissent par cœur vous les voyez régulièrement dès qu'il y a des discussions à avoir dans un sens ou dans l'autre c'est assez facile.

Donc pour eux l'entretien, souvent cela se sent c'est souvent un entretien qui va un peu plus vite d'ailleurs "

2 Les ressentis positifs

"En termes d'évaluation individuelle, pour évaluer les compétences d'un agent, cela demande cette adaptation-là (mise au niveau des compétences de l'agent). Je ne dirais pas forcément négatif pour l'évaluation des compétences mais qui nécessite un ajustement personnel pour le cadre d'ailleurs peut-être aussi pour l'agent."

"Si on veut être respecté, il faut respecter. Et je souhaite travailler avec cette notion-là, aussi envers eux".

"C'est-à-dire que si c'est intéressant ce que l'on fait, et si on a du plaisir à le faire c'est quand même beaucoup mieux. On passe quand même trente-cinq à quarante heures par semaine, ensemble.

Ça c'est les deux notions et souvent j'ai ce critère-là : si vous venez au boulot avec une boule dans la gorge ou dans le ventre c'est qu'il y a un problème, il faut qu'on se parle".

"Je préfère que l'on dise les choses".

"Après il ne faut pas non plus être dans l'illusion que tout va se dire et que l'on va être dans la complète transparence. Pas du tout ce n'est pas cela, il y a forcément des choses où chacun garde son petit bénéfice secondaire. Mais il faut que cela soit dans une zone à peu près tolérable".

"C'est un partage entre l'agent et moi".

"C'est un moment d'écoute pour moi et cela me permet de me dire : bien voilà tout ce que j'ai remarqué sur l'année écoulée.

Il y a des choses pour lesquelles je n'attends pas ce moment-là pour en parler, et j'en parle toute l'année.

A ce moment-là je vais extraire les différents points de l'année, avec des exemples même :

- A ce moment-là voilà ce qui s'est passé,
- Voilà comment on avait réagi,
- Voilà ce qui s'est bien passé, et ce qui s'est moins bien passé.
- Voilà ce que l'on avait proposé ensemble,
- Il y a six mois, vous m'avez parlé de telle formation, de tel bilan
- Est-ce que vous l'exploitez ?, Comment ?

C'est le point annuel où on reprend tout ce que l'on a déjà évoqué sur le plan de l'année."

"Je pense que j'étais moins à l'aise que maintenant, depuis j'en ai fait beaucoup et j'adapte ma façon de faire. Je pense que sur ma première évaluation, et suite à mon expérience maintenant je mets en place d'autres facteurs pour mes évaluations actuellement."

"Cela dépend, il y a des services où les cadres sont plus dans des missions transversales, et beaucoup moins présents dans l'équipe.

Donc là l'entretien, c'est vraiment un moment utile car les gens se voient moins. Je vois par exemple à la prison, j'ai qu'un petit temps dédié sur la prison, donc les entretiens c'est vraiment un bon moment dans l'année où je peux me caler. Prendre du temps avec les infirmiers qui sont sur place, discuter avec eux des projets, de leur projet personnel, des évolutions à mettre en place dans le service."

"Par contre cela ouvre la porte à d'autres discussions, souvent avec ces agents-là les problématiques de service sont abordées rapidement, mais par contre après vous avez plus de temps pour aborder leur aspiration professionnelle, leurs éventuels souhaits d'évolution dans le service ou hors du service.

Là c'est vrai qu'il y a qu'à l'entretien que cela peut se faire ce genre de chose. Et c'est important."

Annexe 6 : Traitement des données en lien avec l'évaluation collective des compétences

entretien / couleur	Présente d'évaluation collective des compétences (oui/non)	organisation formalisée (oui/non)
rouge	non	/
gris	oui	non
bleu	oui	oui
vert	oui	non
orange	oui	oui
violet	oui	partiellement

1 Les actions mises en place

"La répartition des compétences et des savoir-faire, il faut qu'elle se lisse effectivement.

Là aussi ce n'est pas formalisé très fort".

"Dans un travail hospitalier, les gens rechignent à la référence par ce que c'est du travail en plus, etc. donc ce que je fais c'est que tout le monde tourne.

Je mets toujours un référent en deuxième rideau, un co-référent qui sera le référent de l'année d'après".

"sur des services d'intra où cela tourne beaucoup, il y a toujours des nouveaux arrivants qui s'y collent, là je ne prends pas trop de gants".

"C'est un peu ma façon de fonctionner, je détecte un peu les éléments moteurs, motivés et compétents. Ils y en a qui sont plus compétents en neurologie, d'autres en orthopédie ou avec les patients déments.

Ils y a plusieurs compétences et du coup cela leur permet d'aller l'un vers l'autre."

"Le plan de formation continue annuel, que je suis, c'est-à-dire que chaque année j'ai mon plan de formation, je vois qui a demandé quoi.

Au moment de l'entretien par exemple tu me demandes :

- Telle chose, est-ce que c'est pertinent par rapport au secteur où tu es affecté ?
- Oui ou non et si oui pourquoi ?
- On creuse la question, non ce n'est pas pertinent, dans l'équipe il y a tel et tel collègue qui a déjà fait cette formation-là.

- Donc on va faire autrement, je vais demander à tel collègue de te transmettre ses connaissances, pas ses compétences.

Il va s'en saisir pour voir comment il pourra les exploiter."

"Quand un agent part en formation, l'objectif c'est qu'au retour de formation, tu retransmets les connaissances à l'ensemble des collègues".

"Je connais les CV de chacun, je sais les parcours de chacun et faire un binôme jusqu'à ce qu'il soit à l'aise. "

" Avant d'aller chercher en dehors de l'hôpital les compétences, de passer d'abord en revue les connaissances et compétences et le parcours de chacun".

"Je mets une personne référente en doublon sur chaque roulement".

"L'équipe de remplacement a été renforcée avant mon arrivée dans le service :

- donc une arrivée de personnels non formés,
- des personnes qui sortaient du diplôme, qu'il a fallu former.

Par exemple aux urgences, il fallait que je sache quelle équipe était en place pour savoir qui j'allais mettre de l'équipe de remplacement.

Sur cette équipe-là, j'ai été en difficulté, du fait des équipes qui tournaient. Il y avait certaines équipes des urgences qui avaient de l'expertise.

Du coup, moi je pouvais me permettre de mettre quelqu'un de l'équipe de remplacement, qui n'était pas expert mais en cours d'acquisition sur certaines compétences spécifiques.

Cela me demandait de réajuster toujours la personne que j'allais mettre aux urgences en fonction des équipes qui y travaillaient.

Quand j'arrivais les soirs où je travaillais, je passais toujours par les urgences pour voir l'équipe en place pour savoir qui je pouvais mettre.

Parce que pour pouvoir former quelqu'un il faut qu'il y ait des personnes qui aient de l'expertise pour l'accompagner."

"Puis on a mis en place des infirmières et des aides-soignantes roulantes pour aider à la formation (quand on avait l'effectif suffisant).

Le personnel polyvalent que je déterminais par exemple aux urgences en début de nuit, me permettait d'ajuster le personnel de remplacement en fonction des équipes en place.

Moi je ne pouvais pas faire les 27 services quand j'arrivais le soir. "

"Elles intervenaient ponctuellement dans les services en difficultés (urgences et onco-médical). Quand elles n'avaient pas d'activité, elles participaient à la réalisation de projets avec nous (mutualisation des volantes sur les deux sites hospitaliers)."

"On a des infirmières spécifiquement formées pour certains types d'actes : les infirmières d'accueil, qui ont une formation particulière, sont amenées à évaluer et à orienter les patients à l'entrée aux urgences.

Tout le monde n'est pas apte à mener cette mission-là, parce qu'il faut avoir une expérience solide dans le service et puis il faut avoir la formation.

Plusieurs d'entre elles aspirent au bout d'un moment à faire autre chose, ce qui est normal, donc il y a une anticipation en fait de cette disparition. Dans la construction d'un projet, on anticipe en fait l'arrivée de nouvelles infirmières sur ce type de compétence, pour préparer la sortie des autres".

2 Les raisons de la non mise en place ou d'une mise en place partielle de gestion collective des compétences

"Trop tôt par rapport à la prise en main de l'équipe".

"Après, cela n'est pas faisable pour toutes les compétences : cela demande de faire une cartographie des compétences sur un service comme celui-là, c'est très compliqué.

Ce serait l'idéal car vous repérez vraiment par personne l'ensemble de leurs compétences, de leurs aptitudes, de leurs points forts et points faibles, de ce qu'ils apportent à l'équipe.

En fonction de cela vous essayez que tout le monde remplisse les petites cases au fur et à mesure, mais c'est très lourd.

Le problème c'est que ce qui fait défaut pour ce genre de projet c'est le temps parce que l'on est pris énormément par tout ce qui est autour, le quotidien et l'urgence des tâches pour les cadres.

C'est pour cela que je trouve que c'est compliqué de réaliser une vraie cartographie pertinente".



Diplôme de Cadre de Santé DCS@13-14

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Cadre de santé d'une équipe pluridisciplinaire : Challenge de l'entretien annuel d'évaluation

AUTEUR

Isabelle Fonteneau

MOTS CLES

Cadre de santé, Compétences, Filières, Entretien annuel d'évaluation, Evaluation collective des compétences

KEY WORDS

Health manager, skills, annual performance evaluation, management of team's skills

RESUME

Les cadres de santé sont répartis en trois filières d'origine (soignant, rééducateur et médico technicien). Depuis 1995, ils suivent la même formation quelle que soit leur filière d'origine. Aujourd'hui, ils sont un certain nombre à encadrer des professionnels qui n'ont pas la même filière. Je m'interroge sur les outils que ces cadres vont mettre en place pour évaluer les compétences de ses agents et s'ils réalisent une évaluation collective des compétences dans leur service. J'ai choisi d'interviewer plusieurs cadres de santé pour comprendre l'organisation qu'ils avaient mise en place pour réaliser les entretiens annuels d'évaluation au sein de leur service. Après l'analyse des entretiens, il apparaît que les cadres hors filière utilisent plusieurs outils et qu'ils réalisent une synthèse des informations au moment de l'entretien annuel d'évaluation de l'agent ; que la plupart d'entre eux réalisent une évaluation collective des compétences même si celle-ci n'est pas formalisée. Le fait d'être un cadre de santé hors filière n'est donc pas forcément un frein à l'évaluation des compétences des agents.

ABSTRACT

Health managers come from three different backgrounds (caregiver, therapist and medical technician). Since 1995, they receive the same training regardless of their career. Today a certain number of them manage staff who do not have the same career. I wanted to know what tools they use to assess their staffs skills. I also wanted to know, if they had set up global evaluation of their team's skills. I chose to interview six health managers to understand their organization to do the annual performance evaluation in their service. After analyzing the interviews, it appears that managers use several tools to assemble information. And they realize a synthesis of information's at the time of the annual performance evaluation of the agent. Most of them do a collective assessment of skills even if it is not formalized. Coming from another occupation is not necessarily an obstacle to the assessment of staff skills.