

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

LE CADRE DE SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES :

***QUELLE
PLUS-VALUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU
PERSONNEL SOIGNANT ?***

Théodora LEFEUVRE

[DCS@16-17](#)

« C'est la réussite qui permet de mesurer le degré véritable de ses compétences et de ses mérites. La confiance en soi est faite d'humilité. C'est parce que ce paradoxe est mal compris de la plupart des gens que les relations de confiance sont si difficiles ».

La Culture. Écrits polémiques - **Pierre BOURGAULT**

« La confiance en soi ne remplace pas la compétence. »

Olivier LOCKERT

NOTE AUX LECTEURS

Ce document est un Mémoire de Fin d'études, réalisé dans le cadre de ma formation Cadre de Santé à l'Institut de Formation des Cadres de santé (I.F.C.S.) École Supérieure Montsouris (E.S.M.) /université Paris Est Créteil Val de Marne (U P E C).

Les opinions soutenues dans ce Mémoire n'engagent que son auteur.

C'est une propriété privée, qui ne peut faire l'objet d'une publication ou d'une duplication quelconque en tout ou partie, sans l'accord de son auteur ou de l'I.F.C.S.- E.S.M.

REMERCIEMENTS

Je remercie et exprime toute ma gratitude, plus spécialement aux différentes personnes qui m'ont bien accueillie au sein de l'IFCS-ESM, durant cette année de formation. Cela m'a permis de vite m'intégrer, d'enrichir mon expérience et d'avoir une formation de cadre de santé très solide.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur Patrick FARNAULT, Directeur de l'Institut de Formation des Cadres de Santé- Ecole supérieure Montsouris, mon Directeur de Mémoire, pour la qualité de sa personne très compétente : disponible, très ouvert, à l'écoute, pour son aide méthodologique et pédagogique pendant les travaux de la guidance-Mémoire, ainsi que la pertinence de ses interventions tout au long de la formation.

Je remercie Madame Morgane Le GAL Cadre Expert- Consultant, Responsable de la formation, pour la qualité de sa personne, très compétente et bienveillante, tant dans ses relations, sa posture de Cadre très simple, dispensant son savoir, ses connaissances, avec méthodologie et pertinence. Avec un réel souci, vous travaillez à faire de nous de vrais cadres de santé, ouverts à toutes les thématiques inhérentes à la fonction. Merci à vous pour votre pédagogie plus large et complète, pour vos conseils, votre aide et pour votre accompagnement !

Toute ma gratitude aussi à l'équipe pédagogique et tous les autres Cadres formateurs, membres de l'E.S.M- Formation et Recherche en Soins, les assistantes pédagogiques/de direction, et aux différents intervenants de L'École Supérieure Montsouris et de l'UPEC, pour les apports théoriques et pratiques reçus, nécessaires au bon déroulement de notre formation.

Tous, vous avez su, par vos interventions et votre participation, nous piloter et nous former. Vous avez été disponibles et attentifs à chaque sollicitation. Recevez très sincèrement, Mesdames et Messieurs, toute ma gratitude, car vous me permettez d'aborder, avec un solide " bagage ", et en toute sécurité, ma fonction de Cadre.

Soyez remerciés pour votre accompagnement et votre encadrement qui m'ont beaucoup aidée et éclairée dans cette expérience de Formation conduisant à ses deux diplômes : de Cadre de santé et du Master.

Je profite de cette occasion aussi, pour dédier ce Mémoire à mes parents qui sont des modèles pour moi, à ma belle-mère et aux membres de ma famille décédés.

Enfin, je tiens à remercier Mon époux, mes enfants, ma famille, mes amis (es), mes collègues et toutes les personnes qui m'ont accompagnée, aidée et encouragée à bien passer et vivre cette formation.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION	4
1 Constat de départ	6
2 Emergence et choix du thème	8
2.1 Question de départ	8
2.2 Problématique et Hypothèses	9
3 Cadre conceptuel	11
3.1 Cadre de santé, une fonction et non une profession ?	11
3.1.1 Définition et rôle du cadre de santé.....	11
3.1.2. Historique et Evolution de la Fonction cadre de santé.....	12
3.1.3 Ses missions et fonctions.....	13
3.1.4 Le positionnement du Cadre de santé manager.....	14
3.1.5 La posture du Cadre de santé.....	16
3.2 Les Compétences du CDS de proximité et du CDS formateur	16
3.3 Les 10 rôles du cadre selon Henri MINTZBERG	18
3.4 Le Cadre de Santé face à l'accompagnement des Soignants	19
3.5 Le concept de personnel soignant : IDE et AS	20
3.5.1 Définition du concept	20
3.5.2 Historique et Evolution du concept de soignants.....	24
3.5.3 Etre soignants aujourd'hui : quelles compétences et pourquoi ?.....	25

GLOSSAIRE

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

AS : Aide-Soignante

CDS : Cadre de Santé

CSF : Cadre de Santé Formateur

CREX : Comité de Retour d'Expériences

EAS : Elève Aide-soignant(e)

EI : Evénements indésirables

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESI : Etudiant(e) en Soins Infirmiers

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité, qui est un outil d'amélioration des pratiques professionnelles

INTRODUCTION

Aujourd'hui, l'évolution des pratiques professionnelles, impulsée par les lois sur la santé, plus spécialement, la loi « *Hôpital patient santé territoire* » (HPST) du 21 juillet 2009 fait du dispositif de DPC¹ (Développement professionnel continu des compétences), une démarche garantissant la qualité et la sécurité des soins en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles. Le maintien et l'acquisition de nouvelles compétences donne le ton du management à l'hôpital.

De même, la loi sur la modernisation de notre système de santé (*loi n° 2016 41 du 26 janvier 2016 : Accès aux soins et qualité du système de santé*), oblige de s'adapter. Aussi, le but du DPC se veut d'aider à « *développer l'envie de former des salariés et fournir aux entreprises un outil au service de leur performance. Favoriser l'acquisition de compétences en lien avec les réalités économiques.* »²

Le décret du 1^{er} janvier 2012, développe le « *principe d'une pratique réflexive, renforçant les démarches de certifications* »³. En tant que future cadre cela me pousse à réfléchir sur ce que je peux faire dans mon rôle d'acteur et de facilitateur des équipes. Il me faut **favoriser l'implication des agents**, dans les pratiques communes et personnelles **gage de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins**.

Par ailleurs, la fonction Cadre de santé, responsable de, requiert de **savoir se réajuster et s'adapter** aux différentes évolutions, pour faire face aux exigences accrues des patients, des familles, des établissements de santé, et des demandes du personnel en formation ou en évolution de carrière.

Cela passe par « ***l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement et le développement des connaissances, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise des dépenses de santé.*** »⁴

Nous savons qu'actuellement, le cadre de santé doit faire face à un monde de santé en constante évolution. En effet, le CDS est confronté à la gestion des équipes soignantes, avec toutes les responsabilités que cela implique. Devant ces enjeux, comment peut-il répondre aux exigences des soins de qualité et efficaces, sans tenir compte des restrictions budgétaires, du manque d'effectifs dans les services, des impératifs de la crise économique actuelle et de dotation des moyens ?

Quelle stratégie doit-il mettre en œuvre pour fédérer ses agents et les inciter à s'impliquer dans leur exercice professionnel ?

¹ Cf Annexe 1, Loi BACHELOT

² Cf. documents cours préparatoire concours d'entrée IFCS Croix -Rouge

³ Idem

⁴ idem

Étudiante Cadre de Santé, je suis tenue au cours de ma formation à faire un travail de « Recherche-Mémoire ». Ma réflexion personnelle s'est portée sur comment et pourquoi développer les compétences et travailler sur l'employabilité du personnel soignant.

En parallèle, un questionnement sur des problématiques rencontrées durant mon exercice professionnel, me permet de poser une question de départ sous-jacente à ce travail, centrée sur le cadre de santé et le développement des compétences des soignants.

Cette notion de compétences présente de nombreux enjeux. Elle nous oriente en effet, vers les exigences de performance, d'évolution, d'efficacité et de mobilité professionnelles, tout en ayant une articulation entre l'individuel et le collectif.

Dans le contenu de ce mémoire, je décris mon constat de départ dans la première partie. Dans la deuxième partie, je parle du contexte d'émergence et du choix de mon thème. J'expose ma question de départ dans une sous partie, ainsi que ma problématique et mes hypothèses.

Ensuite, dans une troisième partie je définis le cadre conceptuel de ce travail. Je procéderai à une élaboration d'enquête, à l'analyse des réponses, enfin je ferai l'analyse de ces résultats.

Une conclusion finalisera ce mémoire en mettant en exergue les limites et les axes d'amélioration de mon travail.

1. CONSTAT DE DEPART

En chirurgie ambulatoire depuis bientôt 9 ans, avec un passé de 23 ans dans la profession paramédicale, j'ai eu à faire face à de nombreuses situations où la mobilité, la réactivité et la réflexivité des soignants ont été au cœur de la pratique professionnelle, sans oublier le savoir-faire et savoir agir situationnel.

Dans les services de soins, j'ai constaté trois sortes de positionnement des soignants face à l'exercice de leur profession.

Parfois, certains soignants veulent mettre leurs connaissances et savoirs au service de leur unité de soins, pour continuer à acquérir et à développer des compétences.

Ce sont souvent des personnes qui disent vouloir travailler dans les services de grande technicité, ou services dits « où l'on technique beaucoup ». Ces services sont appelés ainsi, car ils poussent à mobiliser ses compétences empiriques. Ces personnes demandent des formations continues et sont judicieusement, plus motivées lorsque le cadre de santé les leur propose.

D'autres au contraire, sont moins investis, fuyant parfois le fait d'aller remplacer ou travailler dans un autre service, puisqu'ils se sentent peu motivés ou disent ne pas avoir réactualisé leurs connaissances depuis longtemps. Puisque n'en voyant parfois pas l'utilité, souvent, ils ont une démotivation à le faire, à analyser et évaluer leurs pratiques professionnelles.

Ils disent qu'ils « font les mêmes choses toujours, et ne comprennent pas pourquoi le CDS leur demande d'aller dans un service où les soins sont plus techniques et développés, puisqu'ils ne savent plus techniquer ? » Très souvent, cela va de pair avec le fait d'aller se former, pour certains ou de ne pas le verbaliser, pour d'autres.

D'autres enfin s'investissent dans l'équipe, ont des potentiels et des compétences, mais se sentent peu ou pas du tout reconnus, valorisés. Ainsi, ils ont donc besoin que le Cadre de santé les reconnaisse et les revalorise non pas seulement parce qu'ils travaillent, mais parce qu'ils sont là dans le service, et sont "des piliers".

C'est aussi sur cette catégorie de personnel que le cadre peut pourtant compter, pour construire les équipes et les porter "vers le haut". Dans ce cas, c'est un personnel très motivant et fédérateur, dont la qualité professionnelle n'est pas à négliger. De même, cette catégorie d'agents aide le cadre à développer son leadership, son professionnalisme managérial.

Néanmoins, le manque d'implication et de reconnaissance des cadres peuvent aussi entraîner un manque de confiance en soi chez certains agents.

Au regard de ces constats, le Cadre de santé étant capteur des besoins organisationnels et individuels, doit trouver des réponses justes, équitables et adaptées pour aider les soignants à accepter, adopter des solutions intégratives, qui privilégient l'acquisition et le développement des compétences.

Cela doit être en lien avec l'avancée des pratiques et techniques médicales et paramédicales de soins sécuritaires et de qualité, dédiés aux patients.

Bien souvent, le Cadre de santé exerce un métier difficile, complexe dans le management et la gestion des équipes. De même le personnel soignant demande « un cadre de santé qui professionnalise son management. »⁵ et qui puisse les rassembler et les mobiliser dans leur profession.

Dans la partie qui suit, nous parlerons des motivations de notre sujet et son émergence.

5 Cf. cours de Mr Patrick FARNAULT sur l'introduction aux pratiques managériales du jeudi 03/11/2016

2. ÉMERGENCE ET CHOIX DU THÈME

Il faut comprendre que la démotivation, le manque d'évaluation et de réajustement des pratiques professionnelles peuvent impacter sur « la qualité et la sécurité des soins »⁶. Cela peut aussi favoriser un manque de confiance en soi, une absence de fidélisation des patients et des soignants eux-mêmes.

Pour pallier à cette situation, le cadre de santé peut utiliser comme moyen, la performance des agents, pour qu'ils soient plus opérationnels et répondent au mieux aux besoins des patients et aux activités du service. Il peut en faire un projet managérial du service, qui peut devenir institutionnel.

Le CDS se trouve très souvent dans une situation paradoxale, entre développer son institution, et mieux coordonner ses actions dans son unité de soin. C'est de ce constat qu'a émergé le choix de mon thème à savoir : **le cadre de santé et le développement de compétences du personnel soignant.**

Le cadre de santé peut être un générateur et un moteur du développement des compétences des soignants. Il est responsable du service, manager des équipes, de leur dynamisme et de leur motivation au travail.

Devant un monde en mouvement permanent, et dans une dynamique de progression caractérisée, le cadre de santé ne peut-il pas faire du développement de ses agents, un levier managérial, une force de son management ?

En tant que garante de la formation et des besoins des équipe en formation, je me suis posé ces questions à savoir :

-Comment le cadre de santé peut-il articuler et construire son management, pour avoir un personnel compétent ?

-Quelle peut être sa plus-value dans le développement des compétences du personnel ?

Cela m'a permis de mûrir ma réflexion et m'a orienté dans ma question de départ.

2.1 Question de départ

Développer les compétences, favorise un **travail de collaboration** et de **Coopération** multi-professionnelles.

6 Cf. les directives de la Haute Autorité de Santé(HAS)

Pour cela, le Cadre de santé et les professionnels doivent privilégier la mobilité et le décloisonnement au sein des services.

De même, la politique sanitaire actuelle promeut la coopération et l'inter-professionnalité, la mutualisation des compétences pour la qualité des pratiques professionnelles, et le déploiement de la mobilité des équipes. Face à cela, à ce stade de ma réflexion, j'ai rassemblé les questions que je me posais en une seule question de départ et j'ai pu en déduire ceci :

En quoi le cadre de santé peut-il initier et maintenir le développement des compétences des soignants ?

Ce questionnement de départ m'a permis d'orienter mes pistes de réflexions vers une problématique et des hypothèses qui sont décrites dans la partie suivante.

2.2 Problématique et hypothèses

Dans sa posture managériale, le Cadre de santé doit favoriser la montée en compétences de ses agents, s'il veut avoir de bons collaborateurs. Il doit prendre en considération que faire évoluer son personnel c'est dynamisant, et source de motivation. Il ne doit donc pas oublier que la compétence, « développe la collaboration, la coopération, et la responsabilité... »⁷

Cette opinion axée sur « l'amélioration continue de la qualité » du travail des soignants, m'a permis d'aborder ma problématique en ce sens : garant de la qualité et de la sécurité optimale des soins dispensés aux patients, le cadre de santé est -il générateur ou moteur dans la formation et le développement des compétences des soignants ?

Le but de ma recherche est d'explorer ce domaine de formation du personnel avec qui, je suis appelée à travailler.

Ma posture de Cadre de santé me pousse à être moteur et générateur de l'intégration des connaissances, et d'une meilleure formation, passant par un accompagnement personnalisé dans le déploiement et la réingénierie des compétences. Et, il ne faut pas négliger le fait qu'être cadre de santé rime avec être levier de compétences et promoteur de la qualité et de la performance des soins.

Dynamiser les agents par la formation peut favoriser leur adhésion au projet de service, projet institutionnel, ainsi que leur cohésion au sein du groupe. En tant

⁷ Jacques TARDIF, professeur à l'université de Sherbrooke et spécialiste de la pédagogie à l'université, dans « *l'approche par les compétences : un changement de paradigme* », 20 février 2013

que Cadre, responsable des soignants, je dois les aider à intégrer les formations continues dans leur exercice et leur vie professionnelle.

C'est pourquoi, tout comme ma question de départ et ma problématique, je peux formuler les hypothèses suivantes :

-L'accompagnement est un moyen de déploiement des compétences individuelles et collectives ;

-L'analyse des pratiques entre dans la dynamique de cette amélioration de la qualité et sécurité des soins.

-Le management ne peut être de qualité, efficace et adaptée aux besoins, sans le développement des compétences des agents. C'est une pratique très épanouissante et intégrative pour eux.

Nous nous appuyons donc sur cette vision de Jacques PICARD⁸ **sur les compétences, qu'il considère comme « le pont entre les hommes, ressources vitales pour l'entreprise et les emplois ou activités dont la couverture est indispensable aux performances de l'entreprise. »**

Cela réaffirme le Cadre de santé doit **dans sa position** en tant que **fédérateur** des équipes en identifiant, en mutualisant les compétences des soignants et en les **facilitant**. De même, puisqu'il est **gestionnaire et manager des équipes et de leurs compétences**, par son positionnement et son expertise, il doit permettre **l'esprit de collaboration** entre les membres de l'équipe, par le partage ainsi que les échanges des savoirs et des expériences entre eux.

La partie qui suit reprend les différents grands concepts abordés dans le thème de mon mémoire.

⁸ Jacques PICARD dans La Gestion des Compétences: analyse des pratiques prospectives, les Editions DEMOS, 2006, p.p. 111-112

3 CADRE CONCEPTUEL

Préalablement au travail exposé, dans cette partie, j'aborde certains concepts évoqués dans ma question de départ, nécessaires à la compréhension de l'architecture de mon Mémoire.

3.1 Le Concept Cadre de santé, une fonction et non une spécialisation !

3.1.1 Définition et rôle du C D S

Le Cadre de santé est défini comme « *un professionnel de santé exerçant dans le domaine paramédical, qui encadre et anime une équipe...Il peut exercer différemment dans le secteur public ou privé.* »⁹Le cadre de santé peut exercer dans une structure de soins en étant manager d'équipe de soignants. Il peut aussi être cadre de santé formateur, dans un institut de formations.

Être Cadre de santé c'est s'occuper de la gestion et de l'animation d'une équipe. C'est **être responsable** d'une unité de soin (pour le cadre manager) ou d'un secteur d'activité de soins. Le Cadre de santé est responsable du management des équipes, d'organisation et de projets (responsabilité transversale).

Il assure aussi les fonctions de formation initiale et d'encadrement-accompagnement des professionnels et futurs professionnels. Il est garant de l'efficacité et de la qualité des soins, de l'éthique, du dialogue et de la communication relationnelle. Le cadre incarne les valeurs professionnelles et les repères de l'exercice professionnel.

C'est lui qui permet aux soignants de se repérer et de se positionner par rapport aux patients et à leurs familles. Il est aussi le trait d'union, le lien hiérarchique ascendant (de la direction vers le personnel) et descendant (du personnel vers la direction).

Le Cadre de santé est : « **un maillon central, un pilier du service, clef du changement, référence permanente et solide**¹⁰... » Être cadre de santé c'est un métier, une fonction avec des missions bien précises, et non une **spécialisation** de la profession infirmière.

Le CDS, c'est cette **personne ressource** qui **connaît** ses équipes, et qui a un **grand rôle** à jouer pour optimiser au niveau individuel et collectif, **leurs compétences**.

9 Tiré de sante-medecine.journaldesfemmes.com

10 Rapport de Chantal de SINGLY du 11 septembre 2009

3.1.2 Historique et évolution de la Fonction Cadre

Longtemps représentée par la Religieuse responsable ou supérieure, la fonction de cadre de santé a connu de nombreuses évolutions. Le XX^{ème} siècle a en effet permis de séparer le Religieux du Laïc, car cette fonction était surtout sous sa responsabilité. Henri FAYOL¹¹, fondateur des sciences de gestion, a présenté en 1916 les cinq fonctions de base du cadre, à savoir : « **planifier, organiser, coordonner, commander et contrôler** ».

Jusqu'en 1951, date de la création de la première école de cadre à la Croix Rouge, une infirmière pouvait devenir « surveillante »¹². C'était le médecin chef de service qui la nommait. Elle était choisie sur la base de « *sa disponibilité, sa loyauté, son efficacité dans la mise en œuvre et le suivi des projets de celui qu'elle considérait comme supérieur hiérarchique.* »¹³ *L'infirmière surveillante pouvait aussi être enseignante, infirmière major, cadre puis cadre de santé et cadre de proximité, sans une clarification des missions et postes.*

Cette vision du Cadre a beaucoup évolué, car à partir des années 80, le cadre de santé devient le gestionnaire du service, surtout avec la gestion des ressources humaines, financières. Puis, il y a aussi la gestion du personnel et de ses compétences, en lien avec la direction des ressources humaines, pour l'employabilité¹⁴ des agents.

Parallèlement, avec le changement des écoles paramédicales devenues instituts de formations, cela a changé. De la même manière, en 1992, *l'introduction du concept de « profession paramédicale à celui de métier du paramédical, ou de soin a bien changé la conception du métier de Cadre de santé.* Cela est en lien avec l'évolution de la profession infirmière qui a connu d'énormes changements, avec le développement du service de soins infirmiers.

En effet, longtemps représenté par des femmes, le domaine des soins infirmiers s'est ouvert aux hommes, entraînant donc des modifications dans la conception et l'organisation de la profession. Ainsi, les institutions de soins ont évolué, nécessitant de repenser le côté managérial organisationnel et fonctionnel.

Aussi le rôle et la place du cadre de santé se trouvent renforcés, avec une augmentation de ses responsabilités et missions.

¹¹ Ingénieur français, juillet 1841- décembre 1925, est l'un des précurseurs du Management

¹² www.cadre de sante. Rédaction du mardi 12 janvier 2016, lu ce 1^{er} Février 2017

¹³ Ibid

¹⁴ Selon l'Organisation Internationale du Travail

La formation conduisant au diplôme de cadre de santé est définie dans le décret n° 95-926 du 18 août 1995, portant création du diplôme cadre de santé.¹⁵

Le statut du cadre de santé « *s'est aujourd'hui profondément remodelé, au point de prendre une place décisive dans les structures de soins.* »¹⁶ Afin d'argumenter ma vision du cadre, je m'appuie sur différentes lectures et auteurs, afin d'affiner mes recherches.

Actuellement, Le cadre de santé se trouve confronté à des situations qui exigent de lui un savoir être, un savoir-agir et un savoir- faire. Cela se décline dans les multiples missions, très complexes et très étendues, qui sont inhérentes à sa fonction.

3.1.3 Les missions et fonctions du Cadre de santé, cadre de proximité

Comme précédemment cités dans la définition le Cadre de santé a « une mission réelle de management d'équipes et d'organisation qui consiste à concevoir l'organisation (de soin, de gestion administrative ou technique) et à l'animer. Au sein de la filière soignante, **« le cadre de proximité ou cadre de santé a une mission d'encadrement du personnel soignant de terrain, au contact avec le patient.** »¹⁷

C'est un expert, qui a la gestion d'équipe et des moyens mis en place pour son fonctionnement. La circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990, a décrit les missions, les activités et les fonctions essentielles de surveillant et surveillant-chef. Il a en charge, « *l'élaboration du projet de service, l'organisation et la gestion de l'activité, l'animation et l'encadrement de l'équipe...Il est référent du soi spécifique.* »¹⁸

Certains auteurs pensent aussi que le Cadre de santé a une multiple facette. Ainsi, si Richard CAPMARTIN¹⁹soutient que : « *profils aux contours flous, le cadre de santé prend une part de plus en plus importante dans l'organisation des structures de soins, compte tenu de la nouvelle gouvernance (les réformes, la nouvelle culture des approches de santé, la tarification de l'acte...) observée dans les hôpitaux et des politiques de gestion menées dans les établissements de soins privés.* »²⁰Walter HESBEEN²¹ a réfléchi sur l'importance de la fonction de

15 Cf. décret du 18 août 1995, modifié par le décret n° 2008-806 du 20 août 2008, publié au J.O. n° 195 du 22 août 2008

16 Rédaction sur www.cadredesante.com/ du 24 octobre 2012, visité le 28 février 2017

17 Cf. Rapport de Chantal de SINGLY du 11 septembre 2009

18 Circulaire n°00030 du 20 février 1990, non paru au journal officiel, ni au Bulletin Officiel

19 Directeur associé de RC Human Recruitment, cabinet de conseil et de recrutement des professionnels de santé

20 Sur www.cadre.de.santé.com, consulté le 12 janvier 2017

cadre de proximité. En considérant sa présence utile au cœur du soin, il soutient que le personnel soignant a besoin d'être soutenu, accompagné et encadré par lui.

Il pense donc que celui-ci a comme fonctions : « *d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin, au sein même des pratiques du quotidien* »²²

Dans ces missions et fonctions principales le cadre de santé, appelé surveillant dans la circulaire de 1990 : « participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité. Il est responsable de sa gestion et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.

Il a un rôle d'encadrement, et d'animation du personnel, de la formation des stagiaires, de coordination et de recherche ».

Le surveillant a aussi la responsabilité :

- « *du soin* dans le domaine de la compétence inhérente à sa fonction,
- de l'organisation de l'application de la prescription médicale,*
- *de la gestion administrative de l'unité* ».

Toutes ces activités, missions et fonctions, font du Cadre de santé une personne dont la présence aidante, ainsi que l'autorité bienfaisante et bienveillante devient incontournable pour le personnel soignant. C'est donc un responsable qui a un certain positionnement atypique vis-à-vis des agents, que nous allons décrire dans la sous partie qui suit.

3.1.4 Le Positionnement du cadre de santé manager

Le positionnement défini comme étant « *le fait d'être positionné, l'action de se positionner* », dans le dictionnaire Larousse, est le fait de se situer par rapport à, c'est « *l'attitude du corps dans l'espace.* »²³ Le positionnement du cadre de santé, c'est sa situation par rapport à l'équipe de soignants, dans l'institution. C'est sa position, comment est-il positionné face aux personnels dont il a la charge.

Le cadre de santé entretient un rapport et occupe une position hiérarchique de Manager des équipes, qui met en valeur ses compétences, son « *savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir* » comme dit Guy le BOTERF²⁴. Il a une position

21 Infirmier et docteur en Santé Publique, responsable pédagogique du Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin (GEFERS), professeur à l'Université catholique de Louvain, en Belgique,

22 Dans son ouvrage « *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin.* », édition Elsevier Masson, décembre 2011

23 Cf. cours du Master 1 : Introduction aux pratiques managériales du 03/11/2016, dispensé par Mr Patrick FARNAULT

24 Docteur en lettres et sciences humaines, auteur d'ouvrages sur la gestion des ressources humaines.

verticale qui lui permet d'agir par « délégation et responsabilisation des équipes. Il est l'interface entre la hiérarchie et le personnel... »²⁵

Le positionnement du cadre c'est donc sa légitimité par son statut hiérarchique, par rapport aux soignants. En nous basant sur les écrits de Michel CROZIER²⁶, nous pouvons considérer l'équipe comme un système et chacun de ses membres dont le cadre de santé, comme un acteur.

Ce dernier a donc une position très stratégique en regard de son statut. Il est aussi un acteur stratégique qui a un pouvoir décisionnel par rapport aux soignants, mais aussi un pouvoir fonctionnel et social.

Cependant, se situant dans une position qui le place entre la hiérarchie, le personnel médical et les soignants, il doit trouver sa place et son autorité, savoir se faire respecter et ne pas se laisser avoir par le jeu de ces trois acteurs.

Puisque, son positionnement peut être influencé par sa direction ou ses supérieurs hiérarchiques (Cadre de pôle, cadre supérieur...), le cadre doit se faire reconnaître, pas seulement parce qu'il a un diplôme qui lui confère un statut, mais aussi parce qu'il est manager, leader qui ne doit pas se laisser envahir par des injonctions (de sa hiérarchie) et le peu ou manque de considération (du personnel, voire même de cette hiérarchie)

Le cadre a aussi un positionnement fonctionnel par rapport à l'équipe médicale, il agit en interdépendance avec elle.

En somme, son positionnement, peut donc être compris comme son « *comportement évolutif, en interaction aux autres (équipes, direction...), il est figé dans une fiche de poste, ce qui permet d'adapter une fonction...C'est ce qui lui confère sa légitimité... »*²⁷

Ici, le cadre par son positionnement, se place comme garant de la qualité de la formation des agents et du développement de leurs compétences, puisque responsable du DPC.

Et, pour bien asseoir et renforcer son positionnement, le cadre de santé adopte différentes postures.

3.1.5 Les postures du cadre de santé

La posture est la manière dont le positionnement du cadre se construit. C'est sa manière de se positionner avec les autres, de se situer avec ; alors que le

25 De Richard CAPMARTIN

26 Dans « l'acteur et le système »

27 Cf cours de Monsieur FARNAULT sur le Management du cadre, ses postures et son positionnement, décembre 2016

concept de positionnement le « situe par rapport à... ». Cela peut donc être défini comme une attitude, une allure, « *une position du corps ou de ses parties dans l'espace. On parle d'être en bonne ou mauvaise posture, avec une notion qualitative.* » La posture du Cadre en lien avec sa position vis à vis des équipes, cela nécessite des compétences de sa part, afin d'assumer son rôle envers le personnel

Aujourd'hui, à travers ses pratiques managériales, le cadre de proximité affirme ses diverses postures, en s'appuyant sur des valeurs qui l'aiguillent et assoient sa légitimité. Ainsi, avec son personnel, il doit être un manager reconnu, qui sait se faire écouter, qui donne du « *sens à ses actions et à ses décisions* »²⁸.

Le cadre de santé doit être en interrelation avec les autres (équipe...) Il doit arriver à tisser des liens de confiance, de respect, de collaboration, de bien-être et de satisfaction au travail, à cause de son métier qui peut être solitaire et pesant.

Tout en incarnant les valeurs institutionnelles et professionnelles, il doit être proche de son personnel pour bien saisir les difficultés et la réalité d'exercice professionnelle de ses agents, afin de réajuster son mode managérial situationnel. Celui-ci peut être directif, participatif, délégatif, ou persuasif, et permet de renforcer sa posture. Cela asseoir son influence, et obtenir l'adhésion des équipes au projet de service et projet institutionnel.

Le cadre doit avoir une connaissance de son personnel, afin de l'aider et de collaborer avec. Afin de favoriser cela, il doit se positionner avec assertivité, adopter une attitude correcte, être loyal, avoir le sens de l'équité, collaborer, communiquer efficacement et faire progresser ses collaborateurs. Ce n'est qu'ainsi qu'il pourra les aider à développer leurs compétences, par sa sensibilité à leurs besoins, et par ce que lui aura repéré comme besoins.

Il ne faut pas oublier que le cadre de santé doit être garant du dialogue, un bon communicant, et un bon vecteur de l'information auprès de son personnel.

Dans ce sens, le cadre ne peut y arriver que s'il met ses compétences au service de la fonction qu'il occupe. Aussi dans la partie suivante, parlerons-nous des compétences du cadre de santé en faisant en même temps le parallèle entre le cadre manager et le cadre formateur.

3.2 Les compétences du CDS de proximité et du CDS formateur

La fonction de cadre de santé exige des compétences pour bien manager les équipes de professionnels, organiser les activités de soins dispensés aux patients. Cela requiert une disponibilité, une ouverture d'esprit, une facilité et des capacités d'adaptabilité à collaborer et travailler en complémentarité avec ses collègues.

De plus, les compétences relationnelles, communicationnelles et de bienveillance sont nécessaires, pour rentrer en relation avec les autres (patients, familles, personnels, hiérarchie, et tout son réseau professionnel et social). Nous mettons en parallèle les compétences du cadre de santé manager et formateur est fait pour voir les similitudes et les divergences de ce métier avec un double exercice.

***Référentiel de 8 compétences du cadre de santé formateur de professionnels de santé²⁹**

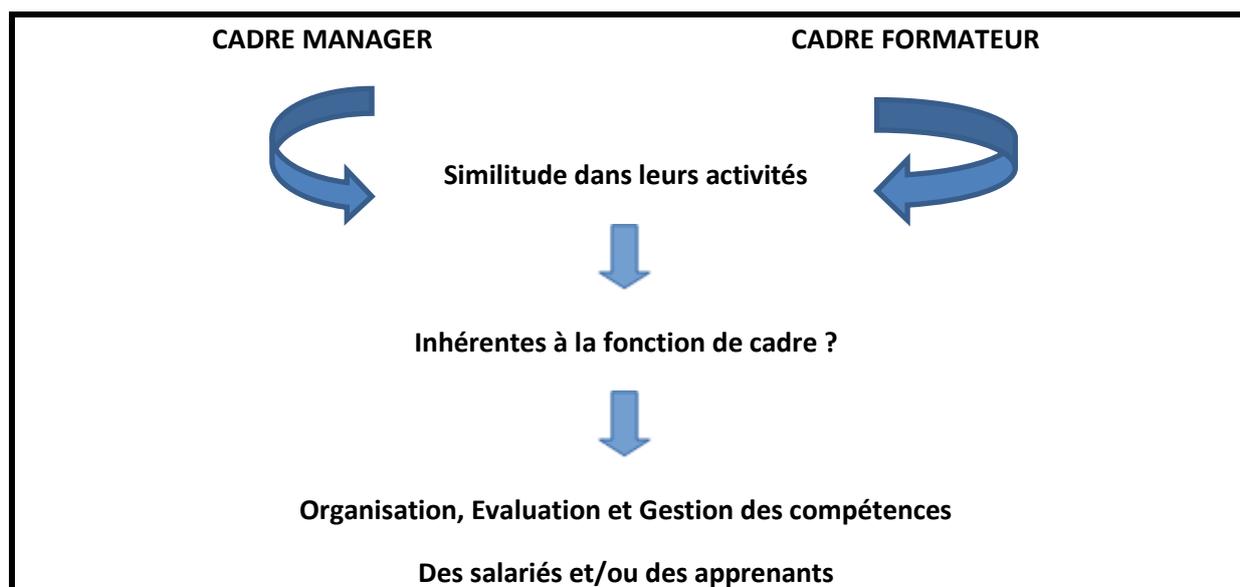
1. Concevoir et organiser un dispositif de formation dans le domaine de la santé et des soins
2. **Organiser et coordonner** les parcours de formation en alternance dans le domaine de la santé et des soins
3. Concevoir et animer des actions de formation initiale et continue dans le domaine de la santé et des soins
4. Accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins.
5. **Évaluer** les connaissances et les compétences des personnes en formation dans le domaine de la santé et des soins,
6. **Évaluer** la qualité des prestations et s'inscrire dans une démarche qualité
7. **Animer et conduire** un projet, des travaux d'étude et de recherche
8. **Communiquer et transmettre** les informations.

***Référentiel de 8 compétences du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soins.**

1. Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activité de soin
2. **Organiser** et **coordonner** les activités du secteur d'activités de soins.
3. Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activité de soins
4. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri-professionnelle.
5. **Contrôler** et **évaluer** les activités
6. **Conduire** une démarche qualité et de gestions des risques.
7. **Conduire** un projet et **accompagner** le changement. Mener des travaux d'étude et de recherche.
8. **Communiquer, transmettre** les informations et rendre compte.

29 Cf. version de novembre 2012

Les compétences du cadre de santé



3.3 Les 10 rôles du Cadre selon Henri MINTZBERG

H. MINTZBERG dans son étude, a fait une réflexion sur les rôles de leader, de diffuseur, d'entrepreneur, et de répartiteur des ressources du cadre.

Selon lui, ces rôles du Cadre peuvent se transférer dans ses différentes activités au quotidien.

- 3 Rôles interpersonnels :

Le CDS est le **Symbole** du service. Il assure le **lien** avec la hiérarchie et le personnel. Il est au centre de la verticalité des relations au sein du service. Il est **le leader** de l'équipe. Il « *définit les relations du cadre avec ses subordonnés : motivation, gestion du personnel, etc.* » Il est le garant de la **dynamique des échanges** entre sa hiérarchie et l'équipe. Il la dynamise. Jacques AUBRET et deux autres co-auteurs disent : « *S'il infuse énergie et envie d'apprendre, il encouragera le développement des compétences.* »³⁰

- 3 Rôles liés à l'information

Il est le **porte-parole**, le garant de la communication, le **diffuseur** de la verticalité de l'information, au sein du service, et le rôle **d'observateur actif**.

- 4 Rôles décisionnel

Le CDS conduit et accompagne les projets de changement. Il gère et manage avec autonomie. Il **initie**, donc il est **entrepreneur**, en gardant le lien avec sa hiérarchie, les actions commerciales nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques de son institution. Au sein de son service, il **régule** par la gestion prévisionnelle des ressources humaines, la **répartition des ressources**, des

30 J. AUBRET. Patrick GILBERT. Frédérique PIGEYRE, *Management des compétences*, Edition Dunod, Paris, 2002, p.130

activités. Il **négoce** avec la hiérarchie, les équipes, ou les partenaires extérieurs. Il donne le sens et mobilise les équipes.

3.4 Le Cadre de Santé face à l'accompagnement des Soignants

Comme nous l'avons évoqué dans la partie relative à la posture du cadre manager, le cadre de santé étant « *animateur, arbitre et leader* »³¹ des équipes, doit conjuguer ses efforts pour mobiliser les équipes et les motiver. Il doit savoir les sécuriser aussi bien dans leurs pratiques professionnelles, en augmentant leur niveau de maturité et d'autonomie, que dans leur manière de vivre et de pratiquer leur profession. Il est garant de l'éthique, des valeurs et des normes professionnelles, ainsi que de la qualité et de la sécurité des soins.

Le Cadre de santé doit avoir un comportement et une attitude assertifs. Il doit entretenir avec ses collaborateurs, des relations de confiance, de respect, d'empathie, de simplicité et d'entente mutuelle, pour l'intérêt commun.

Il accompagne les équipes vers un but commun avec un maximum de respect des exigences, sans que cela ne devienne un poids trop lourd pour les professionnels dont il est le responsable.

Il travaille avec eux pour les faire progresser et coconstruire avec eux. Il doit savoir les défendre quand il le faut et les soutenir. Il doit savoir adopter son style de management, en fonction des différentes situations qui se présentent à lui.

Le cadre de santé doit donner du sens à ses équipes. Il doit les encourager, car cela suscite de la confiance, le désir de progresser et de mieux travailler. Nathalie HOUVER ne disait-elle pas : « *Travailler avec la confiance de son supérieur donne envie de progresser.* »³²

Il doit écouter ses collaborateurs et travailler avec eux. Comme responsable de son équipe, le cadre par la qualité de son management, doit trouver les moyens d'action dans l'accompagnement de ses agents, en favorisant leur autonomie.

Pour être capable de détecter et de repérer les potentiels et compétences de ses collaborateurs, le cadre doit être en mesure de déléguer et favoriser l'initiative de ceux-ci, adoptant ainsi le management déléгатif et participatif. Cela lui permet d'étendre son management factuel. C'est un moyen pour lui de les valoriser et les fidéliser par la reconnaissance. Richard HESBEEN n'étayait-il pas le fait que « *le cadre de proximité est nécessaire pour les équipes, car celles-ci ont besoin d'être soutenues, encadrées et accompagnées par lui ?* »³³

31 Idem cours de Mr Patrick FARNAULT sur les Postures et positionnement du Cadre

32 N. HOUVER, *Le Petit Management 2016 : Les pratiques clés en 15 fiches*, Dunod, 2016, p.p. 48

33 Dans son ouvrage « *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin.* », édition Elsevier Masson, décembre 2011

C'est le cadre qui a le rôle d'accompagnateur des soignants dans l'acquisition et le développement des compétences. Pour cela il doit utiliser des leviers d'action comme le plan de formation, l'évaluation personnelle annuelle ou informelle, sans oublier une bonne communication, un bon esprit de dialogue avec ses pairs.

Anne DIETRICH évoque bien ce rôle prépondérant du manager de proximité dont elle dit qu'il « est l'acteur clé du management des compétences. »³⁴ Et, citant GALAMBAUD (2001), elle stipule que « manager, c'est obtenir des salariés qu'ils adoptent les comportements jugés indispensables à la performance attendue, comportements qu'ils n'adopteraient pas spontanément. »³⁵

3.5 Le personnel soignant : Infirmiers et Aide- soignants

3.5.1 Définition

Est personnel soignant, toute personne diplômée, qui délivre des soins aux personnes qui ont besoin de surveillance ou d'aide à cause de leur état de maladie ou d'incapacité. Celui-ci peut exercer dans un hôpital public ou privé, une structure de soins (Maisons de retraite, clinique...) soins à domicile...

Jean-Yves LELOUP, définit le soignant comme celui qui « prend soin de l'être »³⁶, en se référant à ce qui se faisait dans l'Antiquité grecque.

Outre cela, « ce terme de soignant (on parle également de personnel paramédical) désigne, à l'hôpital comme en clinique, l'ensemble du personnel salarié non médical qui soigne les patients, autrement dit avant tout les infirmières (IDE) et les aides-soignantes (AS). On note une proportion d'hommes de plus en plus importante dans ces deux fonctions traditionnellement plutôt féminisées.

Les IDE et les AS sont chapeautés par un personnel d'encadrement (qui est le cadre de santé. C'est un terme qui a pris la succession de l'ancien surveillant, terme aujourd'hui obsolète). Les cadres sont en général d'anciens soignants, mais abandonnent le soin pour l'encadrement.

Mais il existe nombre d'autres paramédicaux, dans les services de soins, comme les psychologues, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, les auxiliaires de puériculture en pédiatrie, et dans les services dits médico- techniques, comme l'imagerie médicale, qui emploie des manipulateurs radio (ce sont eux qui, en pratique, réalisent la plupart des radios, le médecin se contentant de

34 Anne DIETRICH, dans *Management des compétences*, Edition Vuibert, p. janvier 2015

35 Idem Anne DIETRICH

36 J-Y Leloup, Ecrivain philosophe, théologien français et prêtre orthodoxe, dans : *Prendre soin de l'être*, Paris, Albin Michel, 1999

l'interprétation), ou le laboratoire qui fonctionne avec des laborantin(e)s, qui réalisent notamment les prélèvements sanguins. »³⁷

Comme le terme de soignant englobe au sens large toute personne qui soigne ou prend soin du malade, nous avons choisi dans notre travail, de nous limiter qu'au personnel soignant IDE et AS. Sachant que ces deux catégories de personnels collaborent dans leur exercice professionnel. La place qu'ils occupent auprès du patient est indispensable et nécessaire.

Nous allons donc définir et distinguer le soignant IDE et le soignant AS.

- **L'Infirmier et ses missions**

Est appelé infirmier, tout professionnel de santé avec des compétences, ayant un diplôme d'état, obtenu à l'issue de la formation en soins infirmiers, ou par équivalence (le cas des médecins étrangers), capable de réaliser des soins infirmiers et de prendre soins des patients.

Ce métier connaît beaucoup de définitions. Ainsi, selon le code de la santé publique français, Article L4311-1 : « **est considéré comme exerçant la profession d'infirmier(ère), toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier(ère) participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.** »³⁸

En France, en 2017, « le nombre d'infirmiers(ères) est de 638248, soit 9,1 IDE pour 1000 habitants, et 88 % de femmes parmi les IDE, restées stable dans la profession, au cours de la dernière décennie³⁹. » Aussi, parmi les IDE, « 109925 exercent en libéral, 528323 sont salariés, dont 322996 travaillent en milieu hospitalier. 20% ont moins de 30 ans et 22% ont plus de 50 ans. »⁴⁰.

Cette profession infirmière s'articule au sein de deux axes : Les soins du rôle propre et les soins du rôle sur prescription.

L'Article R4312-2 et R 4312-3 stipulent : « l'infirmier(ère) exerce sa profession dans le respect de la vie de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de sa famille. Il n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section 1 du chapitre Ier du présent titre, prises en application des [articles L 4161-1, L.4311-1 et L.6211-8.](#) »⁴¹

Selon l'association internationale des soins infirmiers (1965), l'infirmier(ère) est : « une personne qui, ayant suivi des études professionnelles de base, est apte et

37 <https://www.vocabulaire-médical.fr/encyclopédie/0866personnel-medical-personnel-soignant>, consulté le 26 mars 2017

38 Loi n° 78-615 du 31 mai 1978

39 Selon le Magazine information de la MNH, *HOP MNH*° numéro 196, mai 2017, page 5

40 Ibid

41 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux Parties IV et V, du Code de la Santé Publique.

habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins que requiert la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades »⁴².

L'IDE est donc une personne qui effectue tous les soins nécessaires pour redonner un état de bien-être au patient. Il le fait « sous la direction d'un médecin, dans les hôpitaux, les cliniques... ou à domicile. »⁴³

L'essentiel des missions de l'IDE sont contenues dans le Décret ⁴⁴ des compétences et le référentiel des dix compétences qu'il doit acquérir pour l'exercice de son métier (annexé dans la partie annexe de ce travail).

De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la mission des soins infirmiers ayant pour but : « d'aider les individus, les familles et les groupes, à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social, et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. » Cela veut dire que l'IDE a comme mission d'aider à rétablir la santé des personnes dans toutes leurs composantes physique, morale et sociale, dans leur milieu de vie propre.

Le Décret (précédemment cité) stipule quant à lui que « l'exercice de la profession d'infirmier(ère) comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données (...), la participation aux actions de prévention... Les IDE exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social... » Un IDE est donc une personne qui travaille en interdisciplinarité et pluri-professionnalité, avec les autres professionnels.

Ayant connu de nombreuses évolutions et changements, la formation conduisant au diplôme en Soins infirmiers est devenue, avec la nouvelle réforme de juillet 2009, une formation diplômante, professionnalisante, en alternance, de grade Licence, puisque qu'elle se fait en partenariat avec une Université et un IFSI.

- **L'Aide-Soignant et ses missions**

Pour Walter HESBEEN, le terme « Aide-soignant désigne un groupe de professionnel créé en France il y a plus de cinquante ans pour combler le manque que créait déjà la pénurie infirmière, et pour exercer un métier qui s'inscrit dans la subdivision du travail infirmier et s'exerce sous la responsabilité directe des IDE. »⁴⁵

Aujourd'hui en France, « on dénombre 330000 Aides-Soignants. Conformément aux articles R.4311-3 à R.4311-5 du code de la santé publique, l'Aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre de celui-ci.

42 Jacques QUEVAUVILLIERS, *Dictionnaire médical*, 4^{ème} édition, Edition Masson 2004, page 477

43 Cf le *Dictionnaire le petit Larousse illustré*, édition Larousse 1995, page 549

44 N° 2004-802 du 29 Juillet 2009

45 Walter Hesbeen, *Le soignant, les soins et le soin*, article tiré de : *Les soignants, L'écriture, la recherche, la formation*, Editions Seli Arslan, 2012

L'annexe IV de [l'arrêté du 25 janvier 2005](#) relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience définit le métier d'aide-soignant ayant comme : « rôle de dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne »..Il assure des soins d'hygiène et de confort : repas, toilette, accueil des patients, installation, réfection des lits

Exerçant dans une équipe de soins, l'aide-soignant exerce donc son activité sous la responsabilité de l'infirmier. Il travaille en collaboration avec lui et contribue au bien-être des malades, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie. Sous le contrôle et la responsabilité de l'infirmier, l'aide-soignant assure auprès des patients des soins d'hygiène et de confort : toilette, repas, réfection des lits, accueil, installation et transfert des patients... Il participe aux réunions d'équipes et fait ses transmissions orales et écrites pour une meilleure prise en charge des patients.

L'aide-soignant travaille en équipe pluri-professionnelle et ne peut exercer en libéral seul, comme l'infirmier.

De par son métier, l'Aide -soignant est le professionnel paramédical le plus proche du patient. Très souvent, il a un grand sens du relationnel avec lu ; c'est souvent lui qui alerte l'IDE des modifications de l'état du patient., constatées lors des soins de nursing ou autres.

La formation d'aide-soignante dure 10 mois. Les stages se valident en termes des 8 compétences du métier. Mais il y a aussi l'obtention du diplôme par validation des acquis des expériences, la VAE, pour les auxiliaires de vie ou des Agents de santé hospitaliers.

Et, si le diplôme permet à l'aide-soignant d'exercer ses fonctions, il reste à savoir que l'aide-soignant comme tous les professionnels de santé doit perfectionner ses connaissances, les valoriser et suivre à cette fin des formations.

3.5.2 Historique et évolution de la profession

***L'histoire de la profession de soignants**

La profession de soignant est à l'origine un métier de femme. La femme ne faisait pas la guerre et assurait le rôle de soignante et permettait la survie de l'espèce humaine. La femme soignante donne des soins qui se tissent autour de la vie, soins aux accouchées, aux enfants mais aussi aux malades et aux mourants. L'origine de la profession est double, sage-femme mais aussi guérisseuse. Sage-femme car elle aide les accouchées. Guérisseuse car elle vit proche de la nature, et observe les modifications. C'est la femme qui fabrique les remèdes qui soulagent et guérissent.

La transmission du savoir n'était qu'orale, elle ne savait souvent ni lire ni écrire. Elle acquiert un savoir et des connaissances grâce à son sens de l'observation et

de déduction. L'Église perçoit ce pouvoir comme une menace, la chasse est lancée contre ces guérisseuses qui seront alors appelées des sorcières. S'installe alors une nouvelle conception du soin qui rejette toute interrelation entre le corps et l'esprit.

Le corps doit connaître la souffrance et la douleur pour expier des fautes. Les religieuses prennent en charge les malades, sans connaissances, elles appliquent les consignes des médecins eux même accompagnés par des prêtres. Au 19^{ème} siècle, ces religieuses dévouées ne coûtent rien car elles sont au service de Dieu. Aujourd'hui encore les soins infirmiers naviguent entre la valeur d'usage et le don, ce qui entrave la reconnaissance sociale et économique du service infirmier.

***La profession infirmière et Aide-soignante**

Le mot infirmier dérive de « *infirmus* ». C'est une forme archaïque de la traduction d'« *infirmus* » désignant en latin le malade, ou plutôt l'infirmes. Le mot « *infirmière ou infirmière apparait dans les statuts des maisons féminines des ordres, nées des croisades, pour désigner la moniale chargée de soigner ses consœurs malades* »⁴⁶.

C'est à la fin du XV^{ème} siècle, début XVI^{ème} siècle, que l'on désigne sous cette appellation « *la sœur infirmière* ».⁴⁷

Ensuite, peu à peu « au XIX^{ème} siècle, le terme de « *garde malade* » a été utilisé pour désigner « *celle qui soignait et gardait à domicile les malade* ».⁴⁸

Puis, vers 1870, les sociétés de Croix Rouge formèrent des dames Infirmières et des Infirmières hospitalières. Dès qu'arriva la laïcisation des hôpitaux, le Docteur BOURNEVILLE imposa le féminin *infirmière* pour désigner les personnes employées dans les hôpitaux pour soigner les malades, remplaçant le terme de garde malade. Il fit en sorte de développer leur formation.

Jusqu'au 20^{ème} siècle les soins infirmiers sont considérés comme permettant de maintenir et d'entretenir la vie. L'infirmière est considérée comme une auxiliaire médicale car les médecins ont besoin d'aide face aux découvertes du début du siècle Le brevet de capacité professionnelle donnant le titre d'infirmière diplômée de l'état français est créé par le décret du 22 Juin 1922. C'est le début de la professionnalisation, avec un brevet qui non obligatoire.

Marie-Françoise COLLIÈRE (1982) explique que « les médecins profitaient pour déléguer voire délaissier, aux Infirmières, des actes devenus de moins en moins

46 R. MAGNON et G. DECHANOZ, *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, Edition AMIEC, 1995, page 100

47 Idem, page 100

48 Ibidem, page 100

nobles, au fur et à mesure qu'on avançait dans les gestes plus spécialisés, comme la prise de la température, la pose de cataplasme... »⁴⁹

En 1946, la loi rend obligatoire l'obtention du diplôme d'état pour exercer la profession d'infirmière. Peu de temps après, apparaît alors le terme « aide-soignant ». Ce sont d'anciennes infirmières non diplômées. L'homme soignant est présent lui aussi, surtout en psychiatrie qui ne sait ouvert aux infirmières qu'avec l'arrivée des neuroleptiques.

Il y a eu succession de nombreux programmes de formation qui ont aidé les infirmières à développer leurs connaissances. Le premier texte qui mentionne le terme de Soins Infirmiers est une circulaire du 31 juillet 1975, on y trouve la définition des soins infirmiers, de la fonction, de l'encadrement des professionnels, mais le texte n'est ni au Journal Officiel ni au Bulletin Officiel.

Ensuite un nouveau programme voit le jour en 1978, qui fixe à trois ans la formation infirmière, et la reconnaissance d'un rôle propre, sans équivalence universitaire.

En 1992, un nouveau programme avec un diplôme d'infirmier unique est créé. Ainsi, il a fallu attendre la nouvelle réforme de la réingénierie des professions paramédicales de 2009, pour que l'actuel programme valide et reconnaisse le niveau licence des études d'infirmiers(ères). Cela, grâce à l'universitarisation de celles-ci.

La formation est validée par les évaluations écrites et les stages pratiques qui eux, sont validées par les compétences acquises et mobilisées sur le terrain. Il en est de même pour les ESI que pour les EAS.

3.5.3 Etre soignants aujourd'hui, quelles compétences et pourquoi ?

Aussi, si les professions infirmière et aide-soignante ont connu toutes ces évolutions au cours du temps, être soignant aujourd'hui, qu'est-ce donc ? Certes, cela requiert d'énormes compétences (dix pour les IDE et huit pour les AS) pour exercer. Néanmoins, l'acquisition est continue et empirique. Cela doit se réactualiser avec l'expérience, afin d'être performant ; à jour et opérationnel.

L'acquisition et le développement des compétences, permettent aux soignants d'accepter plus facilement et d'exercer une mobilité hors pôle, car un agent qui ne se sent pas capable de faire ce qu'on lui demande, alors qu'il a le souci de bien faire, peut vite se retrouver dans une situation de stress. Et, l'aider à être compétent, c'est le revaloriser.

Il ne faut pas oublier que la validation et l'acquisition de l'expérience professionnelle IDE ou AS se fait par l'approche en termes de compétences : 10 pour l'IDE et 8 pour l'AS (celles-ci sont en annexées à la fin de ce Mémoire).

49 Historienne et pionnière de la femme soignante et de la Profession infirmière, selon l'article n° 26, paru dans la revue de Coordination Nationale Infirmière : CNI, de janvier 2008

Le CDS ne doit pas oublier qu'il est le moteur de la « revalorisation des compétences et doit donc éviter l'automatisme des carrières »⁵⁰ C'est le travail du CDS de construire la mobilité de ses agents au sein des pôles et d'accompagner les compétences.

Il est aussi vrai qu'on ne peut pas toujours avoir un personnel poly-compétent, mais on peut avoir un personnel qui a une pluri-compétence. Cela assure une sécurité et performance des actions.

De même, nous nous intéressons à savoir pourquoi parle-t-on de compétences ? Qu'est-ce donc la compétence dans notre domaine de la santé ? Dans la partie qui suit, nous allons étayer et étudier ce concept.

3.6 Les compétences et le développement des compétences

La notion de compétence est essentielle dans le domaine de l'entreprise, en lien avec la gestion des ressources humaines. Elle est beaucoup utilisée dans le monde de la santé et l'éducation. Ainsi, en plus de l'existence de nombreuses définitions sur ce thème, ce dernier n'est pas encore stable.

En effet, de nombreux auteurs se sont penchés sur la définition de ce thème qui est présente au cœur des organisations.

3.6.1 Définition des compétences

La compétence est une notion très vaste qui renferme beaucoup de définitions. Etymologiquement, le terme de « compétence » se dit en latin : *com*, c'est-à-dire « avec » et « *petere* », voulant dire « *pétition* ». La compétence « *indique un mouvement d'action. Au XV^e siècle, elle est empruntée du bas latin *competentia* : proportion, rapport exact. C'est une capacité fondée sur un savoir ou une expérience, que l'on reconnaît à une personne.* »⁵¹

La notion de compétence « *renvoie aux multiples manières de concevoir et de définir les capacités individuelles ou collectives de mobilisation dans l'action, des connaissances, savoir-faire et comportements qui assurent l'efficacité de l'activité humaine en situation de travail.* »⁵²

Guy le BOTERF⁵³ dit : « *une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et mobilisant un double équipement de ressources (connaissances, savoir-faire, qualité, culture, ressources émotionnelles) et ressources de réseaux (banques de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, etc.)* »

50 Cf cours de Madame MARCHAL, du 09/12/2016

51 De Agnès MOREL, Infirmière, Cadre de santé

52 Jacques AUBRET, Patrick GILBERT, Frédérique PIGEYRE, *Management des compétences, Réalisations Concepts Analyses, Edition DUNOD, Paris, 2003, p.p. 193*

53 Dans *l'Ingénierie des compétences, fiche 3, Editions d'Organisation, 1999*

C'est un « ensemble des dispositions, capacités, aptitudes spécifiques qui permettent à tout sujet parlant une langue de la maîtriser, et qu'il met en œuvre à l'occasion de ses actes de parole effectifs dans des situations concrètes (ce qui constitue la performance) »⁵⁴

La compétence est une sorte de démonstrations des capacités. Elle est aussi associée, selon J-L Gérard et ses deux coauteurs, « à la notion de preuve : c'est un savoir-agir démontré et non déclaratoire. Elle est relative : ne se définit pas dans l'absolu, mais par rapport à un objectif »⁵⁵

La compétence est situationnelle, elle émane d'une réactivité, d'une réflexivité et d'une intelligibilité. La compétence découle du savoir mobilisé dans l'action qui devient savoir agir puis réflexion. Elle est factuelle et est cognitive. Guy Le BOTERF dit « la compétence mobilise l'architecture cognitive de nature combinatoire propre à l'individu. Le savoir agir induit le déploiement d'une attitude réactionnelle instantanée.

Le développement des compétences assure la sécurité de l'emploi et la mobilité. C'est une garantie d'employabilité pour les agents, au sein d'une entreprise ou de l'institution. Et pour le personnel soignant, le développement de compétences permet de se sentir à l'aise dans l'exercice professionnel

Devant l'instabilité environnementale, Anne DIETRICH dit que « l'entreprise doit être capable d'adaptations rapides et se révéler proactive. »⁵⁶ Allant plus loin, elle dit qu'il y a un enjeu à mettre les compétences et leur développement au cœur du management, afin de fournir à l'entreprise les ressources dont elle a besoin. »⁵⁷

Les compétences collectives orientent vers les relations sociales au sein d'une organisation. C'est pourquoi, nous appuyant sur ces propos, nous pouvons dire que : « le développement durable et la cohésion sociale dépendent fondamentalement des compétences de toute la population. Compétences s'entend ici comme un ensemble de connaissances, de savoirs, de dispositions et de valeurs. »⁵⁸

Les compétences aideraient donc au développement de la performance, de l'opérationnalité. En 1998, le Mouvement des entreprises de France (MEDEF), pendant les Journées Internationales de la formation de Deauville, définit la compétence comme : « la capacité combinatoire à mettre en œuvre des savoirs et des savoir-faire dans la perspective de réaliser une performance. »

54 Selon le *dictionnaire Larousse*, sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>, consulté le 26 MARS 2017

55 J.-L. Gérard, A.-B Plazanet et Ph. Roger, Guide concours cadre de santé, 5^{ème} édition, Editions Elsevier Masson, 2010, p.152

56 Dans *Management des compétences*, Edition Vuibert, janvier 2015, p.9-10

57 Ibid

58 Les ministres de l'Éducation de l'OCDE

Ces concepts de compétence et du développement des compétences nous permettent d'appréhender la gestion des individus, du travail et de ses évolutions. Ils sont au cœur de la gestion prévisionnelle des emplois et poussent à une adaptation régulière.

Cela trouve un écho positif chez les employés en quête d'une reconnaissance de leur investissement professionnel, au sein de l'organisation.

La compétence met souvent en lien, le travail, les connaissances, les savoirs de l'employé, en les mettant au centre. Elle se construit donc « en situation de travail », dans la pratique. Anne DIETRICH relève cinq caractéristiques majeures de la compétence, et dit qu'elle est :

- « contingente, elle est tributaire d'un contexte ;
- structurée dans l'action et dans la relation avec un contexte ;
- finalisée, elle n'existe pas en soi mais pour réaliser quelque chose ;
- apprise, nul n'est compétent de manière innée ! on le devient au cours d'un processus d'apprentissage combinant des situations et des expériences diverses ;
- abstraite et hypothétique, elle n'est pas directement observable ; elle ne s'appréhende qu'à partir de ses résultats. »

La notion de compétence n'est pas facilement cernable, du fait de sa « complexité de la relation de l'homme au travail, du point de vue performance.⁵⁹ »

Ainsi, nous allons donc expliciter dans la partie suivante, l'origine de ce concept très en vogue, avec les différentes évolutions qu'il a pu subir au cours des temps.

3.6.2 Historique et évolution

Les organisations du travail et les institutions accordent une attention particulière à la notion de compétences et à leur développement. Mais cette attention accordée n'a pas toujours été le cas, dans l'histoire. C'est un concept qui a beaucoup évolué. Guy le BOTERF pense qu'« *on pourrait dire du concept de compétence ce que Heinz Von FOERSTER disait de l'information : c'est un caméléon conceptuel. Son statut même de concept est contingent.* »⁶⁰

Longtemps, on a réfléchi en termes de qualification concernant l'embauche des salariés dans les entreprises.

Avant, le monde du travail était centré sur les tâches (1900), marqué par TAYLOR (organisation scientifique du travail), et par WEBER, (organisation bureaucratique : planifier, organiser...) Puis, l'école des relations humaines, initiée par Mayo et Rogers de 1920- 1970, insiste sur le fait que « *la performance repose sur l'implication et la motivation des salariés et que le rôle capital des managers doit les inciter à considérer leurs collaborateurs. Ceux-ci doivent instaurer un climat de dialogue avec eux, les écouter, les valoriser en tenant compte de leurs potentiels.* »⁶¹

59 Jacques Aubret et ses deux coauteurs, *Management des compétences*, Edition Dunod, Paris, 2002

60 Guy Le BOTERF, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 3^{ème} édition, Editions d'Organisation, décembre 2003, p.p. 244

61 Confère cours DCS sur les Compétences, janvier 2017

L'émergence de la notion de compétence en France, remonte dans les années 80. En effet c'est dans un contexte de crise du modèle taylorien-fordien, en voie de disparition depuis la fin des années 70, que ce concept a vu le jour. Suite aux nombreuses évolutions socio-économiques, apportant des changements importants dans « *les conditions et les impératifs de la compétitivité* »⁶², la notion de compétence est apparue comme une nécessité, pour sortir de cette longue crise.

Elle succède à celle de la performance, qui est remise en cause pendant les années de crise de l'emploi, en 94-95. Les « *restructurations et réduction d'emplois* »⁶³ profitent aux entreprises

Cette notion a un premier sens au départ, qui est juridique. C'est « *la compétence d'un tribunal pour déterminer à la fois son ressort territorial et la limite de sa capacité à connaître une affaire. Ensuite, un deuxième sens, renvoie au domaine d'activité d'un métier et à ses exigences propres. Il est utilisé aussi pour parler de compétence du malade* »⁶⁴. »

Guy Le BOTERF parle « des compétences qui sont individuelles et collectives »⁶⁵, et qui sont à construire. Ce dernier enrichit notre réflexion sur les compétences, car il montre l'impact de l'évolution sur la gestion des compétences, l'analyse des pratiques professionnelles, l'évaluation et la validation des compétences.

Pour développer leurs compétences et être plus opérationnels, les soignants doivent développer leur capital humain. Cela leur permet d'élargir leurs, leurs connaissances, leurs compétences, qu'elles soient individuelles et collectives, pour leur meilleure employabilité.

C'est en étroite collaboration que Cadres managers et agents doivent œuvrer, dans la mise en place et le vécu du dispositif de développement des compétences. C'est une véritable ressource pour les cadres et les soignants eux-mêmes.

Ainsi, selon les deux catégories de compétences décrites par Guy Le BOTERF, nous avons :

-Les Compétences individuelles : les agents doivent l'acquérir dans le domaine des soins techniques et relationnels ;

-Les Compétences collectives : ils doivent privilégier la complémentarité, la polyvalence, l'expertise, et développer leur coopération. Guy le BOTERF définit les compétences collectives comme « une émergence, un effet de composition. Elles résultent de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles. »⁶⁶

62 Jacques Aubret. Patrick Gilbert. Frédérique Pigeyre dans *le Management des compétences, Réalisations Concepts Analyses, Editions DUNOD, Paris, 2002, p.58*

63 Ibid

64 Marie-Agnès MOREL, IDE, Cadre de santé

65 Guy Le BOTERF, Construire les Compétences individuelles et collectives, 3ème Edition-Editions d'Organisation, décembre 2003, p.p. 244

66 Idem, page 176

Dans le domaine des soins, on parle de l'optimisation et de la performance des soins, rationalisés et efficaces.

Aussi, dans quel sens, le cadre de santé garant des bonnes pratiques professionnelles est-il nécessaire dans la gestion et le développement des compétences des soignants ?

Dans la partie qui suit, nous essayerons de dégager cette plus-value du cadre et des soignants sur cette conception du développement de compétences.

3.6.3 Le développement des compétences du personnel soignant, quelle plus-value pour le cadre et les soignants ?

Le cadre de santé comme moteur de l'élan et du dynamisme de ses équipes, est un « *maillon central* » de l'évolution et de l'amélioration de la mobilité des agents, au sein de l'institution. S'il est vrai que le cadre joue un rôle capital dans l'accompagnement pour l'acquisition et le déploiement des savoirs-agir, savoir-être et savoir-faire, encore appelés compétences, il est donc nécessaire que celui-ci prenne les moyens pour bien remplir ce rôle.

Jacques AUBRET avec deux de ses co-auteurs⁶⁷ mettent en avant la fonction de l'encadrement « *qui consiste à exercer sur ses subordonnés une action qui les fait évoluer...* » Ils parlent du nouveau « leadership, ou encore du leadership transformationnel. »

Les cadres de proximité ont un grand rôle opérationnel à jouer dans l'accompagnement des agents. C'est « un acteur clé »⁶⁸ dont le poids et la valeur stratégique managériale impactent sur la politique de Gestion des Ressources Humaines, faisant de la Gestion Provisionnelle des Emplois et des Compétences (la GPEC), un outil incontournable de management des employés. Ce qui est devenu pour le cadre de santé comme, « un cheval de bataille », une ligne directrice, une préoccupation permanente, lui assurant une qualité des collaborateurs avec qui il peut vivre un bon management.

Aujourd'hui, développer les compétences des agents peut devenir un moyen qui leur est donné « *pour insuffler un nouvel élan à leur carrière.* »⁶⁹

Pour ce faire, cela requiert leur implication et leur investissement, et suscite de la motivation dans le travail d'équipe, et de la reconnaissance.

Pour P. Perrenoud⁷⁰, « développer une compétence correspond à l'aptitude à maîtriser une famille de situations et de processus complexes en agissant dans un but précis. »

67 Dans *Management des compétences*, Editions Dunod, Paris, 2002

68 Ibid

69 Françoise KERLAN, *Guide de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : GPEC*, Editions d'

70 Philippe Perrenoud, *Des savoirs aux compétences : de quoi parle-t-on en parlant de compétences*, 1995

Le personnel soignant a besoin qu'on l'aide et qu'on s'occupe de son évolution professionnelle, plutôt que de toujours lui demander d'être efficient et performant. Il faut lui donner des moyens et des occasions de facilitation de ses capacités professionnelles à se former, à les acquérir et à les construire. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut prétendre vouloir un personnel opérationnel et compétent dans nos services de soins ou dans nos établissements.

La plus-value du cadre de santé dans le management des compétences, c'est qu'il arrive à opter pour une politique d'évolution des carrières de ses agents, basée sur son implication pour permettre leur cohésion sociale organisationnelle au sein du service.

Pour le personnel, trouver un environnement professionnel où il puisse s'épanouir et travailler en étant plus à l'aise est certes une source de motivation, de performance, voire de bien-être au travail et de son adaptation au poste de travail.

Le CDS est un générateur des compétences des soignants de par son rôle stratégique dans leur accompagnement. C'est lui qui les gère, qui doit les détecter, les évaluer et analyser les besoins en formation, puisqu'il cogère les ressources humaines(RH) avec la direction des ressources humaines.

Ainsi, dans cette démarche de RH, le CDS sait que cela ne concerne pas seulement le recrutement ou la formation, mais aussi la mobilité des agents, leur accompagnement et/ou tutorat individuellement et collectivement. Nous pouvons donc penser que développer les compétences des agents c'est aussi leur créer et leur proposer des situations de travail très formatives et gratifiantes.

C'est la clé du succès et de la réussite d'un service ou d'une organisation institutionnelle, en alliant le management des compétences des agents par le DRH et le Cadre de proximité.

C'est une source efficace, un levier stratégique de l'opérationnalité d'un manager, puisque cela lui permet d'avoir du personnel performant et réactif, mobile et compétent.

Le CDS doit adopter une bonne attitude communicationnelle et relationnelle avec les agents. Il doit leur proposer les perspectives d'évolution et d'amélioration de connaissances existant au sein de l'institution. En plus, il doit leur laisser la liberté de choix, en fonction de leurs besoins bien sûr et de ceux de leur structure institutionnelle. Cela répond bien à la contingence de l'offre et de la demande

Pour poursuivre notre idée, nous développerons dans la sous partie qui suit, la place de la GPEC, dans la politique du développement des compétences, en faisant un lien entre les deux.

3.6.4 Lien entre la GPEC et le développement des compétences

Aujourd'hui, le souci de la performance, de l'optimisation des soins, de la sécurité et de la qualité des soins a fait évoluer la formation des CDS, en les incitant à recruter du personnel capable de répondre aux exigences d'évolution des métiers de la santé⁷¹.

D'une part, c'est dans ce but que la place du CDS dans le développement des compétences des agents est d'« anticiper, impulser une dynamique et d'initier une politique cohérente qui réponde aux besoins du projet de l'institution ». ⁷²

D'autre part, le cadre doit permettre la montée en compétences, en fonction de l'évolution des besoins des patients, du personnel et de l'établissement. Le CDS doit procéder par un bilan des compétences, encore appelé cartographie des compétences, pour mieux agir sur les métiers et les projets de demain. C'est un réel travail des R.H., par l'anticipation des recrutements. Madame Morgane Le Gal disait que cela permet de : « potentialiser les recrutements et favoriser l'accomplissement des projets d'établissement⁷³. »

De plus, d'un côté, cette politique managériale influence les stratégies des organisations soignantes. Ce qui les « pousse à repenser les manières de faire évoluer les compétences des agents, pour optimiser la prise en charge des patients, de leurs familles et des agents. »⁷⁴

Et, de l'autre côté, dans cet élan de management et de gestion des RH, la GPEC se dévoile comme un outil indispensable dont dispose le cadre pour anticiper quantitativement et qualitativement l'évolution des compétences, afin d'atteindre les objectifs de l'établissement. C'est un moyen qui lui permet de cerner les demandes du personnel en optimisant leur perfectionnement. En plus, cela lui permet donc de promouvoir les compétences individuelles et collectives des soignants, par leur mutualisation et leur décloisonnement.

Le cadre a besoin d'évaluer, d'associer et d'impliquer les agents dans ce processus visant l'évolution des compétences.

La Loi de Programmation pour la Cohésion Sociale du 18 janvier 2005, dite Loi BORLOO, n'est pas la seule à avoir abordé la question de la GPEC. Cela a été déjà au cœur des préoccupations gouvernementales et institutionnelles, en 1969. En effet, il y a eu une Loi sur la Sécurité de l'Emploi.

La GPEC est une démarche de négociation triennale obligatoire des entreprises, en matière de prévision de moyen terme. F. STANKIEWICZ, précise que : « Cet

⁷¹ Cf le rapport de la DHOS sur l'évolution des métiers de la santé en Annexe

⁷² Cours du Master 1 sur *La Démarche Compétence*, séance 5 ECUE 5.4 du 04 janvier 2017

⁷³ Idem

⁷⁴ Idem

horizon temporel pluriannuel n'exclut évidemment pas que la prévision puisse être glissante. »⁷⁵

Or, il faut reconnaître que, les soignants n'ont pas le même niveau de compétences, et donc par conséquent, n'ont pas les mêmes besoins, ni la même qualité professionnelle. C'est pourquoi, le rôle du cadre est essentiel pour recenser les besoins et utiliser une démarche prévisionnelle. Cela se fait grâce à l'adoption d'une stratégie des plans d'action sur les emplois futurs, à savoir dans le recrutement, la mobilité des agents, l'évaluation et la formation...

De même, comme dit François STANKIEWICZ⁷⁶ : « la GPEC est donc vue comme un moyen d'agir sur le marché interne du travail... » Il appuie son idée en parlant de trois grandes étapes qu'il convient judicieusement de respecter, à savoir :

- « Auditer le présent, pour se projeter dans le futur, l'avenir ;
- Explorer le futur...selon la perception des évolutions environnementales et des orientations stratégiques privilégiées par l'entreprise ;
- Accompagner les changements » : c'est un moyen d'accompagnement prévisionnelle des mutations de l'entreprise.

Pour les CDS, l'intégration de la GPEC dans la manière de gérer le développement des compétences du personnel soignant, doit être un moyen sûr de prévention et d'anticipation et d'adaptation aux changements. Il aide à prévenir la pénurie des emplois qualifiés et compétents (Vieillessement des professionnels soignants, associé parfois à une baisse des compétences), ainsi que le remplacement des sorties (retraites, décès, licenciements...) Ce qui nous permet de dire qu'il y a un lien direct à faire, entre le développement des compétences et l'organisation de la GPEC, au sein d'un établissement.

Cette opinion argumentative de Morgane Le Gal⁷⁷ explique bien ce lien, quand elle dit que : « quand on a des experts dans les services, il y a un rendu professionnel qui est augmenté, qui est élevé. Et parallèlement, s'il manque du personnel expérimenté, des experts du service, il y a un manque d'expériences. Néanmoins, cela n'exclut pas le fait qu'il puisse y avoir des compétences, mais qu'il faut mettre en compétence les expériences des agents.

⁷⁵ Cf La GPEC dans un contexte Imprévisible, Editions LIAISONS, 2010, p.51

⁷⁶ Dans LA GPEC dans un Contexte Imprévisible, Entreprise et Carrières, Editions LIAISONS, 2010, p.p. 174.

⁷⁷ Cours du Master 1, du 09 JANVIER 2017, sur la Demarche Compétences

Enfin, il faut donc comprendre que la GPEC améliore le fonctionnement d'une organisation et de ses salariés. Nous n'oublions pas de signaler que l'élaboration d'un Référentiel permet de faire l'analyse des mobilités au sein de l'organisation et à l'extérieur. C'est ainsi qu'on peut cibler et réduire les écarts entre les emplois existants actuels, et les emplois futurs, par une prévision. En plus, cela anticipera l'employabilité et diminuera les écarts entre les besoins réels et les ressources dont disposent les CDS et leur institution.

4 L'Enquête

Pour répondre à mon questionnement de départ et à ma problématique, puis vérifier mes hypothèses, j'ai effectué un travail de recherche par une approche quantitative et qualitative. J'ai donc cherché à saisir et comprendre comment les cadres se positionnaient dans le management des compétences des soignants, et que mettaient-ils en place pour favoriser leur développement. En même temps, je me suis rapprochée des soignants pour savoir ce que représentait pour eux le développement des compétences, et quelles étaient leurs implications dans ce processus.

Cette enquête me permet donc d'avoir des données pertinentes qui m'aideront à analyser objectivement les réponses obtenues.

Dans cette partie, je développe la méthodologie employée, en expliquant le choix de mes outils, de ma population cible et de mes terrains d'enquête. Puis, je fais l'analyse des réponses de mon enquête en expliquant l'organisation de ce recueil des données, les avantages, les difficultés et les limites des outils utilisés.

4.1 Méthodologie de recherche

J'ai opté pour une enquête basée sur des entretiens avec des cadres de santé et des questionnaires d'enquête pour le personnel soignant IDE et AS, afin d'avoir le point de vue de ces deux catégories socio-professionnelles.

4.1.1 Choix des outils : l'entretien semi-directif et le questionnaire

J'ai défini mes outils d'enquête à partir de mon questionnement de départ et de ma problématique sur le sujet de ma recherche. J'ai cherché en effet à mettre en lumière mes hypothèses. Ces deux outils utilisés ont été le fruit d'un travail préalable de construction, reformulation et validation (après un test) par mon Directeur de guidance mémoire.

* L'entretien semi-directif

Cela, c'est dans le but de comprendre, à partir des entretiens individuels semi-directifs, mener auprès de cinq cadres de santé, l'importance du rôle joué par ces derniers dans l'accompagnement au développement des compétences des agents.

Cet outil me semble plus adapté du fait qu'il permet une analyse qualitative des données. L'entretien est une méthode sociologique de collectes d'informations encore appelé « entretien centré » bâti à partir d'un guide qui m'a servi de base pour mener mes enquêtes chez les cadres.

Il m'a permis d'entrer en communication et en interaction humaine avec ces cadres. L'entretien est un engagement de deux personnes. J'ai pu établir des rapports sociaux avec ces personnes interrogées. J'ai compris que cela facilitait la liberté d'expression, et permettait de se réajuster

L'entretien semi-directif a un avantage non négligeable, car dans un entretien derrière chaque agent, se cache une position à laquelle sont liés des intérêts, des enjeux etc. Cela m'aide à faire une objectivation de ce qui est dit.

Considérant la portée du sujet que j'ai abordé, j'ai cherché, avec le conseil de mon Directeur de mémoire, à élaborer cet outil afin de mieux communiquer sur cette thématique par une écoute attentive des réponses apportées sur l'expérience de ces managers de proximité.

Aussi, dans un premier temps, j'ai eu à mener d'abord une enquête exploratoire à partir des entretiens faits essentiellement avec trois cadres de santé, à partir de trois questions. Cela avait comme but de m'aider à bien orienter mon thème, les points d'appui. Ils m'ont permis de clarifier ma problématique, de préciser l'objet de ma recherche, et de recenser les questions pertinentes.

Ensuite, j'ai réutilisé le guide d'entretien principal en lien avec les éléments de mon cadre conceptuel, pour affiner ma recherche, en utilisant dix questions mûries sur le sujet, centrées sur les données empiriques des cadres de proximité, responsables des soignants et du déploiement de leurs compétences. Ce qui m'a aidé à récolter et à approfondir le maximum des informations données. C'est l'entretien qui est la base de l'analyse.

L'entretien a plusieurs avantages selon les objectifs qu'on se fixe, il me permet de faire l'analyse du sens que je donne à ce sujet et, les interprétations à faire. Il aide à faire une bonne analyse de la problématique, en l'approfondissant ou en la modelant.

Chaque entretien mené, a été approfondi et réalisé entre 30 minutes et 1h. Ces entretiens avaient aussi comme objectif de vérifier que l'importance et la place accordées par les cadres de santé dans le développement des compétences de leurs équipes.

Ces entretiens sont un travail de recherche dont le recueil de données consiste à comprendre et à évaluer les pratiques managériales des managers et leurs impacts sur les expériences empiriques des soignants.

***Le questionnaire**

Une enquête par questionnaires anonymes comportant une série de dix-sept questions dont certaines étaient ouvertes et d'autres fermées ont été distribués à 50 soignants représentant notre échantillon : 25 AS et 25 IDE. Néanmoins, nous n'avons pu récolter que 25 réponses que nous allons analyser pour en

dégager le résultat. Les IDE ont été les plus majoritaires à répondre, avec 14 réponses, contre 11 chez les AS.

Les soignants étant déjà très sollicités par leur profession, nous avons choisi le questionnaire dans le but d'obtenir des données quantitatives et qualitatives. Le recueil de tous ces témoignages nous servira à argumenter notre réflexion et à vérifier les hypothèses de recherche émises.

Cette approche a l'avantage d'être représentative d'un échantillon. Au vu de la réalité sur le terrain concernant certains soignants enquêtés qui avaient du mal à remplir les questionnaires, j'ai dû me déplacer et aller sur place. Ce qui a permis de répondre à leurs préoccupations sur les questions posées. Ainsi, j'ai pu avoir des réponses à ce questionnaire qui leur était distribué.

L'intérêt que revêt ce deuxième outil d'enquête qu'est le questionnaire réside dans le fait qu'il concerne les soignants qui sont ces professionnels de terrain impliqués dans cette démarche de développement des compétences, concept clé de notre thème abordé.

Les questions abordées ont été faites pour tendre vers un lien cohérent avec les motivations de mon sujet, en conformité avec le cadre conceptuel.

4.1.2 Choix de la population enquêtée

Pour mener à bien notre recherche, nous avons choisi d'enquêter la population ciblée des soignants : les cadres de santé et les agents. Ces deux catégories de population ont un statut différent, et des fonctions différentes. La première étant responsable et la deuxième étant sous sa responsabilité, ce qui impose donc une vision différente. Notre enquête s'est donc déroulée auprès de cinq cadres et 50 soignants. Chacune des personnes enquêtées ayant une expérience affirmée dans leur profession, à des degrés différents bien sûr.

Ainsi nous avons vu la cadre d'une clinique privée et ses soignants, La cadre du service de chirurgie thoracique et vasculaire dans un hôpital privé but non lucratif avec ses agents.

Nous avons aussi mené notre enquête auprès d'un cadre en service d'ORL, dans un hôpital de l'Assistance Publique, et auprès de deux cadres et ses agents, dans un hôpital public en service de psychiatrie. Notre souhait était de cibler plusieurs personnes afin de pouvoir apprécier le questionnement de chacune d'elle au cours de l'évolution de leur pratique. Ce qui nous a permis de comprendre les ressentis de ces catégories socio-professionnelles et leur implication dans cette dynamique des compétences.

Tableau 1 - Entretiens réalisés auprès de cadres de santé

Entretiens	Date	Durée	Etablissement ou service
CDS n°1	22 mars 2017	1h	Privé - hospitalisation complète et régulation
CDS n°2	24 mars 2017	30 mn	Privé à but non lucratif - service thoracique et vasculaire
CDS n°3	30 mars 2017	40 mn	AP-HP - service ORL
CDS n°4	07 avril 2017	35mn	Public hors AP-HP - service psychiatrie
CDS n°5	07 avril 2017	35mn	Public hors AP-HP - service psychiatrie
Total 5		3h20	

Tableau 2 - Questionnaires d'enquête réalisés auprès d'IDE et AS

Questionnaires	Date	Etablissements et services
IDE 14	Du 22 mars au 07 avril 2017	Privé à but lucratif (chirurgies : Ambulatoire, Bariatrique, Orthopédique) Gériatrie et non lucratif (Chirurgie Thoracique et Vasculaire), Public hors AP-HP (Psychiatrie)
AS 11	22 mars au 07 Avril 2017	
Total= 25/50 Distribués	17 jours	

4.1.3 Choix des terrains de l'enquête

Pour bien conduire notre enquête, et rendre pertinent notre étude, nous avons fait le choix de diversifier nos terrains d'investigation, en allant sur quatre terrains différents : privé à but lucratif, et non lucratif, public AP-HP et hors AP-HP.

Ce choix est motivé par mon désir de diversifier les données et d'avoir des résultats plus larges et diversifiés, bien que l'échantillon ne soit pas exhaustif. C'est aussi et surtout pour avoir des points de vue complémentaires, car les expériences professionnelles sont variées et multiples.

De même, n'ayant pas les possibilités de rencontrer tout le monde, j'ai donc eu la chance de trouver ces terrains ou d'être d'aidee dans ma recherche de lieux d'enquête. Ce qui m'a fait bénéficier de la collaboration des professionnels de ces quatre endroits.

4.1.4 Organisation de l'enquête

Pour organiser notre travail, La chronologie adoptée a été la suivante :

- La conception et la préparation de notre grille d'entretien et de notre questionnaire,
- Les propositions ont été soumises au directeur de mémoire qui les a validées après quelques modifications et amendements,
- Lancement de l'enquête : des entretiens et distribution du questionnaire aux soignants,
- La récupération des réponses au questionnaire, puisque les entretiens ont été menés au moment des rendez-vous,
- Le recueil des données, l'analyse et la synthèse des résultats.

4.2 La Méthode utilisée

4.2.1 Les Points forts

Nous avons décidé d'opter pour cette méthode d'enquête par entretien et par questionnaire comme outils facilitateurs de notre enquête. Concernant nos collaborateurs enquêtés, acteurs sur le terrain, ces méthodes ont été les plus adaptées, surtout pour l'enquête, car elle permet l'expression libre des enquêtés, ainsi que d'avoir leurs points de vue personnels sur ce sujet qui nous tiens à cœur.

La plupart ont montré leur grand intérêt pour cette thématique d'actualité, et dans leurs réponses, certains ont souligné le fait qu'avant, les soignants et même les cadres ne parlaient pas beaucoup de développement de compétences. Ce qui n'est plus le cas à l'heure actuelle, car on parle plus de performance, de capital humain, d'accompagnement socio-professionnel des agents...

De leur côté, les collaborateurs enquêtés ont fait preuve de leur participation, leur coopération, leur disponibilité, et leur esprit d'ouverture.

Ils ont manifesté leur intérêt sur le thème, de par la richesse des échanges (les CDS) et l'acceptation de répondre au questionnaire pour les soignants.

Les cadres ont accordé du temps pour distribuer le questionnaire (dans le service de l'hôpital psychiatrique où j'ai été, en Seine Saint-Denis, dans le 93) Et, dans l'hôpital privé à but non lucratif, en service de chirurgie thoracique et vasculaire, une fois le questionnaire distribué, j'ai eu le privilège de rencontrer le personnel pour les aider à répondre au questionnaire en répondant directement à leur questions. Le cadre de santé a libéré près de 30 minutes) à son personnel pour répondre à ce questionnaire en ma présence.

En plus, de l'aide m'a été accordée à chaque fois par les cadres de santé, par l'aménagement des lieux calmes, propices à la réalisation des entretiens dans les meilleures conditions. Tous les cinq ont accepté d'être interviewés et m'ont permis de faire des enregistrements audio des entretiens.

4.2.2 Les difficultés et les limites de l'enquête

Les méthodes choisies, bien qu'avantageuses, présentent quelques limites liées surtout à la difficulté du dépouillement et de l'interprétation des réponses, inhérente au questionnaire. Cela est aussi dû au fait que les soignants n'ont pas tous répondu. Pour certains, ils ont été récemment sollicités par d'autres étudiants, venus les rencontrer pour des entretiens ou d'autres questionnaires.

En outre, les réponses apportées sont souvent subjectives, personnelles, bien que s'adressant à tous les soignants. Néanmoins, les résultats obtenus restent spécifiques aux personnes interrogées, et ne peuvent être considérés comme une vue d'ensemble de tout le personnel soignant des établissements de santé ou de ces terrains d'enquête.

L'échantillon de la population enquêtée n'est pas exhaustif.

Il sied de noter et de préciser que cette enquête reste le fruit des données recueillies malgré notre souci d'objectivité et de globalité, couvrant un nombre beaucoup plus large et divers de personnes.

Nous avons noté dans leur pertinence ces phrases avancées. Aussi, le délai qui nous a été accordé est peu, nous ne disposons pas d'assez ce temps pour tout étudier dans les détails, et faire une enquête finale avec annonce des premiers résultats des participations.

Nous avons aussi rencontré du personnel qui ne remplissait pas tout le questionnaire en entier.

La retranscription des opinions soutenues manque d'expression pour les enquêtes car en étant en face de ces personnes, on voit tous les gestes d'expression et leurs mimiques. La retranscription et l'analyse demeurent

inévitablement liées à cette perception et au jugement personnel des enquêtés. Il est donc nécessaire voire important de recourir à une certaine réserve quant aux conclusions.

La partie qui suit expose les résultats des données de l'enquête, avec leur analyse.

5 Exploitation des données

Pour exploiter ces données, une analyse des entretiens, a été réalisée en retranscrivant un dans son intégralité. Ensuite, j'exposerai et décrirai question par question, le contenu des données récoltées chez les soignants. Cela me permettra d'analyser par hypothèses, les points de vue des agents du terrain, concernés par cette thématique du développement des compétences.

5.1 Résultats et interprétation des données de l'enquête des cadres de santé

Dans un premier temps, j'ai reporté de manière exhaustive, l'ensemble de l'entretien que j'ai eu avec un cadre de santé, puis j'ai dépouillé les différentes réponses au questionnaire. Ensuite, je les ai rassemblées en faisant ressortir les données principales brutes. Comme précédemment dit, 25 soignants sur 50 ont répondu.

***Réalisation des entretiens**

Préalablement à la réalisation de ces entretiens, un contact a été établi avec chaque cadre de proximité, dans le but de planifier un rendez-vous avec chacun d'eux. Cela s'est fait avec beaucoup de simplicité et de bienveillance. Les uns comme les autres m'ont beaucoup éclairée sur ce thème et m'ont marquée par leur disponibilité et leur coopération. Si bien que, lors des entretiens, les choses ont été dites sans hésitations ni sans tergiversations, mais dans une totale confiance, en en garantissant l'anonymat et la stricte confidentialité.

Ces moments d'échanges n'ont pas été interrompus, ni refusés.

Nous avons réalisé ces entretiens dans différents lieux et à des différents moments, avec 5 cadres e proximité.

Cela nous a pris en tout entre 3h 30 à 4h30 de temps, sans compter le temps mis pour les déplacements. J'avoue que cela peut vite devenir chronophage, mais récompense par la qualité des échanges et des témoignages.

Ainsi, à partir de la grille d'entretien que nous avons élaboré, nous nous sommes entretenues avec la cadre d'une clinique privée, dont nous retranscrivons le contenu ici. C'est sur le mode d'une question posée à la CDS et de sa réponse, ou de ses opinions sur notre questionnement.

***Résultats de l'Entretien n°1**

Il s'est déroulé dans le bureau du cadre, dans un environnement calme et propice.

Nous mettons dans ce tableau les réponses au 4 premières questions, puis la suite de l'entretien après.

Question 1 Nombre d'années de la fonction Cadre	Question 2 Service ou l'établissement d'exercice	Question 3 Nombre d'année d'exercice dans le service	Question 4 Premier poste ou non
5 ans Juillet 2012	Responsable de tous les services d'hospitalisation (complète et ambulatoire) et de la régulation	15ans et 1/2 (novembre 2001	Oui

A la question 5 : Sur le Recrutement

*** Q : Nous : Comment procédez-vous pour recruter le personnel soignant de votre établissement ?**

*** Rép :** CDS : Essentiellement le bouche à oreille et les candidatures spontanées et par les anciennes stagiaires, qui ont eu à faire un stage dans la clinique. Et, de manière exceptionnelle, sur des postes très spécialisé, avec des annonces sur le site de référence.

A la question 6 sur l'évaluation

*** Q : Nous : Comment évaluez-vous les compétences individuelles et collectives des IDE et AS de votre service ?**

*** Rép :** CDS : Par des entretiens individuels annuels, des audits, les Analyses des Événements indésirable ou le CREX (comité de retour d'expériences), le

patient traceur, l'encadrement de proximité par une IDE référente, la fiche de poste respective du soignant, selon sa profession.

A la question 7 sur l'entretien d'embauche

*** Q : Nous : Comment jugez-vous lors de l'entretien d'embauche qu'une IDE ou AS a des compétences requises pour assumer sa fonction ?**

*** Rép :** CDS : Par l'étude du CV et de lettre de motivation, afin de se renseigner sur les différentes expériences développées au cours des années, sans oublier l'attitude du soignant lors de l'entretien, et en posant des questions ciblées sur la spécificité du service.

A la question 8 sur le développement des compétences

*** Q : Nous : Selon vous, le développement des compétences du personnel soignant constitue-t-il un élément facilitateur de l'intégration dans l'équipe ou de la motivation de celui-ci ?**

-Si Oui pourquoi

*** Rép :** CDS : De la motivation car le soignant se sent valorisé

Si non pourquoi ? Intégration, non car celui-ci est non prioritaire.

A la question 8 Sur le type de management appliqué

*** Q : Nous : Au sein du service que vous gérez management mettez-vous en et AS ?**

*** Rép :** CDS : <par la mise en place des IDE et AS référentes par étage, et 1 IDE et AS.

La cadre est membre du CE et la chargée de la formation du personnel.

A la question 9: sur les outils

*** Q : Nous : Quels sont les outils dont vous disposer pour favoriser le développement des compétences des IDE et AS au sein de votre service ?**

*** Rép :** CDS : Ce sont ; Plan de formation, entretien annuel individuel, La position du cadre au CE.

A la question 10: sur la plus-value du développement des compétences

*** Q : Nous : En quoi le développement des compétences des soignants est-il une plus-value ?**

-Rép : Pour vous CDS ?

*CDS : Pour avoir le personnel plus performant, cela favorise le management délégué et participatif, cela motive le personnel.

-Pour eux ?

*CDS : Cela suscite de la reconnaissance des compétences, la valorisation, la responsabilisation, et l'évolution des carrières.

*** Analyse des données de l'entretien cadre**

Les entretiens passés avec les cadres de santé nous permettent de dire que tous, ont une expérience avérée en tant que soignant avant d'être cadre. Ceci est un atout pour eux qui leur confère une meilleure connaissance des besoins des soignants en matière de formations, d'évaluation et de développement des compétences.

-Pour le recrutement des soignants

3 cadres sur **5** s'accordent à dire que pour recruter le personnel, ils procèdent par un entretien direct avec le ou la candidat(e), pour voir si ce dernier ou cette dernière a des aptitudes et des capacités requises pour le poste. Ils vérifient ainsi la véracité de ce qui est mis dans son Curriculum Vitae (CV) et sa lettre de motivation.

Pour les **2** autres cadres, le recrutement se fait par le bouche à oreille, à partir des candidatures spontanées sur le site de leur établissement, et à par des candidatures des anciens stagiaires accueillis dans l'un de service de leurs établissements.

Les entretiens d'embauche des AS et IDE sont « des moments qui permettent d'étudier les CV des candidats, de voir leur attitude, de voir s'ils ont suffisamment de connaissances ou pas ; c'est aussi une occasion d'exposer les questions ciblées et spécifiques au service et à l'établissement, » soutiennent 2 cadres sur les 5.

Pour **2** autres cadres, la période d'intégration permet de former le nouvel arrivant aux gestes techniques spécifiques au service.

Mais aussi et surtout, tous disent proposer des formations obligatoires (sur la transfusion, l'hygiène, gestes d'urgence, logiciels d'administration de prescriptions) afin de former les soignants, et les aider à acquérir des connaissances qu'ils pourront appliquer après.

Pour **2** cadres sur les **5**, c'est un vrai travail en étroite collaboration avec la direction des soins, qui elle, recrute et envoie les candidats vers le cadre.

-Pour l'évaluation des compétences et leur développement

D'un côté, pour tous les cadres, les entretiens annuels ou l'entretien professionnel individuel à raison de 1 tous les ans ou tous les 18 mois sont des occasions pour faire l'évaluation des compétences à partir de questions posées sur leurs pratiques professionnelles. De plus, pour l'une l'analyse des ÉI et des CREX, ou la réalisation des audits et l'étude des patients traceurs, permettent d'évaluer les compétences individuelles vers une intégration. Un autre cadre procède par l'observation à l'improviste des gestes de soins effectués par les soignants. Pour deux autres l'encadrement de proximité par des IDE référents avec un bilan en fin de période d'essai permettent de faire une mise au point.

D'un autre côté, les cadres soutiennent l'hypothèse selon laquelle le développement des compétences est un élément qui facilite l'intégration du soignant dans l'équipe et de sa motivation. 4 d'entre eux disent ou parlent de la valorisation de l'agent que cela entraîne, ainsi que l'assurance pour le travail, la polyvalence, la cohérence du groupe et l'uniformisation des pratiques.

En analysant ces réponses des cadres, nous pouvons relever que la formation continue tout au long de la vie professionnelle est capitale dans la profession paramédicale car la science évolue continuellement. Une personne bien formée et compétente est capable de déceler les problèmes dont souffrent les patients, de réagir et d'adapter les prises en charge. Cela explique le positionnement des cadres face au recrutement des soignants, à l'évaluation de leurs compétences, pour leur adaptation au poste de travail. C'est pourquoi ceux-ci profitent des évaluations individuelles formelles ou informelles pour voir leur évolution dans le service.

- Pour le management et l'accompagnement des compétences

Pour **3** cadres sur **5**, le mode de management le plus utilisé est le management participatif dans le but d'impliquer les soignants dans l'organisation des services, ce qui développe leurs compétences. Il y a aussi le style déléгатif, notamment par la nomination des IDE et AS référents responsables de l'encadrement des nouveaux.

2 cadres disent se servir de formations transversales institutionnelles obligatoires ou non, dont les thèmes sont choisis avec les autres cadres de leur pôle, dans le but d'uniformiser l'accompagnement des soignants dans le développement de leurs compétences spécifiques au service.

Les réponses données par ces managers confirment en outre cette hypothèse selon laquelle, cette démarche est professionnalisante et nécessaire pour l'équipe et les agents eux-mêmes. En ce sens où pour l'équipe cela favorise les compétences collectives, une meilleure prise en charge des patients,

l'autonomie de l'équipe et leur esprit d'initiative. Et, pour le soignant cela renforce ses connaissances, déploie son savoir-faire et lui permet d'évoluer dans sa carrière.

Nous constatons que les cadres font un lien entre leur mode de management et l'accompagnement des soignants, car ils reconnaissent que les styles participatif et délégatif managériaux ont un impact direct sur cette démarche des compétences. Permettre l'évolution du personnel est une mission importante du CDS qui peut être une valeur ajoutée à sa fonction.

- Développer les compétences pour une plus-value

Pour la population des cadres de santé, leur travail qui consiste à aider le personnel, à améliorer leurs compétences est une plus-value pour eux. Cela permet d'assurer la continuité des soins par les équipes qui sont plus autonomes et responsables d'une part ; et sur qui le cadre a plus de confiance d'autre part. En effet 2 cadres sur 5 soutiennent qu'avoir des personnels compétents et performants favorise leur management délégatif et participatif. Ils reconnaissent autrement que pour le soignant cette plus-value s'explique par le fait qu'il y a une valorisation, responsabilisation et motivation de l'agent. La reconnaissance que ceci accorde aux soignants met en valeur les compétences, l'expertise de l'agent par l'appréciation, l'encouragement dans son travail. Cela fait dire à une cadre que cette plus-value va de pair avec leur montée en compétence

Notre petite analyse nous permet de recentrer cette place prépondérante du cadre au sein des services, pour susciter et motiver l'affirmation des soignants dans leurs responsabilités. Cela amplifie l'acquisition et l'extension des savoirs (agir, faire) situationnels et des connaissances des agents, qui se sentent plus valorisés et reconnus.

- Les outils pour accompagner

Pour favoriser une meilleure gestion des compétences des IDE et AS, les CDS disposent d'outils comme des plans de formations individuelles ou collectives, selon les besoins de leurs services, les entretiens annuels individuels, le repérage de compétences, les fiches de poste et fiches de soins...

5.2 Résultats et interprétation des données de l'enquête auprès des soignants

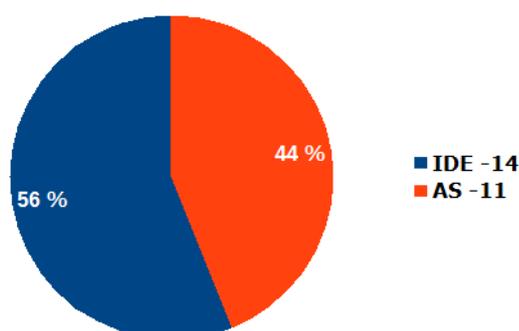
Sur **50** questionnaires distribués **25** nous ont été retournés complétés, entre le 14 mars et le 7 avril soit **50%** de mon échantillon. A partir des données recueillies, j'élabore une méthode qui me permet de traiter et d'analyser les réponses. Pour les premières questions, La restitution de

la présentation des sondés se fait essentiellement à partir de graphiques. Les données sont quantitatives et qualitatives.

Au début de l'exploitation et de l'interprétation des données de cette enquête par questionnaire auprès des soignants, il nous sied de vous préciser que les mots clés les plus complets se retrouvent dans la partie **Annexe** de ce **Mémoire**.

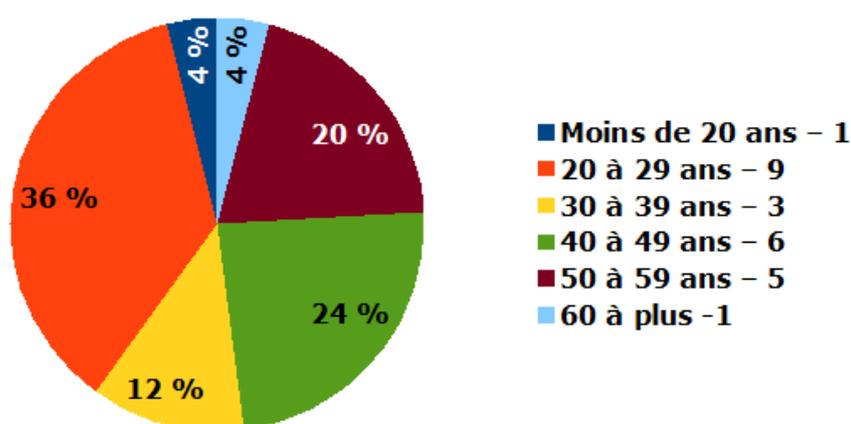
Les Résultats obtenus ont été reportés pour certains sous forme de graphiques et d'autres sous la forme écrite.

Votre profession

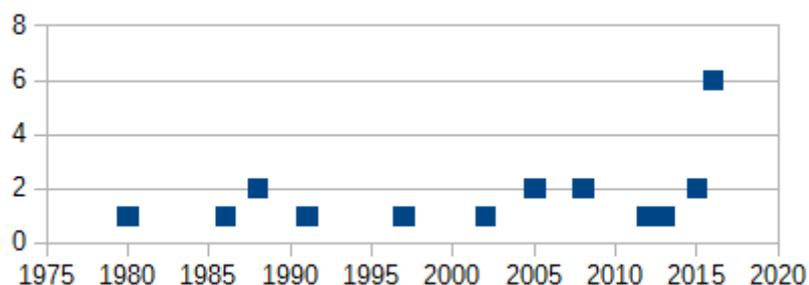


Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

La population enquêtée est à plus de la moitié jeune 13/ 25, soit 52% dont l'âge se situe entre moins de 20 ans et 39 ans. 6 soignants soit 24% ont un âge situé entre 40 et 49 ans. Et 6 autres soignants soit les 24% restants se situent entre 50 ans à 60 ans et plus.



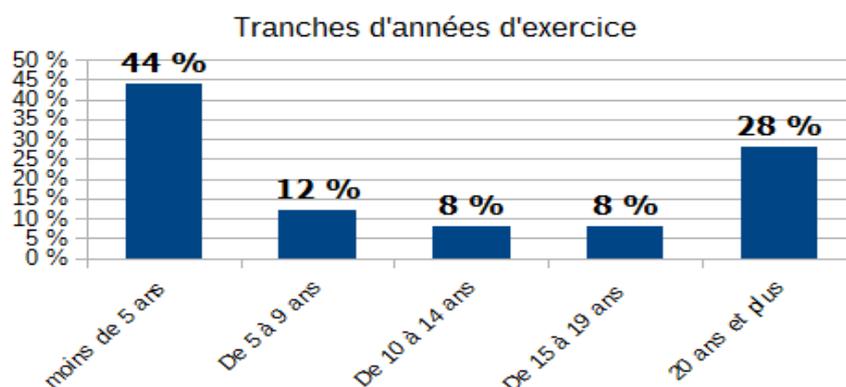
Année de votre diplôme



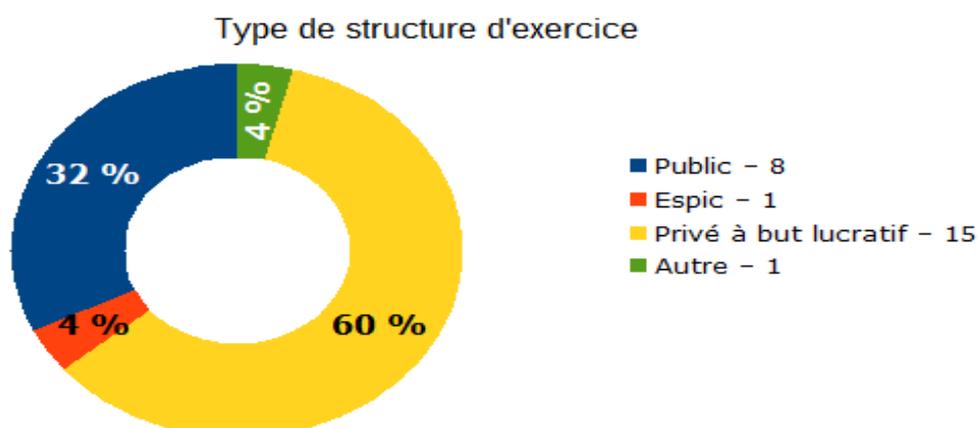
Pour la population enquêtée, les années du diplôme varient entre **2015** et **1975**, dont près de la moitié soit **11 soignants (44%)** ont un diplôme **de moins de 5 ans**, **28%** ont **plus de 20 ans** de diplôme.

Tranche d'année d'exercice

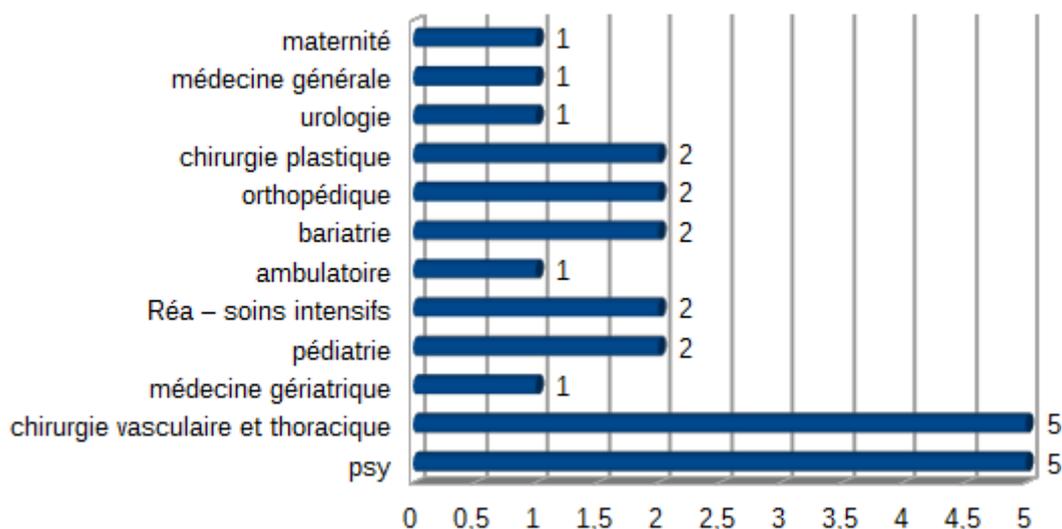
moins de 5 ans	11
De 5 à 9 ans	3
De 10 à 14 ans	2
De 15 à 19 ans	2
20 ans et plus	7



Type de structure ou vous exercez



Services occupés



Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

Il y a une diversité de réponses selon le temps mis dans le service. C'est ainsi que, **10** soignants (AS et IDE) sont jeunes dans leur service, soit de moins d'1 an (4 à 10 mois : 7) à 2 ans (soit 3 qui ont 1an, 1an et 3mois, et 2 ans pour la 3^{ème}).

Alors que, **3 agents** ont une ancienneté de moins de 5 ans (3 ans et demie pour 1, et 4 ans pour les 2 autres). **2** autres travaillent dans leur service depuis 5 à 5ans et demie. Tandis que, pour **3 soignants**, l'ancienneté va de 6ans à 12 ans. Et, **4** ont une présence de 16 ans à 20 ans dans le même service. Enfin, pour les **3 derniers**, les plus anciens dans leur service, cela va de 23, 29 à 36 ans.

Analyse :

D'emblée, nous pouvons dire qu'au vu des réponses apportées à cette question, la classe professionnelle enquêtée que sont les soignants : AS et IDE est à majorité jeune dans le poste occupé actuellement, soit **52%** qui ont moins de 5 ans dans le service de l'enquête actuelle. Cela ne veut pas forcément dire qu'ils sont très jeunes en âge, mais en année d'exercice professionnel plutôt. Aussi, en faisant un lien plus haut avec les années d'exercice, nous relevons que **44%** ont moins de 5 ans de vie professionnelle en tant que soignants. Ce qui peut nous pousser à dire qu'il y a donc besoin de mettre en place un **dispositif** d'accompagnement

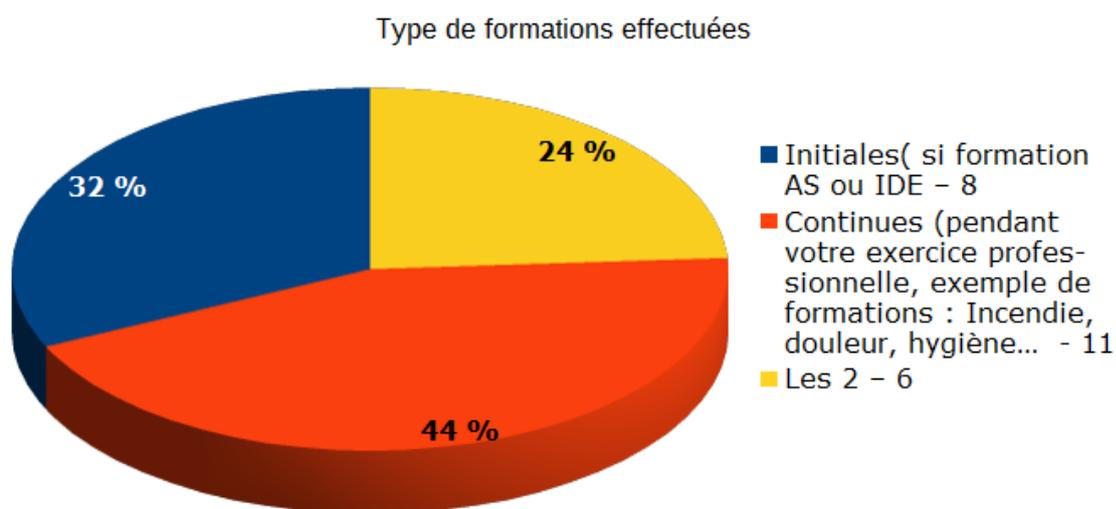
pour le **développement des compétences**. Cela renforce le CDS qui est garant de la **formation de ses agents** et de leur développement de compétences.

Alors que nous constatons que 20% (soit 5 IDE-AS) ont entre 5ans et 12 ans dans leur service. Pendant que nous voyons une proportion de 28% qui sont les plus anciens dans leur service ou leur pôle, et qu'il ne faut pas négliger ; car participent à l'**encadrement des nouveaux** soignants dans les services.

Ils constituent un **vivier d'expériences voire de compétences**, pour la bonne marche et le dynamisme du service. Pour cela, ils ont même pour certains, dépassé la durée de vie professionnelle moyenne, attribuée aux IDE, qui est de de 7 à 10 ans.

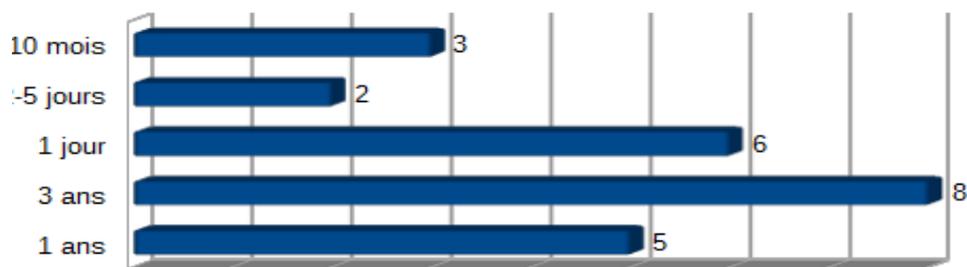
Régine WAGNER⁷⁸ ne disait-elle pas dans son article en 2008 que : **« les infirmiers s'épuisent, ils changent d'orientation professionnelle, ont une durée de vie au travail de 10 ans. »** Elle rajoute que les jeunes diplômés sont les plus exposés, en soutenant ses propos en ces termes : **« beaucoup de jeunes diplômés ne restent pas dans les services de soins, ils se découragent et quittent la profession. »**

2. Avez-vous bénéficié d'une ou de formations :



⁷⁸ Régine WAGNER, CHG Aix-en-Provence, qui était Trésorière adjointe de la Coordination Nationale Infirmière (CNI) , selon son Article paru dans le n° 25 de Juin 2007, de la Revue CNI

3. Quelle est la durée de ces formations ?



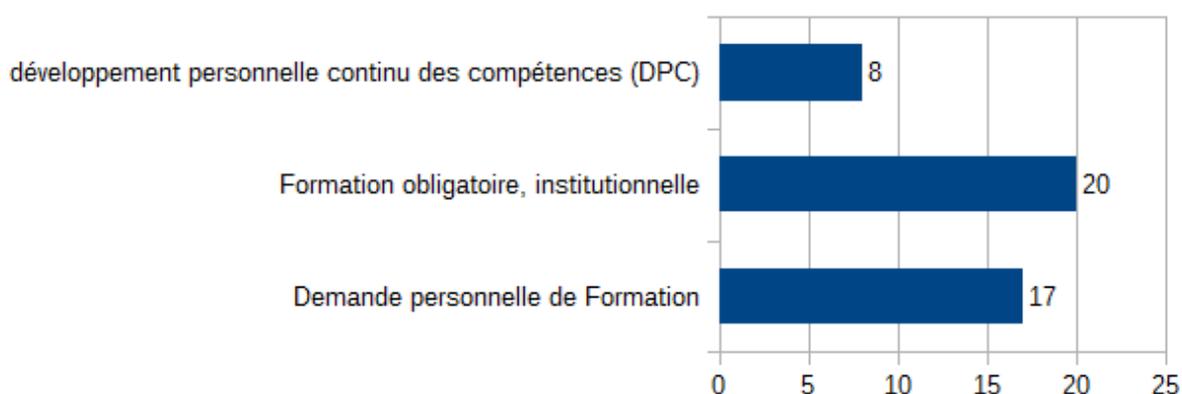
4. Pensez-vous qu'elles vous ont-été utiles ? Et pourquoi ?

La totalité des soignants interrogés ont répondu que les formations avaient été utiles.

13 personnes soit **52%** ont justifié leur affirmation par les réponses suivantes :

5 soignants estiment que les formations permettent d'améliorer leur pratique alors que **3** autres voient dans ces formations un moyen d'enrichissement personnel et professionnel ainsi qu'une remise à niveau de leurs compétences. Pour 2 autres les formations sont un tremplin pour une évolution de carrière. Pour les autres personnes sondées c'est un moyen d'échanger avec d'autres professionnels et également un moyen de diversification professionnelle afin d'être polyvalent.

5. De quelle manière vous impliquez-vous dans les formations ?



80% des sondés ont répondu s'être impliqués dans une formation obligatoire, institutionnelle, 68% à partir d'une demande personnelle et **32%** dans le cadre de la formation continue.

6. Quel impact cela va-t-il avoir dans votre vie professionnelle et personnelle ?

36% estiment que l'impact essentiel est celui d'améliorer son niveau de compétence pour une meilleure prise en charge des patients ainsi qu'une meilleure gestion des situations alors que **32%** de l'échantillon estiment que le premier impact est l'acquisition des bonnes pratiques. Enfin **28%** y voient une perspective d'évolution de carrière ainsi qu'une amélioration de leur confiance en eux et un épanouissement personnel.

7. Qu'est-ce que la compétence pour vous ? et le développement des compétences ?

64% des soignants interrogés estiment que la compétence et le développement des compétences c'est savoir Savoirs être et savoirs faire pour atteindre un objectif donné, c'est avoir des connaissances et c'est savoir détecter ce qui peut être nuisible au patient et à ne pas lui porter préjudice au cours des soins. **44%** définissent la compétence et le développement des compétences comme une capacité de bien agir, une utilisation des bonnes solutions au bon moment, un développement et une amélioration des savoirs pour se maintenir au courant et se remettre à niveau. Enfin **28%** de mon panel pensent que le développement des compétences se traduit par une meilleure écoute, de la curiosité, de la volonté et de la patience.

8. Comment avez-vous développé vos compétences depuis que vous êtes IDE ? A-S ?

Pour 52% des personnes sondées le développement de leurs compétences a été acquis par des formations régulières sur tous les thèmes possibles, en étudiant sans cesse les nouvelles techniques de soins, par la lecture des protocoles ainsi que par internet. Le même pourcentage de mon panel soit 13 soignants estiment avoir développé leurs compétences grâce à des échanges avec des collègues anciens dans la profession, avec leurs cadres, des stagiaires ou encore grâce au contact avec les patients. Pour 13 soignants le développement des compétences s'acquière en travaillant dans différents services et structures hospitalières et par la variété des tâches au sein d'un service. Enfin 4 soignants soit 16% m'ont dit avoir développé leurs compétences par l'observation, l'écoute, l'application ou encore par le questionnement.

9. Selon vous qu'apporte le développement des compétences chez les soignants ? Et pourquoi ?

A cette question deux grands blocs de réponses ressortent :
Un premier bloc des réponses met en avant des compétences liées directement à leur activité professionnelle. **18** soignants soit **72%** font ressortir comme principaux apports une meilleure prise en charge des patients sur le plan médical et relationnel, Une meilleure adaptabilité professionnelle, l'acquisition des bonnes

connaissances et des bonnes pratiques, une plus grande polyvalence, une capacité à s'adapter au poste de travail quels que soient leurs services ainsi qu'une cohésion dans le travail d'équipe.

Un deuxième bloc de réponses est davantage lié à des compétences personnelles comme la prise d'assurance, la motivation professionnelle, la satisfaction personnelle, un sentiment de sécurité pour 14 personnes interrogées soit **56%**.

10. Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans ce processus de développement des compétences du personnel soignant ? et pourquoi ?

18 soignants sondés soit **72%** pensent que le premier rôle du cadre est d'encourager son équipe à se former, à se développer en proposant à chaque soignant une formation adaptée à ses besoins ; il est garant de la formation et de l'encadrement du personnel ainsi que le moteur du développement des compétences

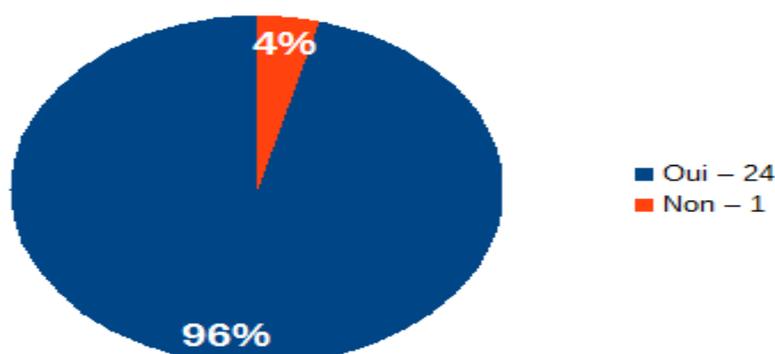
Pour **15** personnes interrogées (**60%**), le rôle majeur du cadre est de motiver, de conseiller son équipe en étant à son écoute, en recevant et en évaluant les soignants sous son autorité pour prendre en compte leurs demandes et repérer les points forts et les points faibles de ses agents. Il est également l'intermédiaire entre la direction et son équipe.

11. Selon vous quelles actions du cadre de santé vous permettraient de développer vos compétences ?

Pour **19** soignants de mon panel soit 76%, le dialogue, la disponibilité, l'évaluation et des bilans annuels sont les principales actions du cadre de santé permettant de développer les compétences des agents de son équipe.

Pour **10** soignants soit **40%**, le cadre doit former son équipe soit en apportant ses propres connaissances soit en proposant des formations adaptées à chacun. Enfin pour **12%** des sondés le cadre doit surtout être une personne de confiance, il doit développer des expériences en équipe et ne pas avoir peur de faire des changements de services à ses agents selon leurs demandes.

12 Le cadre de santé est-il un générateur, un moteur de développement des compétences du personnel soignant



Si OUI, pourquoi ?

Pour **13** soignants sondés (**52%**), le cadre est un générateur et un moteur de développement des compétences de son personnel soignant en favorisant et en organisant des formations car c'est lui qui par des évaluations régulières, connaît le mieux les besoins en formations de ses agents.

Pour **10** soignants le cadre est générateur du développement des compétences car c'est lui qui motive ses équipes, il crée une dynamique de groupe au sein de son équipe. Il est vecteur de la motivation au travail.

Si NON, pourquoi ?

Pour une personne interrogée le cadre de santé ne pourra être un moteur de développement uniquement que si son équipe le lui permet.

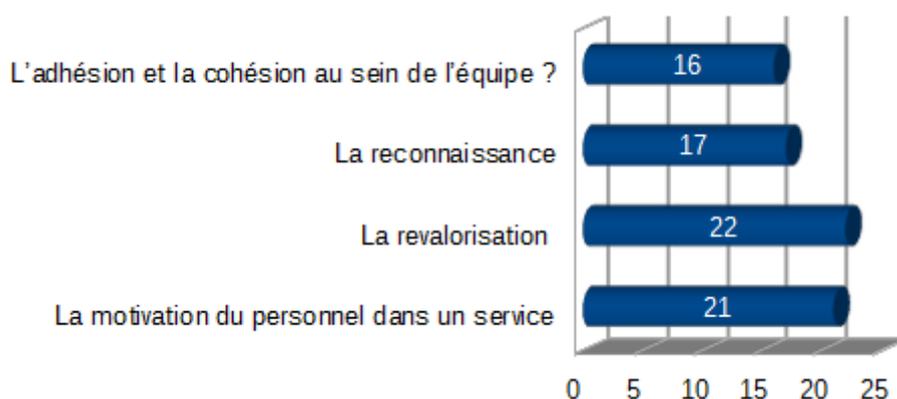
13. Quels sont selon vous, les éléments qui facilitent le développement des compétences ? et pourquoi ?

15 personnes sondées (**60%**), place la mise en place de formations internes où dans un lieu extérieur à l'institution, comme premier élément facilitant le développement des compétences du fait que cela donne envie de s'améliorer, de se remettre à niveau, d'évoluer dans sa vie professionnelle.

14 soignants (**56%**) pensent que les éléments moteurs facilitant ce développement sont sa disponibilité, son impulsion pour organiser son service, en impliquant son personnel, en faisant de sorte qu'il se sente à l'aise, en étant à son écoute,

Enfin pour **3** soignants les **2** éléments facilitateurs du développement sont le budget ainsi que plus de temps pour mieux faire les choses.

14. Pensez-vous que le développement des compétences aide à :



15. Pensez-vous que le développement des compétences soit pour vous synonymes de : Professionnalisation ? D'évolution de carrière ? De responsabilisation ? De performance ? Si OUI, pourquoi ?

Pour **12** soignants (**40%**) le développement des compétences est avant tout synonyme de professionnalisation et de performance grâce à plus d'autonomie, de réflexion, d'efficacité, d'assurance.

9 soignants (36%) estiment que c'est l'évolution de carrière qui est le meilleur synonyme de développement des compétences.

16. Si vous étiez cadre que feriez-vous pour fédérer les agents dans l'amélioration de leurs compétences ?

14 soignants sondés (**56%**) estiment que c'est par la mutualisation des compétences, des réunions d'équipes, par la reconnaissance et la motivation des agents que l'on peut les fédérer aux mieux dans l'amélioration de leurs compétences.

Pour **13** personnes sondées (**52%**) la première action pour fédérer les agents dans l'amélioration de leurs compétences consiste à proposer des formations régulières à la fois sur la base du volontariat et à la fois obligatoires, par des stages, en laissant du temps pour que le personnel se forme.

Pour **5** personnes interrogées (**20%**), l'action principale consiste à un contrôle régulier de ses agents par le biais d'entretiens, d'évaluations, de bilans annuels de formations.

17. Avez-vous des suggestions ?

Certains soignants ont fait quelques suggestions que nous avons jugées nécessaires de reporter ici. Ainsi,

- **2** AS et IDE pensent que « *les cadres doivent motiver le personnel et reconnaître aussi qu'ils sont capables de progresser et d'évoluer dans leur carrière* ».

- **2** Autres estiment que « *Le cadre doit vraiment être à l'écoute de ses équipes et travailler en collaboration avec son personnel pour connaître leurs besoins et favoriser leur évolution de carrière* »

- Et enfin, **2** agents disent que s'ils étaient cadres, ils » *favoriseraient ta mobilité et donneraient les moyens et le temps au personnel soignant pour se former, progresser et acquérir des compétences.* »

5.3 Synthèse globale de l'analyse

En **synthèse**, nous pouvons dire que les mots clés les plus employés dans les entretiens (par les cadres) tout comme dans les questionnaires, aux diverses questions posées, tournent autour de : **Les compétences et le développement des compétences, la valorisation, la reconnaissance, la performance, le savoir-faire et savoir-agir, la motivation, entretiens individuels annuels, analyse des pratiques, évolution...** Nous avons choisi de les reporter, ainsi vous les retrouverez en annexe

Cette enquête, auprès de ces deux catégories de professionnels, nous permet de dire que le cadre a un grand rôle à jouer pour permettre l'évolution du personnel de son service. Cela doit devenir une préoccupation constante et majeure.

Tous les cadres avec lesquels nous nous sommes entretenus, reconnaissent que le cadre est le moteur du management du développement des compétences. Cela vient appuyer ces propos de Anne DIETRICH que nous avons évoqués dans notre cadre conceptuel, quand elle dit que le cadre manager « **est l'acteur clé du management des compétences** »⁷⁹.

Notre analyse des résultats de l'enquête nous fait dire que la gestion et le mode de management de la thématique des compétences a **des répercussions** sur les **pratiques professionnelles** des agents.

Aussi, comme le dit Claude FLÜCK : « **gérer les compétences, c'est concevoir les voies et les modalités des changements à opérer. Manager les compétences, c'est traduire ces transformations dans les actes professionnels et sociaux, au quotidien.** »

La majorité des cadres interviewés et les soignants questionnés ont un avis positif sur la nécessité et l'utilité pour le Cadre d'œuvrer pour **l'émancipation des agents. Prendre en main les compétences**, apporte la **satisfaction** et le bien-être au travail du personnel, voire une QVT (une qualité de vie au travail).

Les réponses données par les uns et les autres prouvent et étayent notre constat de départ où nous disions que certains soignants trouvent dans la mise en **valeur de leurs compétences**, un **moyen de motivation, de valorisation et de reconnaissance**.

Le CDS est un organisateur et un moteur du bon déroulement de l'équipe. Son mode de management notamment dans l'encadrement des soignants impacte sur leur manière d'être ou de travailler, en association avec leur savoir agir et leur savoir être. Cela nous pousse à dire que le cadre doit

⁷⁹ Anne DIETRICH, dans *Management des compétences*, Edition Vuibert, p. janvier 2015

trouver dans les soignants des **vrais collaborateurs**, pour qu'il puisse bien remplir sa fonction et ses missions au quotidien.

Le CDS est un **générateur** de l'acquisition **des connaissances** et du développement des compétences des agents. C'est lui qui les aide à **renforcer leurs acquis par l'expérience** car, il en fait une évaluation formelle ou informelle, périodiquement, ou en cas de besoin.

Nous partageons les avis de ces personnes enquêtées, selon lesquels : « le CDS doit favoriser cette progression et permettre les analyses d'EI, de RMM, d'APP et EPP, de CREX... » Ce sont de bonnes attitudes qui doivent devenir une **stratégie managériale**.

Nous reconnaissons donc cette place stratégique qu'occupe le CDS dans l'aide apportée à la progression des soignants. Néanmoins, nous soulignons aussi le fait que le cadre de santé seul ne peut bien conduire ce projet de développement de compétences des agents, car il lui faut le soutien et la validation par le DRH, voire de sa directe : Cadre de pôle, Direction, selon la configuration organisationnelle de l'établissement.

Avoir du **personnel compétent** est devenu **un leitmotiv qui optimise** un service et **rend l'équipe** plus **performant** dans les gestes techniques et relationnels. Ce qui permet la fidélisation des clients, les patients, et de maintenir une motivation puis d'aboutir à une performance collective.

A partir de l'interprétation des données recueillies et de l'analyse que nous avons pu en faire, nous avons vérifié le bien fondé de notre question de départ.

De même, au regard des entretiens avec les cadres de santé et des questionnaires de la population étudiée, nous pouvons **affirmer** et répondre à notre **question de recherche de départ** que **le CDS a un rôle primordial** et capital à jouer dans le développement des compétences du personnel soignant.

Au niveau du développement des compétences, le **CDS** doit en faire **un point d'honneur** à accomplir cette **mission** que l'on pourrait presque qualifier de **rôle propre**.

6 Les limites et les axes d'améliorations

*Les Limites :

Nous avons mis tout notre cœur et toute notre personne à faire ce travail. C'est le **reflet de notre investissement** durant cette année de formation Cadre de Santé.

Néanmoins, nous sommes conscientes que celui-ci, certes très prégnant, dynamisant et valorisant a aussi ses limites.

Le panel des questionnaires de notre enquête aurait pu être plus complet, mais le temps était un peu court. Par contre, si nous avions disposé de plus de temps, nous aurions poussé notre raisonnement aussi loin que nous le voulions.

Nous notons le fait qu'au départ de cette Recherche-Mémoire, nous ne savions pas où nous allions car n'avions pas tous les outils et les acquis nécessaires pour notre recherche.

Mais au fur et à mesure que nous évoluons, l'aide et les apports de notre directeur de guidance mémoire, les richesses des enseignements reçus, les lectures, les échanges et données de notre enquête nous ont beaucoup éclairés.

*Les axes d'amélioration

Comme axes d'amélioration, nous éprouvons un réel besoin d'approfondissement du thème, avec un élargissement de notre champ d'investigation, afin de bien appréhender les conditions de base de la gestion et du management des compétences, ce que nous n'avons pas exploré en de manière la plus approfondie.

Pour améliorer notre travail, nous aimerions aussi voir dans ce travail le lien entre la qualité de communication du CDS, et la manière de gérer les compétences des agents, car c'est un moyen de motivation.

Comme autre axe d'amélioration, c'est de travailler mon positionnement de future cadre dans l'accompagnement à l'améliorations des compétences, et l'intégration de cette dynamique managériale qu'est la GPEC.

CONCLUSION

En somme, ce travail de recherche-mémoire n'est peut-être pas parfait, mais il nous a vraiment aidé à nous initier dans une vraie démarche de recherche. L'approfondissement de cette thématique choisie pour notre mémoire, qui est celle du CDS et de son impact sur le développement de compétences du personnel soignant, nous a beaucoup apportées. Nous sommes épanouies, avons eu du plaisir et avons étoffé notre sens de recherche, dans l'élaboration et la conduite de projet de recherche, bien qu'ayant connu des moments difficiles dès fois ou de fatigue. Ce travail sera pour nous un outil dans notre carrière professionnelle.

Le rôle d'accompagnement au développement des agents joué par le CDS est une stratégie managériale qui a un impact sur la Gestion des Ressources Humaines. Cela doit se faire en impliquant le personnel. Dans cette perspective, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (la GPEC), devient un outil incontournable de management des employés. Ce qui est pour le cadre de santé comme, « un cheval de bataille », une ligne directrice, une préoccupation permanente, lui assurant une qualité des collaborateurs avec qui il peut vivre un bon management.

Le cadre comme nous le spécifions dans ce travail, et selon la confirmation reçue de notre enquête, a certes une place centrale dans la prise en charge de l'évolution du personnel, du développement de ses compétences. Cependant, en creusant au fur et à mesure notre travail de recherche-Mémoire, nous nous sommes posés la question de savoir si le cadre de santé au sein de l'institution est le seul décideur dans cette stratégie managériale ?

Il sied donc de relever le fait que le CDS a beau avoir une volonté d'œuvrer pour l'épanouissement des compétences et des potentiels des agents, il n'en demeure pas moins que sa politique managériale doit rencontrer l'assentiment de sa hiérarchie dirigeante, pour une efficacité dans les actions.

Puisqu'étant dans une organisation, le management du cadre doit être en cohérence avec « les logiques managériales internes à son entreprise... »⁸⁰ Celle-ci pourra engager des fonds et accorder du temps au personnel pour se former, pour bénéficier de ce processus évolutif. Ce qui nous pousse à conclure notre Mémoire en ces termes, nous associons ainsi à cette idée avancée par F. STANKIEWICZ selon laquelle, « ...l'efficacité dépend en partie des compétences de celui qui les utilise, de sa capacité d'analyse et de diagnostic, face à des situations diverses et changeantes... »⁸¹

⁸⁰ F. STANKIEWICZ dans : *LA GPEC Dans un Contexte Imprévisible*, Editions LIAISONS, 2010, 174

⁸¹ Idem, page16

BIBLIOGRAPHIE

*Ouvrages

- Guy Le BOTERF, **Construire les Compétences individuelles et collectives**, Editions d'Organisation, 2004, p.p. 244
- Jacques AUBRET. Patrick Gilbert. Frédérique PIGEYRE, **Management des Compétences, Réalisations-Concept-Analyses**, Edition Dunod, Paris, 2002, p.p.196
- Jacques PICARD, **La Gestion des Compétences : analyse des pratiques prospectives**, Les Editions Demos, 2006, p.p.123
- François STANKIEWIECZ, **LA GPEC Dans un Contexte Imprévisible**, Editions Liaisons, 2010, p.p. 174
- Nicole RAOULT/ Joëlle PELOSSE, **La GPEC, levier d'employabilité et de compétitivité ?** Editions Liaisons, 2011, p.p.327
- Ghuyslaine ROY-LEMARCHAND, **Le management des compétences, développer les parcours professionnels et l'employabilité**, Préface de Serge Boyer, Editions Esf, 2007, p.p.136
- Claude FLÜCK, **Gestion et management des COMPETENCES, Projets, Démarches et Outils**, GERESO Edition 2015, p.p. 201
- David HINDLEY-Peggy APARISI, Préface de Frank BOURNOIS, **GPEC et PSE**, Editions Eyrolles- Editions d'Organisation, 2008, p.p. 233
- Alain LABRUFFE, **Management des Compétences, Construire votre référentiel**, Edition AFNOR 2005, p.p. 200
- Philippe BERNOUX, **La sociologie des Organisations**, Nouvelle édition, Editions du Seuil, 2004, p.p. 466

*Rapports

- Rapport de **Chantal de SINGLY** du 11septembre 2009

*Articles de Revues

- Management durable**, dans la Revue Soins Cadres, n° 85, février 2013
- Revue Objectifs Soins Management**, n° 246/mai 2016

*Cours et Enseignements de la Formation Cadre de santé et Master 1

- Morgane Le Gal, sur la **Démarche Compétences**, du 04-09 janvier 2017
- Morgane Le GAL, sur L'ECUE 5.5, Pratiques d'encadrement mars- avril 2017,
- Patrick FARNAULT, sur **Le positionnement et les postures du Manager**, d'Octobre 2016
- Patrick FARNAULT, sur l'ECUE 5.4, La Gestion des Organisations Soignantes, avril 2017

SITOGRAFIE

- <https://cadres.apec.fr-Sante-social-culture>, visité le 14 septembre 2016
- www.vae.gouv.fr-fiches-outil, visité le 15 septembre 2016
- www.cadresdesante.com, visité le 30 septembre 2016
- <https://www.cairn.info>, visité le 30septembre 2016, 26 mars 2017
- www.moncompteformation.gouv.fr, visité le 1^{er} octobre 2016
- Fiches-pratiques.chefd'entreprise.com, 30 mars 2017
- www.portailrh.org, visité le 30 mars 201,
- www.metiers-fonctionpubliquehospitalier, visité le 30 mars 2017

Table des Annexes

Annexe I

-MIND MAPP MEMOIRE

Annexe II

- QUESTIONNAIRE D'ENQUETE DESTINES AUX CADRES DE SANTE

Annexe III

- ENTRETIEN Cadre 2

Annexe IV

- ENTRETIEN Cadre 3

Annexe V

- ENTRETIEN Cadre 4

Annexe VI

- ENTRETIEN Cadre 5

Annexe VII

-QUESTIONNAIRE destiné aux Soignants IDE et AS

Annexe VIII

-Mots clés et Concepts les plus utilisés

ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE SUR DES QUESTIONS RELATIVES AU MEMOIRE CADRE DE SANTE

Je suis étudiante Cadre de santé à l'Institut de formation des Cadres de santé- Ecole supérieure Montsouris (ESM). Je sollicite aujourd'hui votre contribution, pour répondre à ces questions dont vos réponses m'aideront à clarifier mon questionnement sur le thème de mon Mémoire de fin d'étude qui porte sur : **Le Cadre de santé et le développement des compétences du personnel soignant.**

En collaborant à répondre à ce questionnaire, vous me permettrez de mieux construire ce travail d'enquête-recherche, en le rendant plus pertinent.

Entretien Cadre de santé 2

1.Quel est votre âge et depuis combien d'année êtes-vous cadre ?

21 ans en tant qu'IDE coordinatrice et 7 ans en tant que Cadre

2.Dans quel service exercez-vous et depuis combien d'année ?

Service de chirurgie thoracique et vasculaire depuis 3 ans

3.Est-ce votre premier poste ?

Non – chirurgie thoracique pendant 4 ans

Si non quel est le nombre de poste occupés ?

1

4.Comment procédez-vous pour recruter le personnel soignant de votre établissement ?

Directrice des soins et collaboratrice qui lit les CV et reçoit les candidats. Candidatures spontanées et annonces sur des site professionnels.

5.Comment évaluer-vous les compétences individuelles et collectives des Infirmiers(ères) et Aides-soignants(es) de votre service ?

Bilan de fin de période d'essai – sur formulaire de la direction – En cours livret genre porte folio sur différentes compétences – entretien professionnel – 18 mois avec fiches de poste.

6. Comment jugez-vous lors de l'entretien d'embauche qu'une IDE ou AS a des compétences requises pour assumer sa fonction ?

L'entretien se fait par la direction des soins –

Formations obligatoires douleur, transfusion, hygiène, logiciel d'administration, prescription, une semaine d'intégration doublée.

Théodora LEFEUVRE/ ESM- Formations et Recherches en Soins

7 Selon vous, le développement des compétences du personnel soignant constitue-t-il un élément facilitateur de son intégration et/ ou de sa motivation au sein de l'équipe ?

Si OUI, pourquoi ?

Uniformiser les pratiques, cohérence du groupe.

Si NON, pourquoi ?

8. Au sein du service que vous gérez, quel management mettez-vous en œuvre pour accompagner le développement des compétences des IDE ou des AS ?

Présence d'un IDEC – Il édite les formations transversales obligatoires et institutionnelles – Les thèmes sont choisis en commun avec les autres départements du pôle thoracique, vasculaire, cardio, dialyse.

Et, en quoi cela est-il professionnalisant et nécessaire :

-Pour l'équipe ?

Uniformisation des compétences, autonomie, esprit d'initiative.

-Pour le soignant ?

Développement des compétences – savoir-faire.

9. Quels sont les outil(s) dont disposez pour favoriser le développement des compétences du personnel de votre service ?

Formations – EPI – fiches de postes et fiche de soins – En cours : livret.

10. En quoi le développement des compétences des soignants est-il une plus-value ?

- Pour vous, cadre de santé, pourquoi

Autonomie de l'équipe, assure la continuité des soins.

- Pour eux, pourquoi ?

Responsabilisation, suscite de la motivation, mise en valeur et en avant de leurs compétences et expériences.

Je vous remercie très sincèrement pour votre disponibilité et votre participation.!

Théodora LEFEUVRE/ESM-Formations et Recherches en Soins

ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE SUR DES QUESTIONS RELATIVES AU MEMOIRE CADRE DE SANTE

Je suis étudiante Cadre de santé à l'Institut de formation des Cadres de santé- Ecole supérieure Montsouris (ESM). Je sollicite aujourd'hui votre contribution, pour répondre à ces questions dont vos réponses m'aideront à clarifier mon questionnement sur le thème de mon Mémoire de fin d'étude qui porte sur : **Le Cadre de santé et le développement des compétences du personnel soignant.**

En collaborant à répondre à ce questionnaire, vous me permettrez de mieux construire ce travail d'enquête-recherche, en le rendant plus pertinent.

Entretien Cadre de santé 2

1. Quel est votre âge et depuis combien d'année êtes-vous cadre ?

21 ans en tant qu'IDE coordinatrice et 7 ans en tant que Cadre

2. Dans quel service exercez-vous et depuis combien d'année ?

Service de chirurgie thoracique et vasculaire depuis 3 ans

3. Est-ce votre premier poste ?

Non - chirurgie thoracique pendant 4 ans

Si non quel est le nombre de poste occupés ?

1

4. Comment procédez-vous pour recruter le personnel soignant de votre établissement ?

Directrice des soins et collaboratrice qui lit les CV et reçoit les candidats. Candidatures spontanées et annonces sur des site professionnels.

5. Comment évaluer-vous les compétences individuelles et collectives des Infirmiers(ères) et Aides-soignants(es) de votre service ?

Bilan de fin de période d'essai - sur formulaire de la direction - En cours livret genre porte folio sur différentes compétences - entretien professionnel - 18 mois avec fiches de poste.

6. Comment jugez-vous lors de l'entretien d'embauche qu'une IDE ou AS a des compétences requises pour assumer sa fonction ?

L'entretien se fait par la direction des soins -

Formations obligatoires douleur, transfusion, hygiène, logiciel d'administration, prescription, une semaine d'intégration doublée.

Théodora LEFEUVRE/ ESM- Formations et Recherches en Soins

7 Selon vous, le développement des compétences du personnel soignant constitue-t-il un élément facilitateur de son intégration et/ ou de sa motivation au sein de l'équipe ?

Si OUI, pourquoi ?

Uniformiser les pratiques, cohérence du groupe.

Si NON, pourquoi ?

8. Au sein du service que vous gérez, quel management mettez-vous en œuvre pour accompagner le développement des compétences des IDE ou des AS ?

Présence d'un IDEC – Il édite les formations transversales obligatoires et institutionnelles – Les thèmes sont choisis en commun avec les autres départements du pôle thoracique, vasculaire, cardio, dialyse.

Et, en quoi cela est-il professionnalisant et nécessaire :

-Pour l'équipe ?

Uniformisation des compétences, autonomie, esprit d'initiative.

-Pour le soignant ?

Développement des compétences – savoir-faire.

9. Quels sont les outil(s) dont disposez pour favoriser le développement des compétences du personnel de votre service ?

Formations – EPI – fiches de postes et fiche de soins – En cours : livret.

10. En quoi le développement des compétences des soignants est-il une plus-value ?

- Pour vous, cadre de santé, pourquoi

Autonomie de l'équipe, assure la continuité des soins.

- Pour eux, pourquoi ?

Responsabilisation, suscite de la motivation, mise en valeur et en avant de leurs compétences et expériences.

Je vous remercie très sincèrement pour votre disponibilité et votre participation.!

Théodora LEFEUVRE/ESM-Formations et Recherches en Soins

DCS 2016-2017

Mars 2017

2

ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE SUR DES QUESTIONS RELATIVES AU MEMOIRE CADRE DE SANTE

Je suis étudiante Cadre de santé à l'Institut de formation des Cadres de santé- Ecole supérieure Montsouris (ESM). Je sollicite aujourd'hui votre contribution, pour répondre à ces questions dont vos réponses m'aideront à clarifier mon questionnement sur le thème de mon Mémoire de fin d'étude qui porte sur : **Le Cadre de santé et le développement des compétences du personnel soignant.**

En collaborant à répondre à ce questionnaire, vous me permettrez de mieux construire ce travail d'enquête-recherche, en le rendant plus pertinent.

Entretien Cadre de santé 3

1. Quel est votre âge et depuis combien d'année êtes-vous cadre ?

55 ans - 10 ans en tant que Cadre

2. Dans quel service exercez-vous et depuis combien d'année ?

Consultations stomatologie-odontologie et chirurgie maxillo-faciale

3. Est-ce votre premier poste ?

Non

Si non quel est le nombre de poste occupés ?

3

4. Comment procédez-vous pour recruter le personnel soignant de votre établissement ?

Je rencontre les candidats qui sont envoyés par le pôle – Pendant l'entretien je leurs présente le service – Je vérifie son professionnalisme et je lui demande des éclaircissements au besoin – présentation aux agents.

5. Comment évaluez-vous les compétences individuelles et collectives des Infirmiers(ères) et Aides-soignants(es) de votre service ?

Par l'observation à chaque fois que je suis à leur côté où je passe – par l'entretien annuel où je pose des questions sur les pratiques – par des services de formations institutionnels (e-learning).

6. Comment jugez-vous lors de l'entretien d'embauche qu'une IDE ou AS a des compétences requises pour assumer sa fonction ?

Par rapport aux réponses données aux questions posées par l'analyse qu'il fait d'une situation ou d'un cas que je peux lui présenter.

Théodora LEFEUVRE/ ESM- Formations et Recherches en Soins

7 Selon vous, le développement des compétences du personnel soignant constitue-t-il un élément facilitateur de son intégration et/ ou de sa motivation au sein de l'équipe ?

Si OUI, pourquoi ?

Assurance par le travail ne met pas le patient en difficulté – capacité – polyvalence ↪ facilitateur pour le fonctionnement du service.

Si NON, pourquoi ?

8. Au sein du service que vous gérez, quel management mettez-vous en œuvre pour accompagner le développement des compétences des IDE ou des AS ?

Directif : pour apprendre – Participatif : développement des compétences – Délégatif : AS chargé de logistique des IDE

Et, en quoi cela est-il professionnalisant et nécessaire :

-Pour l'équipe ?

Le cadre de santé est un organisateur du bon déroulement de l'équipe et mon mode de management peut avoir un impact : Faire attention pour ne pas trop user de mon pouvoir

-Pour le soignant ?

Collaborer avec le soignant.

9. Quels sont les outil(s) dont disposez pour favoriser le développement des compétences du personnel de votre service ?

- Mise en place des formations institutionnelles
- Formations centralisées demandés par les agents – autres besoins de formations envoyés au pôle.
- Par l'observation et le repérage des compétences.

10. En quoi le développement des compétences des soignants est-il une plus-value ?

- Pour vous, cadre de santé, pourquoi

Développement de la confiance vis-à-vis de l'équipe – Délégation.

- Pour eux, pourquoi ?

Valorisation de l'agent car l'encadrement compte sur lui. L'agent perçoit la reconnaissance mutuelle entre le cadre de santé et l'agent.

- Encouragement, valorisation, appréciation du travail de l'agent, remerciement.

Je vous remercie très sincèrement pour votre disponibilité et votre participation.!

Théodora LEFEUVRE/ESM-Formations et Recherches en Soins

ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE SUR DES QUESTIONS RELATIVES AU MEMOIRE CADRE DE SANTE

Je suis étudiante Cadre de santé à l'Institut de formation des Cadres de santé- Ecole supérieure Montsouris (ESM). Je sollicite aujourd'hui votre contribution, pour répondre à ces questions dont vos réponses m'aideront à clarifier mon questionnement sur le thème de mon Mémoire de fin d'étude qui porte sur : **Le Cadre de santé et le développement des compétences du personnel soignant.**

En collaborant à répondre à ce questionnaire, vous me permettrez de mieux construire ce travail d'enquête-recherche, en le rendant plus pertinent.

Entretien Cadre de santé 4

1.Quel est votre âge et depuis combien d'année êtes-vous cadre ?

38 ans – Depuis juin 2016

2.Dans quel service exercez-vous et depuis combien d'année ?

Unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie adulte.

3.Est-ce votre premier poste ?

oui

Si non quel est le nombre de poste occupés ?

4.Comment procédez-vous pour recruter le personnel soignant de votre établissement ?

Petites annonces sur des sites d'emploi déposées par la direction des soins – Candidatures spontanées – Tentative de recrutement d'étudiants en stage ou lors du salon infirmier.

5.Comment évaluer-vous les compétences individuelles et collectives des Infirmiers(ères) et Aides-soignants(es) de votre service ?

Observation de l'agent au sein de l'équipe pluri professionnelle – Intégration, investissement, prise d'initiatives – entretien annuel Investissement dans les formations professionnelles proposées au sein de l'établissement voire même en dehors.- Agent : force de proposition pour améliorer l'organisation de l'unité de soins.

6. Comment jugez-vous lors de l'entretien d'embauche qu'une IDE ou AS a des compétences requises pour assumer sa fonction ?

Prise en compte du CV + lettre de motivation + présentation du candidat (tenue générale , contact) – Expériences professionnelles ou lors des stages (pour les nouveaux diplômés) – Prise en compte des évaluation (porte folio) – Motivation sur le poste – Envie d'évolution professionnelle et de développement personnel et professionnel – Désir d'engagement – Positionnement au sein d'une équipe pluri professionnelle.

7 Selon vous, le développement des compétences du personnel soignant constitue-t-il un élément facilitateur de son intégration et/ ou de sa motivation au sein de l'équipe ?

Si OUI, pourquoi ?

Permet une unité de l'équipe avec un langage commun autour de la prise en charge des patients – permet l'acquisition de l'autonomie de l'équipe.

Si NON, pourquoi ?

8. Au sein du service que vous gérez, quel management mettez-vous en œuvre pour accompagner le développement des compétences des IDE ou des AS ?

Selon l'agent, peut être directif, délégatif ou participatif.

Et, en quoi cela est-il professionnalisant et nécessaire :

-Pour l'équipe ?

Cohésion de l'équipe. Meilleure dynamique de groupe.

-Pour le soignant ?

Responsabilisation, autonomisation, sentiment d'appartenance à un groupe et d'utilité – Valorisation du travail et de la personne.

9. Quels sont les outil(s) dont disposez pour favoriser le développement des compétences du personnel de votre service ?

- Formation continue – Séminaire internes à l'unité de soins organisés par le chef de pôle – Mise en place de référents hygiène, douleur, tutorat des étudiants.

10. En quoi le développement des compétences des soignants est-il une plus-value ?

- Pour vous, cadre de santé, pourquoi

Travaille avec des collaborateurs motivés – Unité de l'équipe – Travaille avec les mêmes objectifs, mais avec les spécificité de chacun : richesse de l'équipe + autonomie de l'équipe.

- Pour eux, pourquoi ?

Développement professionnel et personnel – Peut montrer autres perspectives d'évolution professionnelle – Valorisation personnelle et professionnelle – reconnaissance dans le travail.

Je vous remercie très sincèrement pour votre disponibilité et votre participation.!

ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE SUR DES QUESTIONS RELATIVES AU MEMOIRE CADRE DE SANTE

Je suis étudiante Cadre de santé à l'Institut de formation des Cadres de santé- Ecole supérieure Montsouris (ESM). Je sollicite aujourd'hui votre contribution, pour répondre à ces questions dont vos réponses m'aideront à clarifier mon questionnement sur le thème de mon Mémoire de fin d'étude qui porte sur : **Le Cadre de santé et le développement des compétences du personnel soignant.**

En collaborant à répondre à ce questionnaire, vous me permettrez de mieux construire ce travail d'enquête-recherche, en le rendant plus pertinent.

Entretien Cadre de santé 5

1. Quel est votre âge et depuis combien d'année êtes-vous cadre ?

43 ans – Depuis 9 mois

2. Dans quel service exercez-vous et depuis combien d'année ?

En service de psychiatrie.

3. Est-ce votre premier poste ?

oui

Si non quel est le nombre de poste occupés ?

4. Comment procédez-vous pour recruter le personnel soignant de votre établissement ?

C'est la direction des soins qui envoie des CV au cadre supérieur en cas de besoin. Le cadre supérieur fait les entretiens avec ou sans le cadre.

5. Comment évaluez-vous les compétences individuelles et collectives des Infirmiers(ères) et Aides-soignants(es) de votre service ?

Au jour le jour, suivant les situations – Mais aussi lors des staff lorsque l'on fait des retours d'expérience sur des situations précises – Je le fais aussi avec des questions directes.

6. Comment jugez-vous lors de l'entretien d'embauche qu'une IDE ou AS a des compétences requises pour assumer sa fonction ?

J'évalue d'abord le parcours de l'agent – je lui demande aussi ce qu'il pense avoir comme compétences.

7 Selon vous, le développement des compétences du personnel soignant constitue-t-il un élément facilitateur de son intégration et/ ou de sa motivation au sein de l'équipe ?

Si OUI, pourquoi ?

Nous avons des formations institutionnelles obligatoires pour les nouveaux – On y ajoute les formations que l'on juge utiles ou indispensables suivant l'expérience de l'agent.

Si NON, pourquoi ?

8. Au sein du service que vous gérez, quel management mettez-vous en œuvre pour accompagner le développement des compétences des IDE ou des AS ?

C'est le management par accompagnement avec en prime le tutorat par les paires de l'agent.

Et, en quoi cela est-il professionnalisant et nécessaire :

-Pour l'équipe ?

Cela facilite l'intégration du nouveau et le transfert des connaissances.

-Pour le soignant ?

Une intégration plus rapide – Une acquisition rapide des méthodes et moyens de travail.

9. Quels sont les outil(s) dont disposez pour favoriser le développement des compétences du personnel de votre service ?

Le plan de formation institutionnel.

10. En quoi le développement des compétences des soignants est-il une plus-value ?

- Pour vous, cadre de santé, pourquoi

Avec une équipe bien formée on a plus de cohésion et d'adhésion au projet du service.

- Pour eux, pourquoi ?

Ils ont plus d'assurance et savent qu'ils peuvent évoluer.

Je vous remercie très sincèrement pour votre disponibilité et votre participation.!

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE DESTINE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ : **INFIRMIERS(ERES)/AIDE- SOIGNANTS(ES)** SUR DES QUESTIONS RELATIVES AU MEMOIRE CADRE DE SANTE

Je suis étudiante Cadre de santé à l'Institut de formation des Cadres de santé- Ecole supérieure Montsouris (ESM). Je sollicite aujourd'hui votre contribution, pour répondre à ces questions dont vos réponses m'aideront à clarifier mon questionnement sur le thème de mon Mémoire de fin d'étude qui porte sur : [Le Cadre de santé et le développement des compétences du personnel soignant](#).

En répondant à ce questionnaire anonyme et confidentiel, vous m'aidez à rendre plus pertinent ce travail d'enquête-recherche. Ce questionnaire est [à rendre](#) au plus tard le [06/04/17](#).

Tableau de Présentation du personnel collaborateur de l'enquête :

Profession	Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?	Année Diplôme	Tranches d'années D'exercices	Type de structure ou vous exercez	Services occupés
<input type="radio"/> IDE <input type="radio"/> AS	<input type="radio"/> Moins de 20 ans <input type="radio"/> De 20 à 29 ans <input type="radio"/> 30 à 39 ans <input type="radio"/> De 40 à 49 ans <input type="radio"/> De 50 à 59 ans <input type="radio"/> De 60 à plus		<input type="radio"/> Moins de 5 ans <input type="radio"/> De 5 à 9 ans <input type="radio"/> De 10 à 14 ans <input type="radio"/> De 15 à 19 ans <input type="radio"/> 20 ans et plus	<input type="radio"/> Public <input type="radio"/> Espic <input type="radio"/> Privé à but lucratif <input type="radio"/> Autre	

1. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? (Indiquez le nombre d'années : ex pour 5 ans : écrire 5).....

2. Avez-vous bénéficié d'une ou des formations :

- Initiales(si formation AS ou IDE) Continues (pendant votre exercice professionnelle, exemple de formations : Incendie, douleur, hygiène...)

3. Quelle est la durée de ces formations ?

.....

4. Pensez-vous qu'elles vous ont-été utiles ? et pourquoi ?

.....

5. De quelle manière vous impliquez-vous dans les formations ?

- Demande personnelle de Formation
 Formation obligatoire, institutionnelle
 Formation dans le cadre du développement personnelle continu des compétences (DPC), pour l'évolution professionnel.

6. Quel impact cela va-t-il avoir dans votre vie professionnelle et personnelle ?.....

.....

Comment cela se traduit-il concrètement ?.....

.....

7. Qu'est-ce que la compétence pour vous ? et le développement des compétences ?

.....
.....
.....
.....

8. Comment avez-vous développé vos compétences depuis que vous êtes IDE ? A-S ?

.....
.....
.....
.....

9. Selon vous qu'apporte le développement des compétences chez les soignants ? et pourquoi ?.....

.....
.....
.....
.....

10. Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans ce processus de développement des compétences du personnel soignant ? et pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

11. Selon vous quelles actions du cadre de santé vous permettraient de développer vos compétences ?

.....
.....
.....
.....
.....

12 Le cadre de santé est-il un générateur, un moteur de développement des compétences du personnel soignant ?

Si OUI,
pourquoi ?.....

.....
.....
.....
Si NON, pourquoi ?

13. Quels sont selon vous, les éléments qui facilitent le développement des compétences ?
et pourquoi ?
.....
.....
.....
.....

14. Pensez-vous que le développement des compétences aide à :

- La motivation du personnel dans un service ?
- La revalorisation ?
- La reconnaissance ?
- L'adhésion et la cohésion au sein de l'équipe ?

15. Pensez-vous que le développement des compétences soit pour vous synonymes de :

- Professionnalisation ? D'évolution de carrière ? De responsabilisation ?
- De performance ?
- Si OUI, pourquoi ?
- Si NON, pourquoi ?

16. Si vous étiez cadre que feriez-vous pour fédérer les agents dans l'amélioration de leurs compétences ?
.....
.....
.....

17. Avez-vous des suggestions ?
.....
.....

.....
.....
Veuillez agréer tous mes remerciements pour votre participation et votre collaboration !

Annexe

Les mots clés et concepts les plus utilisés

Compétences
Reconnaissance
Motivation
Adaptation au poste de travail
Mobilité
Qualité de la prise en charge
Valorisation
Sécurité des gestes
Performance
Acquisitions des bases nécessaires
Echanges interprofessionnels
Amélioration des pratiques
Enrichissement personnel et professionnel
Remise à niveau des compétences
Diversification professionnelle
Polyvalence
Amélioration de sa confiance en soi et de son estime
Acquisition des bonnes pratiques
Evolution de carrière
Epanouissement personnel
Aptitudes
Expériences et formations professionnelles
Connaissances
Savoirs
Amélioration des Pratiques professionnelles
Amélioration de la prise en charge
Satisfaction
Assurance
Meilleure organisation
Professionalisme

Au total, nous avons recensé 30 mots et concepts les plus employés par la majorité



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

CADRE DE SANTE ET DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES DU PERSONNEL SOIGNANT

LEFEUVRE THEODORA

MOTS CLÉS

Cadre de santé -développement des compétences-personnel soignant-management-valorisation-motivation-reconnaissance- performance collective

KEY WORDS

Nurse Manager-skills development-Nursing Staff's-Management-Valuation-Motivation-Recognition, Gratitude- Collective performance

RÉSUMÉ

Le cadre de santé joue un rôle opérationnel dans l'accompagnement au développement des compétences des soignants. Cela a une vraie valeur stratégique managériale qui impacte la politique de Gestion des Ressources Humaines. En plus, cela se fait par la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (la GPEC), à partir de la cartographie des compétences. C'est un outil incontournable du management des employés. Ce qui est devenu pour le cadre de santé comme, « un cheval de bataille ». C'est une ligne directrice, une préoccupation permanente, qui lui assure des collaborateurs de qualité, avec qui il peut vivre et pratiquer un bon management.

Les résultats obtenus dans notre enquête auprès de 5 cadres de santé et de 25 soignants/ 50, nous ont permis de confirmer notre questionnement et nos hypothèses de départ. Cela réaffirme le rôle capital du cadre pour la valorisation, la motivation et la reconnaissance du personnel soignant par le développement de leurs compétences. Cela favorise la performance collective.

ABSTRACT

Nurse manager plays an operational role in the accompaniment, the skills development of the nursing. It has the real managerial strategic value which impacts on the management policy of the human resources. Moreover, it makes by the projected management of uses skills (the GPEC), from the mapping (cartography) of the skills. It is an inescapable tool of the management of the employees. What became for the Nurse Manager as a "a battle horse" ("hobby horse") It is the guideline, the permanent concern, that assure (insures) him(her) quality collaborators, with whom he can live and practise a good management.

The results obtained in our investigation with 5 Nurse Managers and 25 nursing/50, allowed us to confirm our questioning and our hypotheses of departure. It reaffirms the key role of the nurse manager for the valuation, the motivation and the gratitude of the staff looking by the development of their skills. It favors the collective performance.