



FACULTÉ
DE MÉDECINE



Master 2^{ème} année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Accompagner les cadres de santé à l'évaluation :
un levier managérial pour la reconnaissance des compétences et la
fidélisation des infirmières.

ECUE 3.2

Dominique Letourneau/Isabelle Robineau Fauchon

Marjorie LEGER
Année 2018/2019

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

SOMMAIRE

Sommaire	1
Abreviations	3
Introduction	4
1 Le contexte de l'AP-HP	6
1.1 De l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris	6
1.2 ...au GH Pitié-Salpêtrière Charles-Foix.....	7
1.3 Le pôle PRAGUES.....	7
1.4 Le turnover, un indicateur majeur de gestion des ressources humaines	9
1.5 Les facteurs du turnover infirmier.....	11
1.5.1 Des facteurs sociologiques	11
1.5.2 Des facteurs organisationnels	13
1.5.3 Des facteurs psychologiques.....	14
1.6 La perte de sens du travail	15
1.7 Du manque de reconnaissance à la perte d'estime de soi.....	16
1.8 Les conséquences du turnover.....	18
1.8.1 Des conséquences financières	19
1.8.2 Des conséquences organisationnelles.....	19
1.8.3 Des conséquences psychologiques	19
2 le rôle de l'encadrement des soins	21
2.1 L'histoire des cadres de santé, sous autorité médicale	21
2.2 Du statut de cadre à la fonction de manager	22
2.3 Les activités du cadre de santé	24
2.4 L'évaluation : de l'obligation légale à un outil de gestion des compétences	25
2.4.1 Evaluer ou contrôler	25
2.4.2 L'évaluation une obligation réglementaire.....	26
2.4.3 L'évaluation dans la réalité de l'exercice des cadres du pôle.....	27
2.4.4 Les limites de l'évaluation	28
2.5 Evaluer les compétences.....	29
2.5.1 Quelle définition de la compétence retenir	29
2.5.2 La compétence et la performance.....	31
2.5.3 La compétence individuelle dans un environnement collectif	31
2.6 Définir des objectifs	32
3 Accompagner les cadres à utiliser l'évaluation comme outil de management de proximité	33
3.1 Identifier les résistances au projet	33

3.2	Favoriser l'adhésion au projet	34
3.2.1	De la contribution à la conception	34
3.2.2	Le choix des alliés	35
3.2.3	Inciter les cadres à participer au projet	35
3.3	Mettre en œuvre un nouveau mode d'évaluation des compétences	36
3.3.1	Identifier les situations prévalentes.....	36
3.3.2	Décrire les compétences.....	36
3.4	De la conception à l'utilisation.....	37
3.4.1	L'outil d'évaluation.....	37
3.4.2	L'aide à la rédaction de l'évaluation.....	38
3.5	Mesurer la réussite du projet :	38
3.5.1	Manager les ressources humaines : faire de la GPEC.....	38
3.5.2	Fidéliser les infirmières	38
3.5.3	Développer les compétences des cadres.....	39
3.5.4	Générer un cercle vertueux.....	39
4	Conclusion.....	40
	Bibliographie.....	41
	Annexes.....	43

ABREVIATIONS

ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARACT :	Agence Régionale pour les Conditions de Travail
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DAR :	Département d'Anesthésie Réanimation
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GH :	Groupement Hospitalier
GPEC :	Gestion Prévisionnel des Emplois et des Compétences
IADE :	Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat
IBODE :	Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
PNM :	Personnel Non Médical
RH :	Ressources humaines

INTRODUCTION

La stabilité des équipes soignantes est une problématique importante depuis plusieurs années dans les hôpitaux d'Ile de France. Un des indicateurs qui permettent d'évaluer cette stabilité est le taux de turnover. L'assistance publique hôpitaux de Paris communique peu sur cet indicateur. Le site Hospidiag¹ agrège les données de tous les hôpitaux de France pour permettre un pilotage des établissements de santé à partir de données chiffrées comparatives entre établissements de même catégorie ou de même région. Lorsqu'on le consulte, on constate que, pour le groupement hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, les données du turnover ne sont pas fournies chaque année. De plus, c'est un indicateur qui est peu connu et peu utilisé par les cadres de santé. Dans le pôle PRAGUES, la situation du turnover n'est pas la même dans chaque service. Concernant le département d'anesthésie, on constate que pour certains secteurs de réanimation ce taux est particulièrement élevé et que cette tendance se confirme année après année. En effet, certaines réanimations ont renouvelé la quasi-totalité de leurs effectifs en 3 ans. Cela pose problème car, bien que les services de réanimation soient attractifs, le recrutement des infirmières devient difficile car les candidatures sont peu nombreuses. Des postes restent vacants sur certaines réanimations ce qui met les cadres de santé et les équipes soignantes en difficulté pour assurer la continuité des soins. En tant que faisant fonction de cadre supérieur responsable des ressources humaines du pôle PRAGUES, je suis directement concernée par cette problématique.

En effet, je reçois la plupart des agents qui quittent le pôle, pour la gestion administrative de leur départ. C'est à cette occasion que je demande aux soignants de faire un bilan de leur expérience du secteur qu'ils quittent et d'exprimer les raisons de leur départ. Le plus souvent ils évoquent des conditions de travail difficiles et une charge en soins lourde accentuée par les postes vacants et de l'absentéisme. Ils expriment aussi des difficultés concernant leur encadrement qui manque de disponibilité. De plus, les soignants reprochent le manque de reconnaissance de leurs compétences et du travail qu'ils fournissent.

Les causes de départ évoquées par les infirmières du pôle sont reprises dans des études. Ainsi, dès 2004, l'étude Press-Next² « *vise à comprendre les facteurs pouvant déterminer l'abandon prématuré de leur profession par les soignants.* »³. De même, en 2014 une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) s'intéresse spécifiquement au turnover du personnel infirmier en France⁴. Ainsi, les causes identifiées du turnover peuvent être d'ordre sociologique, organisationnelles et psychologique. Le manque de reconnaissance est identifié comme un des facteurs décisionnels du départ de infirmières. Les causes évoquées sont en partie à l'origine du mal être infirmier qui impacte l'ensemble de l'AP-HP. Cela provoque de nombreux départs d'infirmières qui se traduisent par la vacance de 400 postes d'infirmières à l'AP-HP⁵.

On peut alors s'interroger sur le rôle et la responsabilité de l'encadrement vis-à-vis du turnover. Mais de leur côté les cadres disent être submergés par les problèmes du quotidien et la multitude de projets et de nouvelles réglementations à mettre en place, ce qui les rend moins disponibles et les éloignent des équipes qu'ils ne connaissent plus suffisamment.

En effet, depuis une vingtaine d'années, la rationalisation des dépenses de santé se traduit par des mesures qui impactent directement l'organisation interne et les pratiques de gestion des ressources humaines à l'hôpital. De ce fait, les rôles et les missions des cadres de santé de proximité ont évolué. Les cadres de proximité se consacrent de plus en plus à des tâches gestionnaires qui les éloignent du terrain et les empêchent de voir et de reconnaître le travail des agents qu'ils gèrent. Pourtant, l'évaluation, qui est une de leurs missions, pourrait participer à répondre à la demande de reconnaissance notamment des compétences

¹ www.hospidiag.fr

² Estryn-Behar Madeleine, et al. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT Partie 1 Janvier 2004, 67p.

³ Ibid. p. 5.

⁴ Loquet Julien, Gladys Nagou, Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Novembre 2014, 28 p.

⁵ www.espaceemploiaphp.fr. Consulté le 12/05/2019.

Dans le cadre de ma fonction, je suis amenée à recruter des agents de différents métiers pour des secteurs dont les activités sont diverses. Je n'ai pas l'expertise de tous ces métiers. Pour juger des compétences des candidats je m'aide de leurs évaluations annuelles. Je suis souvent peu renseignée car ces évaluations désignent davantage des caractéristiques personnelles que des compétences. Pour donner suite à ce constat, je me suis intéressée aux évaluations réalisées dans le pôle pour m'apercevoir que les cadres faisaient eux aussi des appréciations subjectives. Je me suis alors interrogée sur la manière dont ils évaluaient les compétences de leurs agents.

C'est en organisant une réunion type « focus group »⁶ que j'ai pu sensibiliser les cadres du pôle à la notion du turnover, et c'est par un questionnaire que j'ai pu explorer leur mode d'évaluation et la relation que les cadres entretiennent avec cet exercice, pour constater que l'évaluation des compétences est un exercice délaissé par l'encadrement. J'ai ainsi pu mettre en évidence le lien de causalité entre le turnover et le manque de reconnaissance des compétences des IDE et faire l'hypothèse que :

La reconnaissance par l'évaluation des compétences est un moyen de fidéliser les infirmières.

Le sociologue Christophe Dejours semble confirmer cette théorie, il écrit « ...*la composante de la rétribution qui compte le plus n'est pas sa dimension matérielle (salaire, primes, avancement, etc.) mais sa dimension symbolique, celle qui nous fait travailler, s'exprime sous une forme majeure : la reconnaissance.* »⁷.

Dans le cadre du MASTER, j'ai choisi de construire un projet managérial dont le but est d'accompagner les cadres de proximité de réanimation à modifier leur méthode d'évaluation. L'objectif est de mieux reconnaître les compétences des infirmières dans le but de les fidéliser. C'est également un moyen d'amener l'encadrement à faire de la gestion prévisionnelle des emplois et de compétence (GPEC) et de faire évoluer leur management de proximité en les repositionnant auprès des équipes soignantes.

Après avoir décrit le groupement hospitalier et le pôle, je commencerais par l'analyse des causes et des conséquences du turnover. Puis, je traiterais du rôle du cadre en évoquant plus particulièrement la mission d'évaluation et les compétences. Enfin, je décrirais le projet en lui-même, sa conception et sa mise en œuvre jusqu'aux effets attendus.

⁶ Un focus group est une réunion qui s'organise comme une méthode de recueil d'information. Elle vise à recueillir l'opinion d'un groupe ciblé, à propos d'un concept. C'est une méthode qualitative qui permet de mieux comprendre les représentations des membres du groupe et de connaître leur opinion à partir d'un sujet donné

⁷ Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation. Edition Quae, 2003, p.51.

1 LE CONTEXTE DE L'AP-HP

L'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris est un acteur important du système de santé français qui assure 10% de l'offre hospitalière publique française. Le groupement hospitalier de la Pitié-Salpêtrière Charles-Foix est un des plus gros groupements hospitaliers de l'AP-HP notamment par sa taille et par la renommée des médecins et des chirurgiens qui y travaillent. Le département d'anesthésie réanimation (DAR) regroupe l'ensemble des structures gérées par les médecins anesthésistes réanimateurs (les consultations d'anesthésie, les réanimations chirurgicales, les salles de réveil post interventionnelles et l'anesthésie au sein des blocs opératoires). Le DAR est actuellement fragilisé par un turnover important des personnels paramédicaux, et plus particulièrement des infirmières. Comprendre les causes comme les conséquences du turnover est le préalable nécessaire pour accompagner les cadres vers des méthodes managériales favorisant la construction d'équipe stable dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge.

1.1 De l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris...

L'AP-HP est un établissement public de santé. Il gère 39 hôpitaux regroupés en 12 GH, situés à Paris, en petite couronne et en régions⁸. Contrairement aux autres centres hospitaliers de France, les GH appartenant à l'AP-HP dépendent d'un siège dirigé par un directeur général⁹. Puis, au niveau de chaque GH ce sont les instances consultatives locales (conseil exécutif, commission locale de surveillance, commission médicale d'établissement locale, comité technique d'établissement local) et une équipe de direction qui déclinent la politique de l'AP-HP pour le groupe hospitalier concerné, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier.

L'AP-HP dispose d'un budget de 7,513 milliards d'euros¹⁰ et est implantée sur un territoire qui compte près de 12 millions d'habitants. C'est le premier centre hospitalier universitaire (CHU) de la région Ile-de-France dont il est le premier employeur avec 100 000 personnes parmi lesquelles : des médecins, des chercheurs, des paramédicaux, des personnels administratifs et des ouvriers¹¹.

L'AP-HP est le principal centre de formation médicale et paramédicale en France avec 37 centres d'enseignement (instituts de formation en soins infirmiers, écoles spécialisées, institut de formation des cadres de santé). En 2017, près de 12 000 étudiants étaient en formation médicale ou paramédicale dans l'une de ces structures. L'établissement est donc en position favorable pour le recrutement notamment des personnels médicaux et paramédicaux.

En 2016, la capacité d'accueil de l'AP-HP était de 20 517 lits, ce qui représente 30 % de l'offre hospitalière publique francilienne et près de 10 % de l'offre hospitalière publique française. L'APHP offre un large panel d'activités médicales en proposant des soins aigus de médecine chirurgie obstétrique (MCO), d'oncologie, de psychiatrie, de rééducation et soins de suite, ou de services d'urgences. L'AP-HP est parfois la seule institution en France qui propose de traiter certaines maladies rares ou de pratiquer certaines interventions médicales spécifiques.

En 2017, l'activité prévue n'est pas au rendez-vous et alors que le plan global de financement pluriannuel (PGFP) prévoyait le maintien des résultats bénéficiaires des années précédentes, l'AP-HP accuse un déficit de 198 689 426 millions d'euros¹². La vente de biens immobiliers et le gel d'une partie de la masse salariale visent à redresser cette situation.

⁸ Annexe 1 : « Les hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP et les universités de rattachement ».

⁹ Annexe 2 : « Le schéma général de l'organisation de l'AP-HP ».

¹⁰ Chambre régionale des comptes, rapport d'observation définitive et sa réponse, AP-HP « Enquête sur le « personnel infirmier ». Exercices 2011 et suivants. Rendu d'observations définitive. p. 8.

¹¹ <https://www.aphp.fr/groupe-hospitaliers-de-lap-hp>. Consulté le 11/11/2018.

¹² Chambre régionale des comptes, rapport d'observation définitive et sa réponse, AP-HP « Enquête sur le « personnel infirmier » Exercices 2011 et suivants. Rendu d'observations définitive. p. 11.

C'est dans ce contexte que l'AP-HP s'oriente vers la mise en œuvre de la « Nouvelle AP-HP » définie par plus de déconcentration, plus d'autonomie et un siège recentré sur des missions stratégiques et le pilotage de l'AP-HP. Le GH Pitié Salpêtrière Charles-Foix sera ainsi regroupé avec les sites de l'est parisien : Saint Antoine, Tenon, Rothschild, La Roche Guyon et Armand Trousseau pour former AP-HP.6. Ce « supra GH » sera préfigurateur des transformations de l'APHP¹³. Les Pôles seront réorganisés en départements médicaux universitaires ou DMU, moins nombreux et recomposés suivant une logique de parcours patient ou une logique métier.

1.2 ...au GH Pitié-Salpêtrière Charles-Foix

En 1964, la Pitié fusionne avec la Salpêtrière pour former le GH Pitié-Salpêtrière, avec en 1966, la création d'une faculté de médecine associée. De nombreux investissements immobiliers en font le plus grand groupe hospitalier d'Europe avec une superficie de 33 hectares. Depuis 2011, le regroupement avec l'hôpital Charles-Foix constitue le GH Pitié Salpêtrière-Charles Foix. C'est un CHU qui remplit des missions d'enseignements de formation médicale et de recherche en plus de ses activités de soins.



Situé dans le 13^e arrondissement de Paris et à Ivry sur Seine, le GH propose une prise en charge de proximité et de spécialités. C'est un GH qui propose des prises en charge rares et complexes. Il bénéficie de ce fait d'une réputation tant nationale qu'internationale. Des sportifs comme des hommes politiques sont pris en charge dans le GH.

En 2017 le budget du GH s'élève à 900 millions d'euros. Il est doté de 2130 lits d'hospitalisation et 10450 personnes travaillent sur ses sites. En 2017, près de 940 000 patients ont été pris en charge avec notamment 134 000 passages aux urgences, 437 greffes d'organes ou encore 2230 accouchements¹⁴.

Cependant, il est à noter que le bénéfice attendu de 2017 était de 12 millions d'euros. Faute d'activité, notamment chirurgicale, il n'atteindra que 4,5 millions d'euros. De même, les évaluations de certification¹⁵ se dégradent. Certifié A en 2009 sans réserve, la Pitié-Salpêtrière Charles-Foix sera notée B avec recommandation en 2014 et C en 2018 avec obligation d'amélioration. Finalement, suite aux efforts du GH cette note sera révisée en B avec recommandation d'amélioration en mars 2019.

Le GH Pitié-Salpêtrière Charles-Foix est, comme nous l'avons vu, un gros employeur. Son turnover se situe dans la moyenne du turnover des établissements de même catégorie en France. Cependant, il y a des disparités suivant les secteurs d'activités. Certains secteurs ont un turnover très important, mettant en péril les organisations soignantes. Cela mérite que nous nous interroguions sur la place de l'encadrement dans le management et la gestion de ces situations.

1.3 Le pôle PRAGUES

La Pitié Salpêtrière Charles-Foix est un GH organisé en 11 Pôles. Sur le Site de la Pitié- Salpêtrière on compte 10 pôles, le site de Charles-Foix représente à lui seul le 11^{ème}.

¹³ « Nous » lettre des personnels de l'APHP, juillet août 2018.

¹⁴ <https://aphp.fr>, 2017 Rapport annuel complet APHP. Consulté le 27/03/2019.

¹⁵ La certification est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés. Elle apporte une appréciation, en quottant de A à E le niveau des prestations et des soins délivrés aux patients et la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements. Obligatoire, elle est mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé tous les 4 à 6 ans.

Le Pôle 3 ou pôle PRAGUES : Pneumologie Réanimation Anesthésie Gériatrie Urgences Explorations fonctionnelles Sommeil, est organisé en trois grands axes d'activités.

Le département d'anesthésie réanimation qui regroupe les secteurs d'anesthésie des 42 blocs opératoires du GH, les 4 réanimations chirurgicales et les 4 salles de surveillances post interventionnelles (SSPI), ainsi que les 2 consultations d'anesthésie.

Le secteur respiration réadaptation réanimation sommeil ou R3S, regroupe le service de réadaptation post réanimation (SRPR), l'hospitalisation de pneumologie, les soins de suite et de réadaptation (SSR) de pneumologie, le service d'explorations fonctionnelles de la respiration de l'exercice et de la dyspnée (EFRED), la réanimation médicale, et le service des pathologies du sommeil.

L'activité d'urgence regroupe : le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), l'équipe de prélèvement multi organes et de tissus (PMOT) et le service d'accueil des urgences (SAU) associées à la gériatrie aigüe qui est un de ses secteurs d'aval.

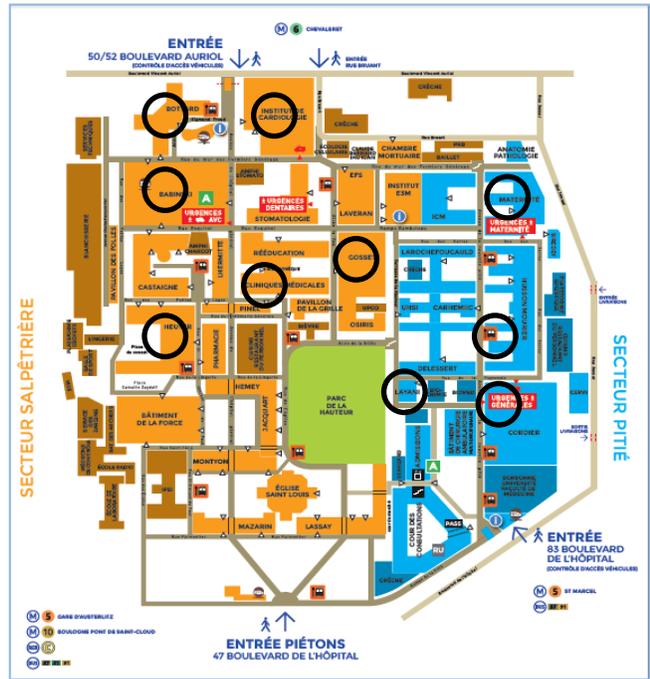


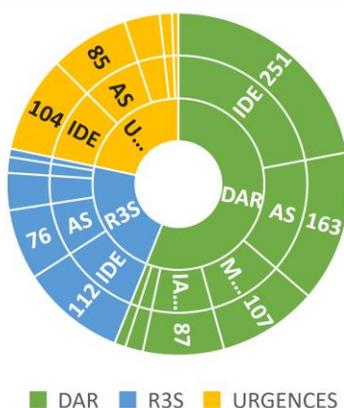
Figure 1: Localisation des différents secteurs du pôle PRAGUES sur le site de la Pitié-Salpêtrière.

En 2018, le bilan d'activité du pôle PRAGUES est bénéficiaire de 2 262 000 € de plus qu'en 2017. Ces recettes totales s'élèvent à 67 229 984 €.

Au total, 17367 patients ont été pris en charge en hospitalisation complète et plus de 47500 actes d'anesthésie ont été réalisés, ce qui représente une augmentation d'activité de près de 2,5%.

Le pôle PRAGUES est le deuxième plus gros pôle du GH en nombre de personnel non médical (PNM) il compte:

- 930 personnels paramédicaux : 467 infirmières diplômées d'Etat, 324 aides-soignantes, 7 infirmières de bloc opératoire diplômées d'état (IBODE), 87 infirmières anesthésistes diplômées d'état (IADE), 5 techniciens de laboratoire et 40 cadres de santé dont 6 cadres supérieurs ou faisant fonction de cadres supérieurs de santé.
- 50 agents : secrétaires médicales, coursiers, psychologues
- 252 médecins : 107 anesthésistes réanimateurs, 8 gériatres, 25 réanimateurs, 5 pneumologues et 30 urgentistes. Chaque semestre le pôle forme 69 internes en médecine.



Les infirmières représentent près de 50% des PNM du pôle PRAGUES, le DAR est le plus important secteur d'activité. En effet, il regroupe 54% des infirmières du pôle. Le bon fonctionnement des équipes infirmières du DAR représente donc un enjeu majeur pour le management paramédical de la structure. Maîtriser au mieux les problématiques liées à ces équipes constitue une priorité pour la fonction de gestion des ressources humaines (RH) du pôle.

Figure 2 : Répartition des catégories socioprofessionnelles du pôle PRAGUES en 2018.

1.4 Le turnover, un indicateur majeur de gestion des ressources humaines

Le terme **turnover** est un anglicisme qui vient du mot « turn » : tourner, pour l'idée de rotation, et de « over » : par-dessus, pour l'idée de remplacement¹⁶. Initialement, le terme de turnover est utilisé dans le domaine sportif où il désigne « la gestion de l'effectif par l'entraîneur qui remplace régulièrement certains joueurs d'un match sur l'autre afin de les préserver »¹⁷. On l'emploie notamment en rugby lorsque sur une phase de jeu le ballon va à l'adversaire. Cette analogie est reprise dans le domaine de l'entreprise. Dans ce cas, c'est le salarié qui passe au concurrent.

A la fin du XIXe siècle aux Etats Unis, la montée en puissance des grandes entreprises est accompagnée de la diminution de l'emploi agricole, un nombre croissant de travailleurs vont dans les usines. C'est dans ce contexte que la mesure du turnover du travail et le besoin d'en comprendre les causes ont commencé. Puis, le terme investit la sociologie du travail à partir des années 50.

Le turnover est traduit en français par « le taux de rotation agents »¹⁸ il est également appelé « taux de renouvellement du personnel »¹⁹. C'est un indicateur exprimé en pourcentage qui permet de mesurer le renouvellement des emplois sur une année.

Le turn-over dans les sociétés est un phénomène normal. En effet, la vie d'une entreprise est faite de départs et d'arrivées de salariés. Cependant, le taux de turnover est considéré comme normal tant qu'il reste bas. S'il est élevé, cela peut être le signe d'une difficulté, d'un dysfonctionnement. Les arrivées et les départs des salariés sont les deux variables qui font partie du calcul du taux de turnover. Il n'existe d'ailleurs pas de standards, de valeur normale, du turnover. C'est un indicateur qui devient intéressant pour une comparaison avec des secteurs d'activités comparables, ou pour une analyse chronologique pour un même secteur.

Il existe différentes formules pour calculer le turnover, nous retiendrons celle utilisée à l'AP-HP et proposée par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux (Anap), également utilisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans l'outil Hospidiag²⁰ :

$$[(\text{nombre de départs en N} + \text{nombre d'arrivées en N}) / 2] / \text{effectif au 1er janvier N} \times 100$$

Le nombre d'arrivées comprend les embauches en contrat à durée déterminée (CDD) comme le contrat à durée indéterminée (CDI). Cela prend également en compte les retours des personnels mis en disponibilité, les mutations depuis un autre établissement. Les départs comprennent les fins de contrat CDD et CDI, les démissions, les licenciements, les décès et les départs à la retraite.

Un taux de turnover de 0% signifie qu'aucun salarié n'est arrivé ou parti de l'entreprise au cours de la dernière année. Un taux de 100% signifie qu'il y a eu autant de postes renouvelés dans l'année qu'il y a de postes dans l'entreprise. Le turnover est un outil de gestion en ressources humaines qui indique le rythme de renouvellement des effectifs, mais c'est aussi un bon indicateur de climat social.

Un taux inférieur à 5% est l'expression d'un climat social plutôt bon avec une bonne ambiance et une bonne satisfaction du personnel. Au-delà de 15% le climat social est considéré comme plutôt mauvais. Cependant, on ne peut s'arrêter à des données quantitatives pour expliquer le turnover. En effet, il peut être influencé par l'absence de bien être, un mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie privée, un salaire jugé trop faible, des possibilités d'évolution limitées et le manque ou l'absence de reconnaissance des supérieurs hiérarchiques²¹. Un faible taux de turnover est le reflet de la fidélisation du personnel. Le taux de turn-over

¹⁶ www.journaldunet.fr. Turnover : définition, calcul, traduction. Consulté le 26/03/2019.

¹⁷ <https://books.google.fr>. Kurtz Jean-Paul. Dictionnaire Etymologique des Anglicismes et des Américanismes. Volume 3. Consulté le 26/03/2019.

¹⁸ www.fonction-publique.gouv.fr. Indicateurs de diagnostic des risques psychosociaux. Edition 2014. Consulté le 23/02/2019.

¹⁹ www.gereso.com. Péan Damien, article mis à jour le 01/01/2018. Consulté le 22/02/2019.

²⁰ www.hospidiag.atih.sante.fr. Consulté le 28/02/2019.

²¹ Estryn-Behar, Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

reste un premier indicateur d'appréciation incontournable de l'attachement des salariés. Un des avantages pour l'entreprise est alors de bénéficier d'un personnel qui a développé une certaine maîtrise de ses activités qui sont alors réalisées mieux et plus vite. Cette efficacité est bénéfique pour la performance de l'entreprise.

Toutefois, le turnover est inévitable. C'est le cas pour certains types de contrat, comme les CDD. Ils impactent le taux car ils comptent comme des départs et des entrées d'agents à chaque renouvellement de contrat. Il en est de même pour les retraités qui peuvent faire augmenter le turnover du fait d'un nombre important de départs simultanés comme lors de la fin de carrière des « baby boomer » par exemple.

En France, en 2011, une l'analyse de la direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES) indique que le turnover est plus important dans le secteur tertiaire où il atteint 62,6 %. Pour la même année, il est de 23,4 % dans le secteur de la construction et de 17,8% dans l'industrie²². Pour comparaison dans le secteur de la santé, le turnover toutes professions confondues, s'élève à 33,6% dans les cliniques privées à but lucratif, alors que ce chiffre atteint à 15,4 % pour les hôpitaux publics²³. Selon l'étude, les hôpitaux publics sont moins quittés par les infirmières que les cliniques privées car les opportunités de carrière y seraient plus nombreuses et l'évolution en interne plus accessible.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IBODE	11,8%	7,7%	7,5%	8,8%	6,7%	8,6%
IADE	10%	4%	7%	8,3%	9,7%	10,1%
IDF	15,8%	16,6%	13,7%	10,7%	11,7%	11,9%
PUER	20,0%	21,1%	16,4%	13,5%	15,1%	16,0%
total	15,5%	16,0%	13,4%	10,6%	11,6%	11,9%

Figure 3 : Evolution du turnover des infirmières et infirmières spécialisés de 2011 à 2016.

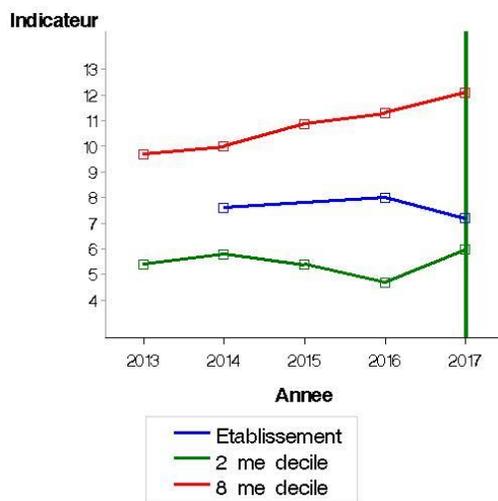


Figure 4 : Le turnover du GH Pitié- Salpêtrière Charles Foix de 2014 à 2017.

En 2017, le turnover du GH Pitié Salpêtrière Charles-Foix se situe dans la moyenne des établissements de même catégorie en France²⁴ et amorce une légère décroissance alors que les autres établissements tendent à augmenter leur turnover. Cependant, certains secteurs du GH connaissent une tout autre situation et le turnover les impactent fortement.

En effet, en comparaison avec le GH, le turnover des PNM du pôle PRAGUES est important. En ce qui concerne les infirmières, il était de 25,3% en 2016, de 24,7% en 2017 et il atteint 26,5% en 2018²⁵. Cette tendance est particulièrement marquée pour le DAR. Depuis 2016, le turnover infirmier de réanimation ne cesse de progresser et cela se confirme pour le premier trimestre 2019 (cf. figure 5 page 11). Même si le taux de turnover semble moins important, il faut prendre en compte le contexte. Les candidatures sont moins nombreuses et les demandes de départs restent importantes ce qui a pour conséquence de laisser des postes vacants. Cela réduit mécaniquement le taux de turnover car il y a moins d'arrivées que de départs. Cependant, les postes vacants qui en résultent contribuent à détériorer les conditions de travail des

²² Julien Loquet, Glawdys Nagou. Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. 2014. p. 3.

²³Ibid. p. 7.

²⁴ www.Hospidiag. Consulté le 01/03/2019.

²⁵ Chiffres du Pôle en date du 31/12/2018, communiqués par la cadre administrative du pôle.

personnels en poste. La maîtrise du turnover devient un enjeu important pour stabiliser les équipes et donner le temps nécessaire au recrutement de remplaçant afin de limiter les vacances de postes.

Depuis 2016, les situations ne sont pas semblables pour toutes les réanimations.

La réanimation polyvalente 1 a un taux qui est important mais qui reste stable.

La réanimation polyvalente 2 a quasiment renouvelé la totalité de ses effectifs en trois ans.

Toutes les autres réanimations ont un turnover qui augmente.

Cela montre qu'il existe une réelle problématique de fidélisation des infirmières pour les réanimations du DAR.

	2016	2017	2018	1 ^{er} trimestre 2019
Réanimation polyvalente1	26,6%	16,6%	23%	11,5%
Réanimation polyvalente 2	23,3%	30%	35%	6% (6 postes vacants)
Réanimation chirurgicale cardiaque	36%	29,5%	32%	15,5% (5 postes vacants)
Réanimation neurochirurgicale	8,7%	12,5%	26%	7% (3 postes vacants)

Figure 5 : Turnover infirmier des réanimations du pôle PRAGUES de 2016 à 2018.

Cette situation est suffisamment significative pour que l'on s'intéresse aux causes qui pourraient expliquer ce phénomène, ainsi qu'aux conséquences que cela induit pour les secteurs de soins. En effet, il est important de comprendre comment des services qui sont attractifs pour les infirmières ne parviennent pas à les fidéliser et subissent un turn-over important. La situation est caractéristique sur les réanimations. La prochaine étape sera de caractériser le turnover afin de dégager des axes qui me permettront d'aborder efficacement le problème et d'apporter des propositions de solutions.

1.5 Les facteurs du turnover infirmier

Pour pouvoir agir sur le turnover il faut en comprendre les causes. Madeleine Estryn-Behar est praticien hospitalier en médecine du travail à l'AP-HP. Elle s'intéresse à l'amélioration des conditions de travail à l'hôpital depuis 1973. Elle est responsable pour la France de l'étude « PRESST NEXT »²⁶. Elle a également participé à des enquêtes sur les facteurs décisifs du turnover dans la population des soignants. Ces facteurs sont de trois ordres : sociologiques, organisationnels et psychologiques.

1.5.1 Des facteurs sociologiques

Le salaire :

D'après Estryn-Behar, un salaire bas est un motif de départ dans 35,6% des cas. En effet, la rémunération est un marqueur de la reconnaissance institutionnelle et sociale de la valeur portée au métier d'infirmière. D'après les chiffres du panorama de la santé de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE)²⁷ en 2016, le salaire des infirmières était en moyenne de 2219 euros bruts par mois. Cela représente une hausse de 1% par rapport à 2015. D'après les cadres du pôle²⁸, les infirmières quittent en partie l'AP-HP pour des salaires plus attractifs proposés par les établissements privés. Mais, cela ne semble pas si flagrant. En effet, l'OCDE indique que le salaire moyen est de 2152 euros pour les salariés du public, de 2215 euros pour les salariés du privé et de 2294 pour les salariés de l'associatif. On constate effectivement une différence mais elle semble peu significative.

²⁶ L'étude PRESST signifie : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail. NEXT signifie : Nurse Early Exit Study

²⁷ Panorama de la santé 2017. Indicateur de l'OCDE rémunération du personnel de santé. pp. 168-169.

²⁸ Propos tenus lors d'une réunion type focus group menée le 17/01/2019.

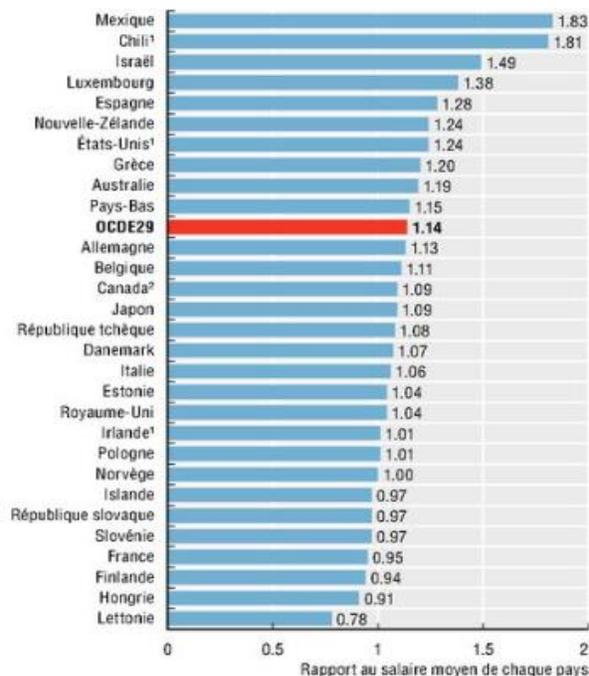


Figure 6 : Rémunération des infirmières à l'hôpital par rapport aux salaires moyens des pays de l'OCDE en 2015.

Toutefois, en termes de niveau de salaire des infirmières, en 2017, la France se place en 26^e position sur 29 des pays de l'OCDE avant la Finlande, la Hongrie et la Lettonie.

Par ailleurs, les infirmières sont rémunérées 5 % de moins que le salaire moyen national. Toujours d'après l'OCDE, le salaire et le pouvoir d'achat des infirmières françaises sont en dessous de la moyenne des pays industrialisés.

« *Le niveau de rémunération du personnel infirmier est un des facteurs qui influe sur la satisfaction et l'attrait de la profession* »²⁹.

C'est pourquoi, au vu de ce constat, on peut penser que le salaire des infirmières n'est ni un facteur de reconnaissance ni un facteur de motivation à choisir ce métier.

De plus, le coût de la vie et notamment des logements en Ile de France, et plus particulièrement à Paris, constitue un obstacle majeur à la fidélisation des infirmières dans cette région.

De plus, actuellement en ile de France, le marché de l'emploi des infirmières est favorable à ces dernières. La demande de postes à pourvoir est importante et les infirmières ont de nombreux choix concernant leurs lieux ou leurs modes d'exercice. Les secteurs qui semblent attractif comme les urgences ou les réanimations ne parviennent plus à fidéliser les professionnels car si la qualité de vie au travail ne correspond pas à leurs attentes, il n'est pas difficile de trouver un autre emploi.

L'âge :

L'âge est l'un des facteurs structurels jouant sur le turnover. Ainsi les jeunes infirmières changent plus régulièrement de poste³⁰. L'étude de Julien Loquet et de Gladys Nagou propose cette explication : « *les jeunes infirmières n'hésiteraient pas à quitter leur poste afin d'intégrer un poste avec de meilleures conditions de travail. Elles seraient également animées par la volonté de progresser et reprendraient leurs études afin d'intégrer une spécialité...* »³¹.

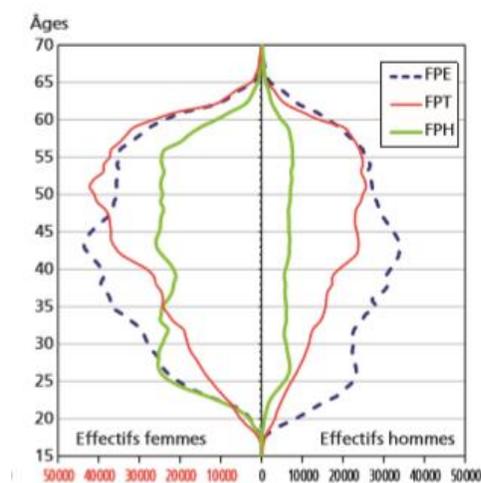


Figure 7 : la pyramide des âges des différentes fonctions publiques au 31 décembre 2015.

D'après l'INSEE, la pyramide des âges de la fonction publique hospitalière³² montre une stabilité des effectifs infirmiers de 25 à 55 ans. L'âge moyen des infirmières est de 44 ans. Cependant, les syndicats alertent les pouvoirs publics en annonçant que « *30% des nouveaux diplômés abandonnent dans les 5 ans.* »³³. Cette donnée, même si elle est à prendre avec du recul, mérite que nous y prêtions attention. En effet, pour les réanimations du DAR les infirmières ont obtenu leurs diplômes depuis 2,3 ans en moyenne.

²⁹ OCDE p.168.

³⁰ Julien Loquet, Gladys Nagou. Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. 2014. p. 12.

³¹ Ibid.

³² Ministère de l'action et des comptes publics fait et chiffres. Chiffres clé fonction de la publique 2017. Consulté le 04/05/2019.

³³ www.Syndicatinfirmer.com. Consulté le 01/03/2019.

L'évolution de carrière :

Un manque d'opportunité de développement professionnel participe pour 37,9%³⁴ au départ des infirmières. De même, un manque de promotion décide 35,6% des soignants de quitter leur poste. Les cadres du pôle expriment, d'ailleurs, la baisse d'attractivité du GH et de l'AP-HP en mettant en avant la difficulté d'accéder à la promotion professionnelle. En effet, il existe essentiellement deux possibilités pour accéder à la promotion professionnelle : soit la spécialisation (IADE ou IBODE), soit le management des soins (cadre de santé). Ces métiers sont accessibles par concours et l'AP-HP propose un financement aux infirmières qui les réussissent. Toutefois, depuis 3 ans le nombre d'agents financés diminue et une note de la direction des ressources humaines de l'AP-HP datant de 2018³⁵ informe de la limitation des conditions de financement. Ainsi, les infirmières qui sont sur liste complémentaires des concours ne sont plus financées même si elles sont finalement sélectionnées. Par ailleurs, les conditions de report se limitent au congé maternité et le nombre de places financées a drastiquement diminué. La restriction des opportunités professionnelles à l'AP-HP constitue une perte d'attractivité pour l'établissement qui peine ainsi à attirer et à fidéliser les professionnels de santé.

1.5.2 Des facteurs organisationnels

Les horaires :

Depuis une quinzaine d'années, avec notamment la mise en place des 35 heures, la profession infirmière connaît des transformations organisationnelles. La population française vieillit ce qui entraîne une augmentation des besoins de soins. De plus, les prises en charges se complexifient. Les conditions de travail de la profession infirmière imposent des contraintes aux professionnels qui l'exercent. L'organisation des horaires de travail est insatisfaisante pour 31% des infirmières³⁶. En effet, pour prendre en charge des patients en continu, il faut une présence de professionnels de jour comme de nuit, ainsi que les week-ends et les jours fériés. Les amplitudes horaires et les rythmes de travail sont variables et les journées de travail peuvent durer de 7 heures 30 jusqu'à 12 heures en horaires fixes ou alternant le matin et l'après-midi ou le jour et la nuit. Ces organisations ont des conséquences sur la vie privée et familiale des infirmières. En effet, elles peuvent avoir des difficultés à concilier leurs horaires de travail et leur vie sociale ou familiale. Les difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée sont à l'origine des départs de 32,7% des soignants. Pour une population professionnelle majoritairement féminine³⁷, ce besoin est très lié au besoin de prendre soin de ses enfants. Cela décide 32,6% des infirmières à partir.

L'absentéisme :

L'absentéisme influence également les conditions de travail. Lorsque les absences ne sont pas remplacées cela crée une charge de travail supplémentaire qui est compensée par les soignants présents. Par ailleurs, cela rend la gestion des plannings complexe. Les cadres sont amenés à faire des modifications pour garantir la continuité de la prise en charge des patients. Ainsi, les jours de repos peuvent être modifiés, parfois même supprimés. Cela accentue les difficultés d'organisation personnelle des soignants. C'est également un facteur de fatigue. En 2011, le rapport Gollac est rédigé par un collègue d'experts sur le suivi des risques psychosociaux au travail à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Son principal objectif était de mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser. Ainsi, le rapport Gollac confirme au sujet de ces risques « *ils ne résultent donc pas seulement d'un manque de temps, mais aussi du caractère insuffisamment prévisible de changements d'horaires qui viennent perturber les équilibres, notamment familiaux.* »³⁸. Poussé à l'extrême, la ressource humaine devient une variable d'ajustement qui a fait

³⁴ Estryn-Behar, Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

³⁵ Note D 2018-0974 relative à la politique institutionnelle de prise en charge des agents au titre de la promotion professionnelle : rappel du champs d'application. D 2017-5650 relative aux nouvelles prises en charges du financement de formation au titre de la promotion professionnelle 2018.

³⁶ Estryn-Behar, Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

³⁷ La DRESS estime au 01/01/2015 que la profession infirmière est exercée à 87% par des femmes.

³⁸ Askenazy Philippe, Baudelot Christian, Brochard Patrick et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport Gollac p.104.

perdre son sens au travail infirmier. L'incertitude quant au planning donne aux soignants le sentiment d'être un objet, un nom sur un planning sans prendre en compte les compétences spécifiques développées dans chaque service. Ces changements répétés de planning et d'affectation sont souvent considérés par les professionnels comme liés à un manque de personnel. Cela se retrouve dans les résultats de l'analyse du docteur Estryn-Behar : Le nombre insuffisant de personnel occasionne 41,4 % des départs³⁹.

La charge de travail :

Une enquête réalisée par l'institut de sondage ODOXA, auprès de 1 028 personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et 1 288 adhérents mutuelle nationale des hospitaliers, montre que les infirmières « *manquent de temps pour accomplir leur travail* », elles « *n'ont pas de moment de pause* »⁴⁰ ce qui génère une forte dose de stress, et le sentiment que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur. Pour 40% des soignants la pression du temps, et la dégradation des soins qui l'accompagne contribuent à leur départ. Par conséquent, une qualité de travail insatisfaisante et une surcharge de travail influencent le départ de 30% des soignants⁴¹.

La mise en place de la T2A a tendance à diminuer les durées d'hospitalisation des patients. Cette augmentation de l'activité associée à la technicité des soins liée aux progrès médicaux ont augmenté la charge de travail réelle des soignants, au sens défini par Christophe Dejours. Le concept de travail réel sera détaillé dans la partie 1.5.2.

La politique RH mise en place pour le GH propose des mesures qui visent à contrôler la masse salariale et le budget qui lui est alloué. Ainsi, les recrutements des postes « non directement liés aux soins » sont « gelés ». Autrement dit, les embauches des personnels administratifs sont reportées. Ainsi, les postes qui étaient occupés par les faisant fonction de cadres de santé (FFCS)⁴² qui entrent en formation restent vacants de septembre, qui est la date de rentrée en formation, à janvier qui correspond au début du nouvel exercice comptable. Pour les autres catégories de personnel, dont les infirmières, il y a une période de vacance de poste quasi systématique avant un recrutement. Cela permet d'économiser de nombreuses mensualités de salaires sur ces postes.

De plus, les enveloppes budgétaires allouées aux pôles pour le remplacement ont été diminuées. Ces contraintes ont des conséquences notables. Pour la première fois sur le pôle, 6 lits de réanimation ont été fermés pendant la période des fêtes de fin d'année 2018 par manque de personnel. Six postes étaient vacants sur une même réanimation en attente de l'arrivée des candidats recrutés. Cela crée des tensions au niveau de l'encadrement qui doit lisser⁴³ les plannings et les congés annuels. De plus, ces situations rendent difficiles les possibilités de permettre aux agents d'aller en formations.

1.5.3 Des facteurs psychologiques

Dans l'étude de Madeleine Estryn-Behar, parmi les motifs qui contribuent fortement à la décision des soignants de partir, il y a le manque de soutien psychologique et les attentes professionnelles non satisfaites avec respectivement 41,9 % et 41,2 % de soignants pour lesquels cela a joué⁴⁴.

D'après l'enquête ODOXA⁴⁵, les personnels soignants sont satisfaits de leur travail à 60%. Cela peut paraître beaucoup, mais à titre de comparaison, 79% des Français ayant un emploi se déclarent satisfaits de

³⁹ Estryn-Behar, Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

⁴⁰ www.Odoxa.fr. Enquête ODOXA. Carnet de Santé des Français et des personnels hospitaliers : les raisons de la colère. Publiée le 05/02/2018.

⁴¹ Estryn-Behar, Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

⁴² Les « faisant fonction » sont des personnels paramédicaux qui occupent un poste de N+1 et en assurent les missions et les responsabilités sans en avoir le statut.

⁴³ Le lissage des plannings consiste à assurer une présence homogène de soignants tous les jours de la semaine en tenant compte de l'activité.

⁴⁴ Estryn-Behar, Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants. Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

⁴⁵ Ibid.

leur travail. Les soignants sont donc moins satisfaits de leur travail que les autres professionnels de la population générale.

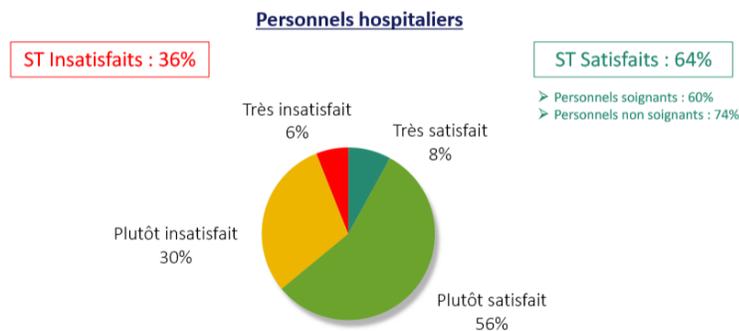


Figure 8 : Taux de satisfaction des personnels hospitaliers vis à vis de leur travail.

En ce qui concerne plus particulièrement les infirmières, la satisfaction au travail apparaît faible avec 61%. Cela semble étonnant car elles sont une des catégories de personnels les plus appréciées des patients. Cependant, les infirmières sont confrontées à la maladie et à la mort. Cette charge émotionnelle pourrait constituer un facteur de souffrance professionnelle, une difficulté supplémentaire au métier de soignant. Il semblerait néanmoins que ce soit le contraire et que « *les situations où l'on a pu soulager la souffrance ou y remédier sont constitutives de la satisfaction professionnelle et de l'identité de métier.* »⁴⁶. Ce n'est donc pas la charge émotionnelle qui rend difficile le travail des infirmières, mais davantage les conditions dans lesquelles elles l'exercent.

Un des facteurs psychologiques qui impacte le turnover est caractérisé par le sentiment, éprouvé par les infirmières, d'un décalage entre les attentes professionnelles et le quotidien dans le travail. Ce sentiment est qualifié, dans le rapport Gollac, de « *conflit de valeur* »⁴⁷ en ce qui concerne les attentes professionnelles. Ce conflit de valeur touche aux domaines qui ont de l'importance aux yeux des soignants. Le rapport Gollac en développe 3 :

- Le « *conflit éthique* » apparaît lorsque le travail que l'on fait entre en contradiction avec ses convictions personnelles ou en contradiction avec les orientations initiales de l'entreprise.
- La notion de « *qualité empêchée* » définit le sentiment des professionnels de faire un travail bâclé, qui n'est pas à la hauteur de ce qu'ils souhaiteraient faire. Que ce soit par manque de temps ou par manque de moyens cela le conduit également à être en désaccord avec ses valeurs professionnelles. La qualité empêchée participe à la difficulté de retirer de la fierté du travail réalisé et conduit le professionnel à développer une image dévalorisante de son métier.
- Le « *travail inutile* » peut paradoxalement se définir à partir de l'utilité qui fait référence à la contribution du soignant, au travail qui lui est confié. L'inutilité ressentie peut donc provenir du fait que le soignant n'adhère pas aux objectifs fixés par le secteur de soins. Il se creuse alors un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Le manque de reconnaissance du travail accompli engendre alors incompréhension et frustration.

A l'hôpital, on retrouve ces types de conflits de valeurs dans de nombreux aspects du travail soignant. Cela contribue à un mal être qui participe à la perte de sens au travail des soignants.

1.6 La perte de sens du travail

Le rapport Gollac fait état que « *le fait que le travail fasse sens pour les gens en limite les effets pathogènes.* »⁴⁸. Autrement dit, trouver un sens à son travail est fondamental. En ce qui concerne le travail des

⁴⁶ Askenazy Philippe, Baudelot Christian, Brochard Patrick et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport Gollac p.111.

⁴⁷ Ibid. pp 157-160.

⁴⁸ Ibid. p.160.

infirmières, il est loin des attendus de leur fiche de poste. Christophe Dejours décrit le travail comme étant constitué des 2 composantes, le travail prescrit et le travail réel⁴⁹.

Le travail prescrit est en fait la description de ce que doit faire l'infirmière ce qui comprend les objectifs et les tâches à mettre en œuvre au poste de travail.

Le travail réel représente ce qui permet la mise en œuvre du travail prescrit. Cela peut être : gérer du matériel qui dysfonctionne, résoudre un problème d'approvisionnement de médicament ou encore calmer une famille en colère.

Il y a d'un côté le travail prescrit, c'est-à-dire ce qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures, des directives, les fiches de postes. D'un autre côté le travail réel, ce travail invisible qui n'est ni valorisé ni reconnu mais indispensable au bon fonctionnement de l'organisation.

De ce fait, l'association du conflit de valeurs, que nous avons décrit précédemment, et de la négation du travail réel est à l'origine d'une perte de sens au travail. Les manifestations de stress ou de souffrance au travail, de plus en plus fréquentes, témoignent de cette difficulté ressentie par les soignants à supporter un travail qui ne leur permet pas d'atteindre le niveau de qualité qu'ils cherchent à obtenir. En effet, l'action des soignants prend son sens dans une volonté de prodiguer des soins de qualité correspondant à la fois aux bonnes pratiques et aux valeurs des professions paramédicales.

Dans un contexte où le travail perd de son sens, la reconnaissance est d'autant plus importante. Ainsi, selon Marc Lorient, sociologue : « *Si l'on ressent le besoin de voir le fruit de son labeur validé par autrui, c'est peut-être parce qu'il ne fait plus suffisamment sens par lui-même, que l'évidence de l'action fait défaut.* »⁵⁰. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte où le contrôle de la qualité prend une place importante dans l'organisation. Le contrôle se limite toujours au prescrit et masque les efforts consentis pour arriver au résultat attendu. Cela crée un décalage entre la réalité, les attendus et ce qui est communiqué par l'entreprise, ou l'établissement hospitalier. Plus la culture de la communication d'entreprise se développe, autrement dit ce que l'entreprise donne à voir, plus on aboutit à une incompréhension entre les travailleurs et leur hiérarchie. En effet, Christophe Dejours écrit que cela mène à « *des stratégies de mensonges qui ne trompent que ceux qui ont intérêt à être trompés.* »⁵¹. Ainsi les éléments de la démarche qualité qui s'attachent à analyser le travail réel, comme par exemple les analyses d'événements indésirables, font sens pour les professionnels. En revanche, la recherche de certification que Christophe Dejours désigne comme une « *démarche marketing* »⁵² a peu de sens pour les acteurs de terrain. En effet, la mise en œuvre et le contrôle des référentiels utilisés à ces occasions s'apparente à du travail prescrit et sont parfois éloignés de la réalité du travail des professionnels.

1.7 Du manque de reconnaissance à la perte d'estime de soi

L'analyse historique et sociologique du métier d'infirmière met en avant le besoin de reconnaissance comme participant à l'identité des professionnels du soin. Aujourd'hui encore, cette revendication reste présente. En effet, la reconnaissance d'un rôle propre⁵³ comme l'obtention d'une reconnaissance universitaire⁵⁴ ne suffit pas et ce sentiment perdure. Ainsi, comprendre les mécanismes de la reconnaissance est indispensable pour envisager des réponses adaptées au problème de turnover infirmier.

L'approche du philosophe Axel Honneth⁵⁵ propose une théorie de la reconnaissance comme un élément clé de la construction de l'identité. Il distingue ainsi 3 sphères dans lesquelles intervient la reconnaissance. Tout d'abord, la « *sphère de l'amour* » concerne le cercle restreint de l'individu, des relations amoureuses ou amicales et l'estime réciproque qui permettent le développement de **la confiance en soi**.

⁴⁹ Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation. Edition Quae, 2003, pp.12-14.

⁵⁰ Marc Lorient. Sens et reconnaissance dans le travail. Traduction d'un texte de Marc Lorient, 2011, dans le Traité de sociologie du travail. 2011, p. 43-67.

⁵¹ Ibid.

⁵² Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation. Edition Quae, 2003, pp.38.

⁵³ Code de la santé publique. Article R4311-3 Modifié par Décret n°2008-877 du 29 août 2008 définissant le rôle propre infirmier.

⁵⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

⁵⁵ Marc Lorient. Sens et reconnaissance dans le travail. Traduction d'un texte de Marc Lorient, 2011, Traité de sociologie du travail. 2011, pp.43-67.

Ensuite, la « *sphère du Droit* » permet le **respect de soi** en faisant de l'individu un sujet de droit et de devoir ce qui délimite son autonomie dans la société. Enfin, la « *sphère de l'estime sociale* » indispensable à l'**estime de soi** donne une considération sociale à l'individu.

Le déni de reconnaissance dans l'une de ces sphères peut créer un sentiment d'injustice qui mène à la perte de l'estime de soi. Le philosophe Emmanuel Renaud rajoute que l'absence de reconnaissance peut « *provoquer cette fragilisation du rapport positif à soi, couramment désignée par la catégorie de 'mal-être'* »⁵⁶.

Dans le cadre professionnel c'est la sphère de l'estime sociale qui impacte la reconnaissance au travail. Christophe Dejourns propose d'analyser la notion de reconnaissance dans le cadre de la psychodynamique du travail. Ainsi, la reconnaissance est décrite comme une « *rétribution symbolique* »⁵⁷ qui répond à la contribution de chaque agent. Elle est incontournable et nécessaire pour maintenir leur mobilisation dans le travail. Pour lui, la reconnaissance portée sur le travail est un « *jugement* »⁵⁸. Ainsi, notre identité, l'image que l'on se fait de soi, dépend du regard des autres « *le savoir que j'ai de ma propre valeur dépend d'autrui* »⁵⁹. La reconnaissance au travail se manifeste par des marques de considérations positives ou négatives. Emmanuel Renaud rajoute que « *l'image positive que nous pouvons avoir de nous-mêmes dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard* »⁶⁰.

La reconnaissance semble, de ce fait, incontournable pour la construction de l'identité professionnelle.

A l'hôpital, dans les relations de travail, les trois types d'acteurs que sont les patients, les collègues de travail et l'encadrement, peuvent jouer un rôle important en matière de reconnaissance.

Socialement le métier d'infirmière bénéficie d'une bonne image. Parmi les patients hospitalisés ou leurs proches ayant eu affaire à une infirmière, 92% sont satisfaits de la relation qu'ils ont pu établir avec elle⁶¹. La visibilité de la satisfaction d'un patient participe à donner du sens au travail et à la manifestation de la gratitude. Toutefois, on constate que les patients sont mieux informés, par les médias ou par les réseaux sociaux, ce qui complexifie la relation soignant soigné par un partage du savoir plus égalitaire, voire favorable au patient. Ils sont dans l'attente d'un service de qualité, tant dans le domaine des soins que des prestations hôtelières, ce qui les place davantage dans une situation de client. Cela participe à troubler la relation entre les infirmières et les usagers. Les soignants doivent en effet, faire face à de nombreuses demandes même concernant des domaines éloignés du soin. Cependant, la reconnaissance par les patients reste un important levier de reconnaissance pour les soignants.

La reconnaissance peut provenir des collègues, des pairs qui font le même métier dans les mêmes conditions. De fait, cette reconnaissance « *est possible grâce au partage d'un vécu professionnel commun et d'une vision commune de l'activité qui conduisent à une forme d'identité collective.* »⁶². Pour cela, il faut des moments d'échange, de confrontation de pratiques. C'est ce qui crée la cohésion, la solidarité, le sentiment d'appartenance à une équipe et l'entraide « *qui est la manifestation de la reconnaissance des membres de l'équipe entre eux.* »⁶³. Pour favoriser ces échanges, il faut pouvoir garantir une certaine stabilité dans l'équipe. Le contexte hospitalier actuel n'est pas favorable. En effet, le manque d'effectif induit par le turnover, l'absentéisme et la charge de travail qui en résulte isolent les soignants et rendent cette reconnaissance plus difficile.

La hiérarchie, à travers le cadre de proximité, a également un rôle à jouer. Christian Jouvenot, chargé de mission à l'agence régionale pour les conditions de travail (Aract), lui donne des rôles qui impactent la reconnaissance⁶⁴. Tout d'abord, le cadre de proximité garantit les conditions de travail et l'équité de la répartition de la charge de travail en mettant à disposition les moyens nécessaires. Puis, il « *est à même de connaître et de reconnaître, au fil de l'eau, la réalité du travail accompli* »⁶⁵. Il est également le représentant de

⁵⁶ Emmanuel Renault. La reconnaissance au cœur du social. Scienceshumaines.com. Consulté le 20/02/2019.

⁵⁷ Dejourns Christophe, travail usure mentale, nouvelle édition, bayard, 2000, pp. 232-238.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Emmanuel Renault. La reconnaissance au cœur du social. Scienceshumaines.com. Consulté le 20/02/2019.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Enquête ODOXA publiée le 05/02/2018.

⁶² Devin B, Jouvenot C, Loisl Florence. Du management des compétences au management du travail. Edition du réseau ANACT, 2011, pp. 253-254.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Jouvenot Christian, Pierre Christèle, La reconnaissance au cœur des démarches compétence Enjeux et repères pour l'action, Editions ANACT, juillet 2007, p.39.

⁶⁵ Ibid. p.39.

l'institution au titre de laquelle il favorise le développement des compétences, la formation et accompagne le projet professionnel des agents. « *Cet ancrage dans le travail permet d'appréhender la reconnaissance comme le résultat d'un échange tant matériel que symbolique où se trouve attestée et approuvée la capacité à agir de chacun et, par-là, confortée son identité professionnelle* »⁶⁶.

Cependant, pour certains cadres du pôle PRAGUES, avoir et montrer de la reconnaissance est difficile, car on ne leur a pas appris comment ni pourquoi le faire. Ils font alors souvent preuve de maladresse dans l'expression de la reconnaissance. Cela peut avoir des conséquences sur le ressenti de l'agent, objet de la reconnaissance, ou sur le reste de l'équipe. En effet, les manifestations de la reconnaissance jugées inappropriées, comme reconnaître positivement un agent jugé peu fiable par l'équipe, peuvent être délétères.

L'enjeu de la reconnaissance est de participer à améliorer les conditions de travail et de valoriser les individus et le collectif. Orienter la reconnaissance vers les compétences participe à la considération de l'individu en tant que professionnel pour redonner du sens au travail.

Dans le cadre professionnel, la reconnaissance ne se limite pas à la considération du mérite ou de la performance mais prend en compte « *l'investissement, l'imagination, l'engagement, l'adaptabilité, les savoir-faire, le sérieux, la sociabilité, la fidélité, les sacrifices, la vie personnelle et familiale, les contingences matérielles, morales et psychologiques dans lesquels se déroule le travail.* »⁶⁷. Autrement dit, ce qui a de l'importance pour les individus, c'est « *le contenu du travail, les conditions dans lesquelles il se réalise et le sens qu'il revêt pour les salariés.* »⁶⁸.

Sans reconnaissance, le développement de la confiance en soi, le respect de soi et l'estime de soi sont donc compromis. En plus du sentiment d'injustice que nous avons évoqué, cela « *s'apparente au sentiment de déconsidération, de mépris* »⁶⁹. De ce fait, la reconnaissance est fondamentale dans notre construction identitaire personnelle mais également professionnelle.

Quelle que soit la source de la reconnaissance, celle-ci est recherchée car elle donne du sens aux efforts fournis dans le travail et permet de conforter l'identité professionnelle et l'estime de soi.

1.8 Les conséquences du turnover

Même si spontanément le turnover a une connotation négative il s'agit d'un phénomène normal. Il est intéressant de noter que les points de vue peuvent être divergents concernant le turnover. Comme nous allons le développer, le turnover nécessite que l'on investisse du temps pour le recrutement des nouveaux collaborateurs, de l'énergie pour leur intégration et leur formation au nouvel emploi. Pour les entreprises, c'est un coût financier du fait des frais liés à l'intégration, et des frais de non-production ou de perte de productivité pendant la formation du nouveau recruté. Cependant, certaines entreprises perçoivent le turnover comme une opportunité. En effet, c'est l'occasion de recruter « *Du sang neuf, indispensable pour renouveler les compétences... des forces vives, formées à la dernière technologie de pointe ou à un mode de management différent.* »⁷⁰. L'arrivée de nouveaux employés peut permettre à l'entreprise de se remettre en question et de faire évoluer ses processus de travail, son management. L'intégration de nouveau professionnel peut lever les freins de la résistance au changement qui pouvait exister. C'est alors l'occasion de mettre en œuvre des projets avec moins de réticence de la part des différents acteurs. N'oublions pas le point de vue du salarié. Le fait de changer d'entreprise et de contexte de travail, est l'occasion pour lui de pouvoir s'intégrer à des contraintes différentes, de développer son adaptabilité, ses compétences et sa polyvalence.

De ce fait, l'objectif de maîtrise du turnover consisterait à maintenir un taux compatible avec le maintien des compétences collectives. Un taux de 15% constitue le taux maximum qu'il faut tenter de ne pas dépasser. Lorsque le turnover est important, ses conséquences sont nombreuses et délétères. Elles peuvent être regroupées en 3 catégories : financières, organisationnelles et psychologiques.

⁶⁶ ANACT, 10 questions sur la reconnaissance au travail, 2017, p.4.

⁶⁷ Maëlezig B et al, travailler au XXIe siècle des salariés en quête de reconnaissance, robert Laffont, le monde comme il va, 2015, p. 21.

⁶⁸ Ibid. p.

⁶⁹ Devin B, Jouvenot C, Loisl Florence. Du management des compétences au management du travail. Edition du réseau ANACT, 2011, pp. 247-256.

⁷⁰ www.chefdentreprise.com, le turnover un mal nécessaire, consulté le 2/03/2019.

1.8.1 Des conséquences financières

Les coûts potentiels du turn-over interviennent à différentes phases. La première est celle du coût occasionné par le départ d'un salarié jusqu'à son remplacement. Ce sont les frais de remplacement comme les heures supplémentaires et les missions d'intérim. Pour le pôle PRAGUES le nombre d'heures supplémentaires a augmenté de 8247 heures en mai 2018 à 9799 heures en mai 2019, alors que l'absentéisme est resté stable sur cette période. On peut donc attribuer une large part de cette augmentation au turnover.

La seconde phase est celle de la période d'intégration du nouveau soignant. Cette période génère à la fois des coûts de remplacement tant que l'agent n'est pas capable de tenir un poste de travail, mais aussi des coûts de formation. Un nouveau professionnel a également une productivité moindre qui peut induire des coûts supplémentaires pour l'hôpital.

Enfin, la pénurie de candidats a contraint certaines réanimations du DAR à fermer des lits au départ de plusieurs agents. Cela représente une perte financière importante pour le GH.

La maîtrise des dépenses en personnel est un levier d'action pour la direction du GH pour maintenir l'équilibre financier. Agir sur le turnover et les coûts qu'il engendre pourrait être un enjeu pour améliorer la situation budgétaire du GH.

1.8.2 Des conséquences organisationnelles

Au niveau organisationnel, le turnover doit être compensé par de nouveaux recrutements. Pour les cadres des réanimations, le turnover se traduit par une accélération des départs, et une augmentation des recrutements de nouveaux professionnels. C'est une activité chronophage pour l'encadrement qui rencontre les postulants. De plus, cela a des conséquences sur l'ancienneté des agents. Ainsi, le nombre d'infirmières diplômées depuis moins d'un an augmente significativement sur le pôle. En effet, en 2016, elles représentent 3% des recrutements. En 2017 elles sont près de 7% pour atteindre 20% en 2018⁷¹. Cela nécessite de prévoir des modalités d'intégrations adaptées avec un encadrement plus lourd et parfois plus long. Cela impacte également la charge de travail des cadres qui devront faire de nombreuses évaluations, notamment les jeunes diplômés qu'ils devront évaluer jusqu'à 4 fois dans l'année.

Le contrôle du turnover est un enjeu de stabilité de l'activité du pôle, et plus particulièrement pour les secteurs de réanimation. Ce sont des secteurs pour lesquels un nombre de soignants est défini légalement « *Au minimum, le décret prévoit 2 infirmiers pour 5 patients et un aide-soignant pour 4 patients.* »⁷². Dans un contexte où les candidatures sont rares, la diminution du turnover permettrait de se prémunir du faible recrutement pour maintenir un nombre suffisant de soignants et ainsi permettre la prise en charge des patients.

Le turnover peut aussi impacter la qualité de prise en charge des patients. En effet, la perte de compétences, due au départ d'un salarié expérimenté, engendre une perte de connaissances du secteur et de ses procédures ainsi que du savoir-faire acquis.

1.8.3 Des conséquences psychologiques

Enfin, s'il reste élevé le turnover peut s'autoalimenter. En effet, les employés qui supportent les conséquences du turnover peuvent décider à leur tour de partir. Comme nous l'avons évoqué, les postes restent vacants avant l'arrivée des nouveaux professionnels. Ce sous-effectif induit une augmentation de la charge de travail qui est absorbée par l'équipe présente qui se fatigue donc d'autant plus que le turnover est élevé. De plus, les soignants de l'équipe intègrent leurs nouveaux collègues ce qui accentue le sentiment de répétition et de fatigue.

C'est un cercle vicieux. Une entreprise avec un turnover trop élevé peut engendrer un mauvais climat social ce qui a pour conséquence d'accentuer davantage les départs et donc le turnover.

Si le turn-over est excessif, cela peut ternir l'image du secteur et parfois même lui faire perdre des candidatures. Il est fondamental pour un secteur de soins de ne pas tomber dans ce cercle vicieux. Les

⁷¹ D'après les tableaux de suivis des effectifs du pôle PRAGUES de 2016 à 2018.

⁷² Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Consulté le 01/05/2019.

conditions de travail et la bonne ambiance au sein d'une équipe sont des facteurs déterminants pour développer l'entraide et les compétences collectives. Ce sont ces conditions qui créeront un cercle vertueux : les secteurs seront alors plus attractifs et réussiront à fidéliser les personnels.

En résumé, il existe une réelle problématique de turnover pour les réanimations du pôle dont le taux de renouvellement des infirmières est très supérieur à celui du GH. Maîtriser le turnover est un enjeu majeur pour les réanimations qui, hormis les coûts des remplacements, risquent une perte de compétence de leurs équipes, ce qui remettrait en cause la qualité et la sécurité des soins. Lorsque l'on étudie les facteurs qui induisent le départ des infirmières, les marges de manœuvre des cadres semblent restreintes. En effet, les cadres de proximité ont peu de leviers d'action sur les facteurs sociaux ou les facteurs organisationnels institutionnels. Toutefois, nous avons mis en évidence que les cadres ont un rôle à jouer dans la reconnaissance des infirmières. C'est ce rôle que nous allons maintenant développer.

2 LE ROLE DE L'ENCADREMENT DES SOINS

L'évolution des métiers de cadre et d'infirmière ont une histoire étroitement liée qui montre une progressive professionnalisation. Une hiérarchie infirmière s'est progressivement mise en place avec l'apparition des surveillantes, puis des cadres infirmiers et enfin des cadres de santé. Le métier de cadre de santé a des missions de management de plus en plus larges qui les éloignent des cadres du terrain. Aujourd'hui, les cadres consacrent moins de temps aux missions de contrôle. Pourtant, le mouvement de mise en œuvre de la GPEC place l'évaluation des compétences au centre des missions de gestion des ressources humaines des cadres. On constate cependant, que l'encadrement soignant du pôle ne s'est pas approprié cette mission de manière homogène.

2.1 L'histoire des cadres de santé, sous autorité médicale

Dans le contexte hospitalier, la naissance et l'évolution du métier de cadre de santé sont étroitement liés à celui d'infirmière et ont longtemps été influencés par le pouvoir médical. Paule Bourret, docteur en sociologie, infirmière et cadre de santé formatrice en institut de formation en soins infirmier (IFSI), souligne que : « *Sans grande visibilité sociale, cette catégorie a contribué aux évolutions de l'hôpital.* »⁷³. Aujourd'hui encore, ce métier est peu connu de la population. Les origines de cette fonction remontent au Moyen âge.

A cette époque, le christianisme a une place prépondérante dans la société. Dès la création des hôpitaux, certaines sœurs ne s'occupent pas des soins mais font l'intendance et vérifient le respect des normes. Paule Bourret, cite Maillard (1986, p.8) : « *L'origine de la profession de cadre remonte aux occupations de ces religieuses ; elles contribuent à la gestion de ces lieux spécialisés dans l'enfermement des pauvres, dont traduit sans équivoque la mission carcérale* »⁷⁴. Cette fonction de gestion sera assurée par les religieuses jusqu'au XIX^e siècle. Puis, entre 1878 et 1893 intervient un mouvement de laïcisation des hôpitaux dans un contexte de séparation de l'Eglise et de l'Etat, la sécularisation de l'enseignement et le travail salarié des femmes. Les missions de l'hôpital évoluent et les progrès de la médecine, comme de l'hygiène, sont à l'origine de nouvelles exigences médicales. C'est un moment charnière qui remet en cause la place occupée par les religieuses.

A la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle, différentes approches du métier d'infirmière cohabitent et fondent la profession d'infirmière. Le modèle anglo-saxon est représenté par Florence Nightingale. Lors de la guerre de Crimée en 1854, elle organise les secours aux blessés et deviendra la directrice générale des infirmières des hôpitaux militaires. Dans différents ouvrages, elle défend la vision de l'infirmière laïque qui garde à la fois des qualités de religieuse et des compétences techniques. Sa vision défend l'expertise des infirmières dans le domaine du soin et de l'organisation. Elle ne considère pas le médecin comme un supérieur.

Au début du XX^e siècle, en France, Léonie Chaptal, issue de la haute bourgeoisie catholique, dénonce le faible niveau de formation et le recrutement insuffisant de l'AP-HP. Elle ouvre une école en 1905 qui propose une formation qui s'inspire du modèle anglais tout en établissant une morale professionnelle, issue de valeurs religieuses. Elle considère le métier d'infirmière comme complémentaire de celui du médecin. Pour Léonie Chaptal, le domaine du médecin est celui de la connaissance de la maladie, l'infirmière à la connaissance du patient. C'est dans ce contexte, que le positionnement infirmier face au médecin est débattu, et la place des religieuses est remise en question.

Ainsi, la disparition progressive des religieuses dans les hôpitaux au XIX^e siècle fait suite à un débat entre les médecins qui les défendent et les médecins favorables à la laïcité. Les religieuses sont défendues par les médecins qui reconnaissent et insistent sur leurs « *dévouement, leur honnêteté, leur engagement moral et même sur leur faible coût.* »⁷⁵. Armand Desprès, médecin chirurgien, dénonce dans des articles, les mœurs des femmes laïques et leur préfère les religieuses qui possèdent selon lui les vertus telles que l'abnégation et la générosité. Au contraire, le docteur Désiré-Magloire Bourneville, qui est également un homme politique engagé, prône le recrutement de jeunes femmes issues du milieu populaire. Dans cette perspective, il ouvre une école en 1878 et propose une éducation primaire comme l'apprentissage de la lecture et une formation

⁷³ Bourret Paule. Les cadres de santé à l'hôpital un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan, 3eme tirage, 2006, p. 11.

⁷⁴ Ibid. p. 21.

⁷⁵ Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé institution, profession et maladies. Armand Colin, 2010, p. 66.

technique sommaire. Il défend le fait que les surveillantes doivent connaître l'activité des soins et recommande qu'elles passent au préalable par tous les grades. Cela vise à conduire à une professionnalisation de l'encadrement des soins articulée autour de la science et de la connaissance des techniques médicales par opposition aux religieuses qui feraient preuve d'obscurantisme, leur foi les empêchant de comprendre et d'appliquer les nouvelles techniques d'examen médicaux et d'asepsie.

Par ailleurs, même si les médecins reconnaissent avoir besoin d'assistantes compétentes, ils redoutent la concurrence de ces femmes qui reçoivent une formation.

Ainsi, les points de vue divergent quant aux qualifications des surveillantes mais également quant à la place de l'infirmière et de ses attributions. Cependant, un point commun émerge : le positionnement par rapport aux rôles ou à l'avis médical. Le sociologue américain Eliot Freidson, écrit d'ailleurs que l'infirmière « *ne peut échapper au pouvoir des médecins tant qu'elle reste affectée aux tâches cliniques ; en devenant personnel administratif, elle y parvient.* »⁷⁶.

En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante qui est alors sous une double autorité, celle du directeur en ce qui concerne l'aspect administratif, et celle du médecin chef pour ce qui est des soins. Il n'y a pas de formation particulière et leur fonction consiste à « *contrôler le travail de soins, assurer l'intendance, surveiller le personnel et le respect des règlements* »⁷⁷.

A partir des années 1950, l'évolution de la fonction de surveillante se fait en lien avec le développement de la médecine scientifique, la généralisation de la protection sociale, et la croissance économique. Le cursus de formation et l'obtention d'un diplôme deviennent obligatoires pour les fonctions paramédicales qui sont règlementées dans le Code de la santé publique.

Dès les années 60, les infirmières tentent de se distinguer et de s'autonomiser des médecins auxquels elles restent liées pour la mise en œuvre des prescriptions et des tâches cliniques. C'est dans la fonction d'encadrement que les infirmières réussissent à se détacher du lien avec les médecins. Jusqu'en 1958, date du décret portant sur « *la création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e)* »⁷⁸, les surveillantes doivent être infirmières diplômées et sont recrutés parmi les meilleures infirmières. A partir de 1975, il existe 2 filières pour devenir surveillante, à l'ancienneté ou avoir 5 ans d'expérience et un certificat de cadre. Puis, l'arrêté du 18 août 1995 relatif au « *diplôme de cadre de santé* »⁷⁹, modifié en 2008, participe à la professionnalisation du métier.

2.2 Du statut de cadre à la fonction de manager

Il est important de redéfinir qu'être cadre est un statut, et être manager est une fonction. Ainsi, la réforme du 31 décembre 2001⁸⁰ a officialisé la dénomination de cadre de santé remplaçant le terme de surveillante jusqu'alors utilisé dans les hôpitaux. De même, en 2002, le statut de directeur des soins remplace celui d'infirmier général. Ces évolutions de dénomination ne sont pas neutres. On peut en effet, en déduire une représentation de l'éloignement des cadres par rapport à leur métier d'origine et leur rapprochement des fonctions de gestion, notamment à travers l'abandon du terme infirmier.

Dans les années 1960 les hôpitaux se modernisent et les services de soins se spécialisent. La complexification médicale et technique entraîne une nouvelle répartition du travail qui nécessite d'être coordonnée. La fonction d'encadrement connaît alors une évolution importante plus orientée vers le management des personnels. Ainsi Sophie Divay et Charles Gadea écrivent : « *Ces anciennes spécialistes du soin (les cadres) sont contraintes d'adhérer à une nouvelle définition de leur rôle professionnel, celui de manager au sein du Service public.* »⁸¹. Les missions des premières surveillantes, qui consistaient en l'intendance et la vérification du respect des normes, prennent une dimension gestionnaire qui devient plus prégnante. Cela a changé les missions des surveillantes devenues, au fur et à mesure, des cadres de santé. Cela impactera jusqu'à leur formation qui propose, en 1995, un nouveau programme qui supprime l'enseignement

⁷⁶ Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé institution, profession et maladies. Armand Colin, 2010.p. 68.

⁷⁷ Ibid. p. 30.

⁷⁸ www.legifrance.gouv.fr. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958. Consulté le 09/03/2019.

⁷⁹ www.legifrance.gouv.fr. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Consulté le 09/03/2019.

⁸⁰ www.legifrance.gouv.fr. Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

⁸¹ Divay Sophie, Gadea Charles. Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques. Les cadres de santé face à la logique managériale, CNRS, 2007, p. 8.

se rapportant aux notions médicales pour s’orienter vers un programme qui traite d’économie de la santé et de gestion.

Le répertoire des métiers de la santé et de l’autonomie de la fonction publique hospitalière définit le métier de cadre de santé comme : encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales.

Concernant les tâches attribuées aux cadres de santé, elles sont définies par deux textes. Premièrement, au niveau national, une liste d’activités est donnée par le répertoire des métiers de la santé et de l’autonomie de la fonction publique hospitalière⁸² :

- Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.
- Développer la culture du signalement et gérer les risques
- Développer les compétences individuelles et collectives.
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle

Deuxièmement, au niveau local, ce sont les fiches de poste qui fixent les activités de tous les participants de la division du travail : les cadres de santé, les cadres supérieures, ou les équipes qu’elles encadrent.

Il semble qu’il y ait des évolutions concernant les tâches effectuées par les cadres de santé. En effet, il existe une nouvelle division du travail qui est principalement liée au changement institutionnel officiel de surveillantes à cadres de santé et aux délégations du travail afférentes.

Le tableau d’Isabelle Feroni montre l’évolution des fonctions des cadres et l’évolution de leurs tâches, de 1940 à 2000. Ces transitions sont en lien avec les modifications de la formation de cadre de santé.

TABLEAU I-A. – *L’encadrement infirmier en France*

	Période traditionnelle (1940-1960)	Période de modernisation (1960-1985)	Période gestionnaire (1985-2000)
Encadrement de proximité	<i>Surveillante</i> (1943) Fonctions : – Contrôle de l’activité et des personnels d’une unité – Participation aux soins	<i>Cadre infirmier</i> (1978) Fonctions : – Contrôle de l’activité d’une unité – Animation des personnels	<i>Cadre de santé</i> (1995) Fonctions : – Contrôle direct de l’activité d’une unité/du personnel soignant – Gestion quotidienne des consommables
Encadrement intermédiaire	<i>Surveillante de pavillon</i> (dans les grands hôpitaux) Fonctions : – Contrôle de l’activité de plusieurs unités	<i>Surveillante chef</i> (grade créé en 1962) Fonctions : – Contrôle de l’activité de plusieurs unités – Planification du personnel	<i>Cadre infirmier supérieur</i> ↓ <i>Cadre supérieur de santé</i> (après 2001) Fonctions : – Régulation des flux de patients – Planification du personnel – Planification budgétaire – Fonctions transversales (qualité)
Encadrement supérieur	<i>Surveillante générale</i> (rare, dans grands hôpitaux) Fonctions : – Gestion des personnels infirmiers	<i>Infirmière générale</i> (grade créé en 1975) Fonctions : – Planification des besoins en personnels	<i>Infirmière générale adjointe</i>
Niveau directorial			<i>Directeur du service des soins infirmiers</i> (1991) ↓ <i>Directeur des soins</i> (après 2001) Fonctions : – Responsable de tous les personnels soignants (recrutement, formation) – Planification à long terme de la politique de soins

Figure 9 : l’évolution des missions de l’encadrement de 1940 à 2000.

⁸² www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr. Consulté le 01/05/2019.

En 1943, la fonction de contrôle de l'activité des personnels d'une unité est le rôle de la surveillante. Paule Bourret écrit « *la fonction consiste toujours à contrôler le travail de soins, assurer l'intendance, surveiller le personnel et le respect du règlement.* »⁸³ tout en continuant à participer aux soins. Par analogie au monde de l'entreprise, le rôle de la surveillante est alors semblable à celui des contremaitres.

En effet, au début du XIX^e siècle le modèle de l'entreprise est patriarcal et le respect des statuts, du patron comme des anciens, est important. Comme les surveillantes, les contremaitres sont alors issus du métier des agents qu'ils gèrent ce qui leur confère leur légitimité professionnelle. Emmanuel Jaffelin écrit à propos de leurs rôles : « *Le chef d'équipe est là pour surveiller, sanctionner et récompenser.* »⁸⁴. Leur rôle est aussi de « *transmettre son savoir-faire aux plus jeunes, qui seront chargés, le moment venu, de les transmettre à leur tour.* »⁸⁵. Ce compagnonnage est rendu possible par une présence constante sur le terrain, car le contremaitre est : « *Omniprésent, il surveillait l'atelier, faisait régner l'ordre, améliorait la fabrication, veillait à la qualité des produits et à la sécurité des ouvriers.* »⁸⁶. Dans le tableau d'Isabelle Feroni, on peut voir que c'est à partir des années 1960 que la fonction de contrôle du cadre a évolué pour s'intéresser à l'activité d'une unité et non plus seulement à son personnel. « *Parallèlement, la maîtrise médico-économique des activités hospitalières entraîne l'évolution gestionnaire de la fonction de cadre, confirmant le processus d'éloignement des activités cliniques.* »⁸⁷. C'est une première rupture dans le rôle de l'encadrement de proximité qui se confirmera avec le programme de formation de 1995. C'est cette évolution qui va conduire les cadres de santé à devenir des managers.

En 1995, la création du corps des cadres de santé accompagne cette évolution vers un rôle de manager et traduit la concrétisation d'une évolution de l'hôpital, induite dans les années 1990, vers un modèle d'entreprise.

Aujourd'hui, les cadres de santé représentent l'encadrement dit de proximité des soignants. Leur rôle est déterminant pour la gestion des secteurs de soins en gérant les aléas du quotidien. Les cadres sont très sollicités par de multiples démarches institutionnelles qu'ils doivent mettre en œuvre. Ces démarches sont particulièrement chronophages et sont réalisées au détriment d'autres missions et particulièrement le contrôle et l'évaluation des soins. Autrement dit, les changements de rôle des cadres et leurs charges de travail les ont éloignés des secteurs de soins et des équipes soignantes. Comme nous le développerons plus tard, cela impacte l'activité des cadres et particulièrement les évaluations et la possibilité de reconnaître les agents.

2.3 Les activités du cadre de santé

Dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, le métier de cadre de santé est défini par différentes missions dont celle de « *développer les compétences individuelles et collectives* »⁸⁸. Une de ses activités consiste en l'« *encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels* », et il doit être capable de mobiliser « *évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs* » ainsi que « *Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles* » « *Piloter, animer, communiquer, motiver une ou plusieurs équipes* » « *Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation* ». L'évaluation et le développement des compétences sont donc bien identifiés comme des missions attribuées aux cadres.

L'évaluation des compétences est la première étape de la démarche de GPEC que l'on peut définir ainsi : « *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une méthode pour adapter – à court et moyen termes – les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues de la stratégie des entreprises et des modifications de leurs environnements économique, technologique, social et juridique.* »⁸⁹. La direction

⁸³ Bourret Paule, les cadres de santé à l'hôpital un travail de lien invisible, Edition Seli Arslan, 3eme tirage, 2006, p. 30.

⁸⁴ Ollivier Daniel. Tout pour réussir dans le métier de : manager. Eyrolle, 2016, p. 6.

⁸⁵ Ibid. p. 4.

⁸⁶ Jaffelin Emmanuel. Éloge de la gentillesse en entreprise.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales, consulté le 18/04/2019.

⁸⁹ travail.emploi.gouv.fr Définition de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Publié le 07/04/2014. Consulté le 10/05/2019.

des ressources humaines du groupe hospitalier a mis en marche depuis plusieurs années la démarche de GPEC. Le projet d'accompagnement des cadres dans l'évaluation de compétences s'inscrit dans cette démarche.

2.4 L'évaluation : de l'obligation légale à un outil de gestion des compétences.

A l'AP-HP, l'évaluation est une pratique managériale clairement définie qui est sous-tendue par des textes légaux. Comme nous l'avons vu précédemment, l'évaluation est une des missions des cadres de santé de proximité. En explorant les pratiques d'évaluation des cadres des réanimations, ainsi que leurs représentations, il est possible de faire les premiers constats qui justifient notre action. Toutefois, si l'évaluation est un outil managérial qui permet d'insuffler une dynamique d'équipe, il faut rester prudent quant à son utilisation qui peut être délétère.

2.4.1 Evaluer ou contrôler

Si on regarde la définition du verbe évaluer, proposée par le dictionnaire Le Robert, elle consiste à « *porter un jugement sur la valeur, le prix de...* »⁹⁰. D'après Vincent de Gaulejac, professeur de sociologie à Paris VII, « *L'évaluation est un outil pour sortir d'une vision purement subjective et rentrer dans une vision analytique des situations.* »⁹¹. Autrement dit, évaluer c'est comparer des valeurs entre elles, à partir d'un outil de mesure, pour faire un état des lieux, pour comprendre les situations dans le but de prendre une décision.

Cependant, dans notre inconscient collectif, le terme d'évaluation est généralement associé à une connotation négative. En effet, l'évaluation ramène au domaine scolaire où l'évaluation est rattachée à une note, reflet plus ou moins objectif du professeur. Ainsi, Annabel Beaupied, auteur d'un ouvrage sur l'évaluation par les compétences, écrit « *Soucieux (les parents) du niveau scolaire de leur enfant et de son avenir, ils sont très attentifs aux notes, appréciations et classement de leur enfant. Ils ont ainsi tendance à penser que tout ce qui n'est pas noté n'a pas de valeur. Ainsi perdure notre rôle de contrôleur.* »⁹². Être évalué peut ramener au vécu scolaire et à la représentation de l'évaluation qui se confond alors parfois avec celle du contrôle.

Jacques Ardoïno et Guy Berger, tous les deux professeurs en science de l'éducation, clarifient les notions d'évaluation et de contrôle en écrivant : « *... contrôler consiste à mesurer les écarts et les variations entre un référent et un référent constant sinon immuable, puisqu'il sert d'étalon permanent. Au contraire, l'évaluation, en ce qu'elle pose la question du sens, consiste essentiellement à produire, à construire, à créer un référent en même temps qu'elle s'y rapporte* »⁹³. Cette définition nous permet de donner une autre dimension à l'évaluation. Elle ne se limite pas à constater des écarts par rapport à un référentiel de compétences. L'évaluation des compétences est un outil qui permet de faire des constats, de proposer des axes de progression, de formuler des objectifs, de donner des moyens et d'évaluer les résultats attendus. Christophe Dejours, fondateur de la psychodynamique du travail, écrit « *A l'issue d'un travail, l'évaluation passe en général pour une opération allant de soi.* »⁹⁴. Chacun est donc dans l'attente d'être évalué régulièrement sur son travail.

L'évaluation donne au cadre la possibilité de se positionner en tant qu'accompagnant du soignant dans la compréhension de ses actions. Elle lui apporte la connaissance des compétences des agents qu'il manage. C'est à partir de ce constat que l'on peut commencer à faire de la GPEC. L'évaluation est la seule chose que le cadre ne peut pas déléguer. Ce n'est pas le contrôle mais cela lui est étroitement lié. L'objectif est d'analyser, de corriger et de valoriser les activités des professionnels. Il existe une véritable attente de ces derniers dans la perspective d'obtenir de la reconnaissance. Christophe Dejours écrit d'ailleurs « *... la plupart*

⁹⁰ Le Robert pour tous, dictionnaire de la langue française, p. 429.

⁹¹ De Gaulejac Vincent. De la mesure en tout ! Evaluation et développement social, Les annales de la recherche urbaine, N°47, 1990, Evaluation et recherche. p 121.

⁹² Beaupied, Annabel. L'évaluation par les compétences, Idées économiques et sociales. vol. 155, no. 1, 2009, pp. 71-77.

⁹³ Ardoïno Jacques, Berger Guy, L'évaluation comme interprétation, dossier différencier l'évaluation du contrôle, 1986, n°107, pp. 120-127.

⁹⁴ Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation, édition Quae, 2003, p. 9.

de ceux qui travaillent la (l'évaluation) souhaitent.»⁹⁵. L'enjeu est aujourd'hui de fidéliser les talents dans une logique plus participative, de maintenir le niveau de motivation des agents pour développer leur engagement et leur implication, les accompagner dans le développement de leurs compétences

2.4.2 L'évaluation une obligation réglementaire

C'est dans la deuxième moitié du XX^e siècle que l'évaluation des salariés se formalise massivement en Europe. Dans un premier temps, elle est appliquée aux cadres des grandes entreprises comme les banques et les assurances. Aujourd'hui, elle a gagné l'ensemble du monde du travail, et en France, elle est aussi bien utilisée dans le secteur privé que dans le secteur public. Le principe de la qualité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles est réglementé en France par la loi n° 91.748 du 31 juillet 1991⁹⁶ portant réforme hospitalière et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Depuis 1946, la fonction publique utilisait la méthode de la notation pour évaluer le travail de chaque agent au cours de l'année écoulée. Chiffrée de 0 à 20, la note servait essentiellement à apprécier la manière de servir de l'agent. Ainsi les propositions d'avancement pouvaient être laissées à la subjectivité de la hiérarchie. Ce système s'est peu à peu vidé de son sens avec la généralisation de la progression automatique du point annuel de la note.

Partant du constat que cette procédure ne permettait pas de mesurer objectivement la valeur professionnelle des agents, l'entretien d'évaluation est proposé, par le décret n° 2002-682 du 29 avril 2002, comme complément à la notation des fonctionnaires de l'État. Puis, la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 « *relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique* »⁹⁷, généralise l'entretien professionnel à l'ensemble de la fonction publique de l'État.

Le Décret 2010-1153 du 29 septembre 2010⁹⁸, portant sur l'entretien professionnel et la reconnaissance de la valeur professionnelle, est complété par l'arrêté du 29 septembre 2010 « *relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents de la fonction publique hospitalière* »⁹⁹, qui en précise les modalités. L'objectif est alors de proposer un système d'appréciation de la valeur professionnelle des agents plus juste et plus rigoureux que la notation.

Ainsi, l'entretien professionnel a pour ambition ; de garantir aux fonctionnaires un entretien annuel individuel avec son supérieur hiérarchique direct et de dresser un bilan de l'année écoulée afin d'identifier les objectifs de l'année à venir.

L'entretien professionnel des agents porte principalement sur 7 critères d'évaluation qui ont été prédéterminés, pour prévenir les trop grandes divergences dans les appréciations :

- les résultats professionnels en regard des objectifs fixés
- les objectifs pour l'année à venir
- la manière de servir
- les compétences acquises
- les aptitudes à l'encadrement
- les besoins de formation
- les perspectives d'évolution professionnelle.

Le compte rendu de l'entretien professionnel est établi et signé par le supérieur hiérarchique direct de l'agent. Il comporte une appréciation générale exprimant la valeur professionnelle de l'agent. Le compte rendu est visé par l'autorité investie du pouvoir de nomination (la direction des soins) qui le complète éventuellement de ses observations. Ce compte rendu est notifié à l'agent, qui le signe, pour attester qu'il en a pris connaissance. Il peut s'il l'estime nécessaire le compléter de ses observations. Il est ensuite retransmis à l'autorité investie du pouvoir de nomination et il est ajouté au dossier de l'agent.

⁹⁵ Ibid. p. 49.

⁹⁶ [www.legifrance](http://www.legifrance.gouv.fr) consulté le 01/05/2019.

⁹⁷ www.legifrance.gouv.fr consulté le 9/02/2019.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

Depuis 2012, c'est la circulaire N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012, à l'origine de « *la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière* »¹⁰⁰, qui est actuellement en vigueur pour les évaluations de l'AP-HP.

Le but de ces lois successives est de mettre en place à l'AP-HP une politique qui permettrait à chaque acteur de s'inscrire dans une dynamique de « *gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et de dynamisation du management de gestion des ressources humaines au service de l'amélioration continue de l'offre de soins* »¹⁰¹. On pouvait alors penser que l'avancement ne serait plus uniquement lié à l'ancienneté. Désormais, pour les avancements d'échelon et de grade, on devrait se fier à la valeur professionnelle de l'agent rédigée dans le « compte-rendu » de l'entretien. Mais qu'en est-il en réalité ?

2.4.3 L'évaluation dans la réalité de l'exercice des cadres du pôle

Dans le pôle, les cadres réalisent des évaluations régulièrement. En considérant, le turnover des infirmières, le nombre d'évaluations réalisées par chaque cadre en 2018 atteint 55 évaluations¹⁰². Cela s'explique car, dans le pôle, chaque nouvelle infirmière recrutée bénéficie d'un mois d'intégration. Cette première période donne systématiquement lieu à une évaluation dont le but est d'identifier le plus tôt possible les difficultés, voire les insuffisances professionnelles des infirmières afin de les accompagner ou de les réorienter vers un autre poste. De plus, statutairement, les infirmières nouvellement recrutées sont stagiaires pendant un an. Cette « *période probatoire* »¹⁰³ est ponctuée de 2 évaluations obligatoires, une première à 5 mois puis une seconde au bout de 10 mois. Lorsque ces 2 évaluations sont « favorables à la titularisation », l'infirmière obtient le statut de fonctionnaire titulaire de la fonction publique hospitalière¹⁰⁴. Enfin, chaque année les agents bénéficient de l'entretien annuel d'évaluation des compétences. Au total, une infirmière peut être évaluée 4 fois pendant sa première année d'exercice. Par la suite, elle ne sera plus évaluée en dehors de l'entretien annuel d'évaluation des compétences. Finalement, les cadres sont amenés à faire de nombreuses évaluations tout au long de l'année. Il semble alors intéressant d'étudier la méthodologie de cet exercice qu'ils pratiquent régulièrement.

Les principes de l'évaluation sont très codifiés et réglementaires. Il est essentiel de comprendre comment les cadres procèdent, quel intérêt, quelle utilisation, quel sens ils donnent à l'évaluation. Dans ce projet, j'ai cherché à répondre à ces questions pour identifier les freins comme les leviers d'action pour améliorer la pratique des cadres de santé. Pour connaître ces pratiques, j'ai organisé une réunion type « focus group » ce qui m'a permis d'échanger avec les cadres à propos du sens qu'ils donnent aux entretiens d'évaluation. J'ai également élaboré un questionnaire afin d'explorer et évaluer les rapports que les cadres entretiennent avec la pratique de l'évaluation¹⁰⁵.

Pour réaliser ce questionnaire qui compte 20 questions, j'ai utilisé une application en ligne. J'ai sollicité 15 cadres, 9 ont répondu au questionnaire soit 60% d'entre eux. Tous les cadres qui ont répondu au questionnaire, déclarent que les évaluations se passent bien. Ils accordent en générale 30 minutes à chaque agent, mais tous reconnaissent que ce temps est variable. Ils expliquent que cette variation va plutôt dans le sens de l'allongement de l'entretien. D'après les réponses cela s'explique par le fait que les agents ont besoin de parler. L'entretien d'évaluation prend alors davantage la tournure d'une discussion.

On peut se questionner quant à la perception des cadres de l'utilité de l'évaluation dans leur management. En effet, bien que 100% des cadres reconnaissent une utilité à l'évaluation des compétences pour l'agent, seulement 62% pensent que cela leur est utile. Cela complète ce qu'ils ont exprimé à savoir qu'une bonne évaluation n'apportera aucune gratification particulière à l'agent. A l'inverse une mauvaise évaluation n'aura pas de conséquence négative pour l'embauche ou de la titularisation. Ce constat traduit une perte de confiance de l'encadrement vis-à-vis de leur hiérarchie et en particulier les ressources humaines ce qui rendrait l'exercice de l'évaluation inutile. Cela rejoint la notion de travail utile que nous avons déjà évoquée. Pour l'encadrement les évaluations ne permettent pas d'atteindre les effets avancés par l'institution, elles perdent alors leur sens. De ce fait, s'ils n'en retirent que peu d'utilité, on peut se demander ce qui motive les

¹⁰⁰ www.legifrance.gouv.fr consulté le 10/02/2019.

¹⁰¹ Circulaire N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012. Consulté le 01/05/2019.

¹⁰² Chiffres 2018 du pôle PRAGUES.

¹⁰³ www.service-public.fr. Fonction publique : stage et titularisation. Consulté le 16/02/2019.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Annexe 4 : « Questionnaire : outils d'évaluation des pratiques d'évaluation des cadres de proximité du pôle PRAGUES ».

cadres à réaliser les évaluations. Lorsque nous avons abordé cette question en réunion la réponse du plus grand nombre a confirmé qu'il s'agissait avant tout d'une obligation institutionnelle.

Aux questions posées concernant les objectifs, les réponses sont variées. Parmi les objectifs formulés par les cadres, c'est l'investissement dans une thématique institutionnelle qui est en tête, puis le développement des compétences à égalité avec la réalisation d'un projet professionnel. Pourtant, il est à noter, que dans les faits, rares sont les évaluations dans lesquelles on retrouve la formulation d'objectifs. Cela paraît donc contradictoire avec la réponse dans laquelle ils déclarent suivre et évaluer les objectifs des soignants jusqu'à plusieurs fois par an.

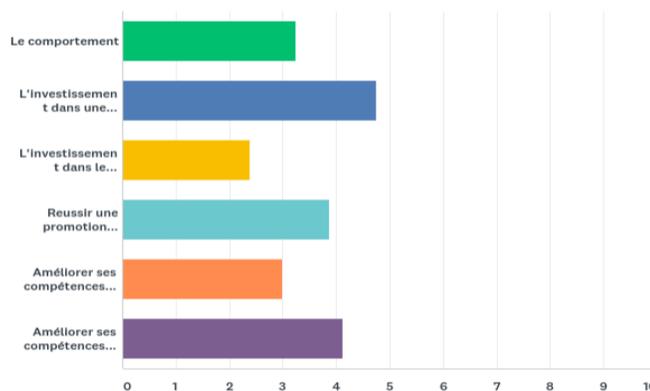


Figure 10: Réponses à la question n°8 : Classez les objectifs selon leur importance de 1 à 6.

D'après le questionnaire, 50% des cadres du pôle déclarent connaître une situation prévalente sur leur secteur. Les situations prévalentes sont des situations fréquentes et généralement complexes dans un secteur de soins. C'est la maîtrise de ces situations qui définit en partie le niveau de compétence des agents. Maîtriser les situations prévalentes sous-entend que des situations plus simples le sont également. Le fait que les cadres n'aient pas identifié de situations prévalentes dans 60% des cas pose la question des situations à partir desquelles les agents de leurs secteurs sont évalués, mais aussi la connaissance de l'activité de leur service. De plus, lorsque l'on explore le mode d'intégration des nouvelles infirmières, seulement 40% des cadres pensent qu'il faut confronter les agents aux situations complexes dès leur arrivée. Dans un contexte de turnover significatif, il semble pourtant impératif de former au plus tôt les nouveaux professionnels qui ne pourront peut-être pas bénéficier longtemps de la pratique des autres agents plus expérimentés. Il est également intéressant de constater que l'observation est selon les cadres leur premier mode d'évaluation. Cela est en contradiction avec les déclarations des agents qui reprochent à leur encadrement de ne pas être suffisamment présent sur les lieux de soins.

Les réponses au questionnaire sont plutôt hétérogènes. Cela démontre une diversité de pratique de l'évaluation qui ne correspond pas aux attendus de cet exercice. Au vu de ces résultats on peut en déduire que l'évaluation prend davantage la forme d'un entretien, d'un échange professionnel. Au mieux, l'évaluation est devenue une formalité, au pire c'est un outil de recadrage, ou encore un des seuls moments d'échange de l'année. De ce fait, les cadres ne peuvent pas utiliser l'évaluation comme un outil managérial. Il y a une erreur sémantique, cet exercice n'est pas une évaluation des compétences mais il se résume à un simple entretien. Dans l'état actuel des choses, l'entretien d'évaluation ne peut pas être un levier managérial pour faire de la GPEC.

Il n'y a pas de la part des cadres d'observation, de confrontation de la pratique courante à des référentiels car au quotidien ils ne sont pas suffisamment dans les secteurs de soins. De ce fait, on ne peut pas dire que cet échange est une évaluation. Ce constat rejoint celui de Vincent De Gaulejac qui écrit que « *Dans la plupart des organisations publiques, les règles de recrutement, de promotions, de mutation, fonctionnent selon une logique déconnectée de l'évaluation des résultats du travail effectué ou de la qualité du service rendu* »¹⁰⁶.

2.4.4 Les limites de l'évaluation

L'évaluation est au centre des pratiques managériales. A la lumière de la psychologie du travail, Christophe Dejours ne conteste pas l'évaluation qui selon lui « ... porte en elle la possibilité de donner un retour à celui qui travaille sur l'utilité et la qualité de ce qu'il donne de lui-même... »¹⁰⁷. Cependant, il identifie

¹⁰⁶ De Gaulejac Vincent. De la mesure en tout ! Evaluation et développement social, Les annales de la recherche urbaine. N°47, 1990, Evaluation et recherche, p. 119.

¹⁰⁷ Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation. Edition Quae, 2003, p.49.

des limites à l'évaluation qui se heurtent à « *l'épreuve du réel* »¹⁰⁸. En effet, il questionne certains fondements de l'évaluation qui remettent en causes sa construction et son utilisation. Christophe Dejourns rappelle ainsi qu'il est important d'identifier ce qui doit être évalué. En effet, selon lui, « *L'essentiel du travail ne se voit pas et ne s'observe pas.* »¹⁰⁹. Il met ici en évidence l'écart entre travail réel et travail prescrit. Le travail réel est caractérisé par l'imprévisible et est invisible puisqu'il est le reflet de l'adaptabilité de l'agents face aux différents problèmes qui s'imposent à lui. Le travail prescrit quant à lui représente les tâches dont la réalisation est demandée par la hiérarchie (fiches de postes, procédures, objectifs). Christophe Dejourns dit : « *quelles que soient les méthodes utilisées, le travail effectif ne pourra jamais être intégralement rendu à la visibilité.* »¹¹⁰. De fait, le travail réel ne peut être ni anticipé ni prévu sur des grilles d'évaluations. Autrement dit, l'évaluation des compétences n'est pas l'évaluation du travail.

La représentation langagière du travail est un élément fondateur de l'évaluation. La description gestionnaire du travail par l'encadrement ou les évaluateurs est dénoncée par Christophe Dejourns. Il rappelle que la description gestionnaire qui s'oppose à la description subjective du travail, creuse un fossé de compréhension sur ce qui est évalué et sur les objectifs attendus. Il est de ce fait, fondamental d'avoir un langage commun mais également de connaître le travail que l'on évalue. C'est ce qui participe à légitimer la place de l'évaluateur. Dans le contexte actuel, on peut se poser la question de la légitimité des cadres à évaluer les agents. En effet, le rôle de gestionnaires les a éloignés des secteurs de soins, dont ils méconnaissent l'activité. L'évaluation comporte alors un biais : elle risque d'être arbitraire, ce qui peut avoir des conséquences sur la santé des agents. De plus, même si l'évaluation est un moment d'échange entre le cadre et le soignant, c'est aussi le moment de faire un bilan sur l'activité de l'année. Sans suivi continu, le manque de visibilité laisse la place à l'anxiété, le stress de ne pas répondre aux attentes du cadre, du pôle de l'établissement. Ce sentiment peut être majoré par l'autoévaluation, exercice à l'occasion duquel l'agent peut se rendre compte qu'il ne possède pas les compétences attendues. Cela participe au sentiment de dévalorisation et au stress de l'entretiens avec le cadre.

Le sociologue Vincent de Gaulejac dénonce également une dérive et dit : « *Dans le monde tayloriste, l'entreprise exerçait une contrainte sur les corps, notamment dans le secteur industriel, mais elle se fichait de savoir ce que les ouvriers avaient dans la tête. Avec la révolution managériale, le schéma est très différent : l'entreprise sollicite maintenant l'imaginaire de ses salariés. Ils doivent s'identifier aux objectifs de l'entreprise et adhérer à ses valeurs. L'entreprise ne se contente pas de mesurer en permanence ce que vous faites : elle évalue aussi ce que vous êtes.* »¹¹¹. Selon lui, cela met les soignants dans une position inconfortable qui génère des réactions négatives car au-delà de leur travail c'est leur individualité en tant que personne qui est jugée.

2.5 Evaluer les compétences

2.5.1 Quelle définition de la compétence retenir

Différentes sciences comme l'ergonomie, la psychologie ou la sociologie ont exploré la notion de compétence. Cependant, en ce qui concerne le management « *C'est dans le domaine de la gestion des ressources humaines que la compétence s'est imposée comme concept central pour penser l'adéquation homme-emploi, pour ajuster les ressources aux besoins des organisations* »¹¹² (Fernagu Oudet et Batal 2016). Après avoir différencié la qualification de la compétence, nous analyserons les théories de Guy Le Boterf, docteur en sociologie, et celle de Francis Minet, ancien responsable de formation en entreprise et consultant. Ils nous donnent leur définition de la compétence qui me semble adaptée dans le cadre de l'évaluation des paramédicaux à l'hôpital.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid. p.18.

¹¹⁰ Ibid. p. 29.

¹¹¹ Chemin Anne. L'entreprise, machine à évaluer. Journal le Monde Publié le 14 mars 2013.

¹¹² Fernagu Oudet S, Batal C. Révolution du management des ressources humaines, des compétences aux capacités, Septentrion. Paris 2016, p. 20.

Depuis les années 1960, la compétence se substitue à la notion de qualification qui définit un niveau de formation. Alan Muller et Itziar Plazola Giger, tous deux chargé d'enseignement à l'Université de Genève écrivent « *La qualification est le résultat d'un apprentissage de type scolaire débouchant sur un diplôme professionnel, garant social légitimant l'accès à un poste de travail* »¹¹³. Guy Le Boterf distingue sans les opposer : la qualification « *qui pourrait inclure l'ensemble des savoirs professionnels et généraux sanctionnés par un diplôme ou un titre* »¹¹⁴ de la compétence « *qui refléterais le degré de maîtrise ou de professionnalisme qu'il manifeste dans l'exercice de ses fonctions* »¹¹⁵. Autrement dit, la qualification précède la compétence qui se développe dans l'environnement professionnel.

Jusque dans les années 90, Guy Le Boterf proposait de définir la compétence comme une somme de : savoir, savoir-faire et savoir être. Cependant, si le savoir-faire en situation se limite à exécuter une prescription ou à appliquer des instructions, on risque de confondre la compétence avec l'activité. De même, dans un environnement dans lequel il est nécessaire de faire preuve d'initiatives et être polyvalent, c'est le savoir agir qui est la compétence indispensable. La définition de la compétence dépend, de ce fait, des organisations et des situations de travail. Guy Le Boterf confirme que « *les organisations ont besoin de pouvoir utiliser un concept en accord avec l'évolution des contextes et des organisations du travail.* »¹¹⁶. En effet, le concept de compétence renvoie à la notion d'agir avec compétence. Il s'agit de la capacité à exécuter efficacement des tâches dans un contexte professionnel parfois mouvant et souvent rempli d'imprévus. La compétence devient alors à la fois un « savoir agir » et un « savoir combiner »¹¹⁷, c'est-à-dire savoir à la fois mobiliser un savoir-faire dans un contexte donné, et savoir combiner différentes compétences pour résoudre des situations complexes. Selon Le Boterf, « *la compétence réelle est une disposition à agir dans une famille de situations. Cette disposition à agir est particulière à chaque personne et lui appartient en propre* »¹¹⁸. Pour qu'un agent soit capable d'agir en situation, il faut lui demander de posséder les compétences qu'il sera susceptible de mobiliser dans son environnement de travail. De même, il doit pouvoir accéder aux compétences nécessaires pour être performant dans ses missions. Enfin, pour qu'un agent soit compétent il est nécessaire qu'il ait une capacité d'analyse et de compréhension de ses actions. C'est cette réflexivité qui lui permet de déterminer ses capacités et ses limites. « *Être compétent c'est non seulement être capable de faire ou d'agir, mais c'est aussi pouvoir analyser et expliquer sa façon de faire ou d'agir.* »¹¹⁹.

Le point de vue de Francis Minet qui dirige un cabinet de conseil spécialisé dans l'ingénierie des compétences et de la formation, complète cette définition de la compétence en s'inspirant de Jacques Leplat¹²⁰ et Gérard Malglaive¹²¹. Il considère que la compétence est la mobilisation « *pour l'action* » :

- Des connaissances : nécessaires à la compréhension du contexte et à la représentation du but à atteindre.
- Des représentations : des techniques, des procédures et des méthodes adaptées pour parvenir au résultat visé.
- Des automatismes et des gestes : permettant la mise en œuvre de l'action.
- De l'expérience acquise : qui aide à la régulation, l'organisation des actions.

Francis Minet précise¹²² que la compétence est « *opératoire et finalisée* » ce qui signifie que la compétence apparaît au moment de l'action et prend sens dans l'action. Elle est donc « *indissociable de l'activité par laquelle elle se manifeste* ». La compétence est « *apprise* » elle n'est pas innée : on devient compétent. C'est pourquoi on peut envisager d'accompagner les infirmières, comme les cadres de santé, à devenir compétents en mettant en place une politique de GPEC. La compétence est également « *structurée* » car dans l'action on organise les savoirs mobilisés. Enfin, la compétence est inobservable, c'est pour cela que Francis Minet la définit comme « *abstraite et hypothétique* ». Finalement « *ce qu'on observe, ce sont les manifestations de la compétence* ».

¹¹³ Bourgeois E, Durand M. Apprendre au travail, Puf, 2017, pp. 216-218.

¹¹⁴ LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'organisation.2016, pp. 281-284.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Guy Le Boterf, de quel concept de compétence avons-nous besoin, soins cadres n°41, février 2002, p. 1.

¹¹⁷ Ibid. p.2.

¹¹⁸ Ibid. p 2.

¹¹⁹ Ibid. p.2.

¹²⁰ Jacques Leplat est un des pères fondateurs de l'ergonomie de la langue française.

¹²¹ Gérard Malglaive est docteur en sciences de l'éducation.

¹²² Minet Francis. Comprendre le travail pour gérer les compétences, Actualités de la formation permanente. Janvier/février 1996, n°140, pp.5-8.

On peut se demander pourquoi il est utile de manager la compétence. Comme l'explique Florence Loislil, chargée de mission à l'Anact, l'intérêt de gérer les compétences vise à gérer l'emploi. Elle distingue un premier aspect « *la dénomination* » ou « *la définition des compétences attendues par l'organisation, le plus souvent au travers de l'élaboration d'un référentiel de compétences* »¹²³. Le second aspect est le « *développement* » des compétences par la « *valorisation de la formation et l'organisation de parcours qualifiants* ». Florence Loislil précise que ces démarches de gestion des compétences « *font l'impasse sur un enjeu clef : la reconnaissance et l'acceptation par le management des difficultés des salariés dans la réalisation de leur travail.* »¹²⁴.

2.5.2 La compétence et la performance

La compétence des professionnels de santé est essentielle pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients. L'évaluation des compétences des professionnels paramédicaux est un outil de gestion des ressources humaines qui s'intègre à la politique de GPEC d'un établissement de santé. En effet, connaître les compétences disponibles sur un secteur de soins permet notamment d'orienter les formations qui visent à développer ces compétences. Il est courant de penser que le développement des compétences mène à la performance. Le dictionnaire définit la performance comme : « *Rendement, fiabilité très élevé ou exceptionnel d'une machine, d'un objet, d'un matériau.* »¹²⁵.

De ce fait, il ne faut pas confondre l'évaluation des compétences qui, comme nous l'avons évoqué, vise à caractériser des manières de mobiliser des ressources pour résoudre des situations dans l'action, et l'évaluation de la performance qui vise à l'atteinte des résultats. Marc Nagels, chercheur en science de l'éducation, écrit que : « *Pour le management, nous pouvons nous interroger sur le cas d'individus performants mais dont la compétence est mise en doute ou, à l'inverse, d'individus jugés compétents mais qui n'obtiennent pas de performances régulières ou significatives.* »¹²⁶. « *Évaluer la performance n'est donc pas évaluer la compétence.* »¹²⁷. De même, Christophe Dejours écrit « *il arrive même que les tâches qui impliquent le plus d'effort soient celles dont les résultats matériels sont les moins flatteurs* »¹²⁸. Il est donc important de ne pas se limiter à évaluer la performance des agents lorsque l'on vise l'évaluation des compétences.

2.5.3 La compétence individuelle dans un environnement collectif

Dans le cadre des évaluations professionnelles, la pratique est de considérer les agents individuellement. Comme nous l'avons écrit précédemment, l'entretien d'évaluation annuel est individuel. En effet, chacun agit en mobilisant ses ressources qu'elles soient pratiques ou en termes de connaissances. Mais les situations de travail comportent des problématiques pour lesquelles on ne dispose pas toujours de toutes les informations ou pour lesquelles on ne maîtrise pas toutes les techniques. Dans ses situations, il est important de pouvoir faire appel à des collègues plus expérimentés, « *sans cette possibilité de référence collective, le professionnel est renvoyé à sa solitude et aux risques qu'elle entraîne sur les initiatives qu'il prendra et sur les résultats qu'il obtiendra.* »¹²⁹. Guy le Boterf montre ici l'importance du collectif dans le travail et la valeur de l'expérience, et précise qu'il faut pouvoir interagir pour devenir compétent.

La coordination des activités ne peut se faire que dans un contexte de collaboration entre les membres d'une équipe. De même, l'évaluation des compétences individuelles des agents sera dépendante de la dynamique collective de l'équipe. Il est difficile de faire monter en compétence les individus dans une équipe dont le niveau de compétence collective est faible. La priorité est alors de favoriser la constitution de l'équipe afin de créer une dynamique favorable au développement des compétences collectives. Un taux de turnover important a tendance à faire baisser les compétences collectives d'une équipe. Si ce taux reste élevé pendant

¹²³ Jouvenot C, Pierre C, La reconnaissance au cœur des démarches compétence Enjeux et repères pour l'action, Editions ANACT, juillet 2007, p. 28.

¹²⁴ Devin B, Jouvenot C, Loislil F. Du management des compétences au management du travail. L'Édition du réseau ANACT, 2011.p.28.

¹²⁵ CNRTL.fr. Consulté le 02/05/2019.

¹²⁶ Marc Nagels. Évaluer des compétences ou des performances ? Une distinction opérationnelle en gestion des ressources humaines. Évaluation et développement professionnel, Jan 2009, Louvain-LaNeuve, Belgique. p. 8.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation. Édition Quae, 2003, p.33.

¹²⁹ Le Boterf Guy. De quel concept de compétence avons-nous besoin. Soins cadres n°41, février 2002, p. 3.

une longue durée, il sera très compliqué de développer les interactions entre les professionnels ce qui impactera les compétences. La maîtrise du turnover est donc un élément essentiel pour le développement des compétences des agents.

2.6 Définir des objectifs

La formulation d'objectif est une des étapes incontournables de l'évaluation. Ce sont les objectifs fixés lors d'une évaluation qui structurent les résultats à atteindre pour l'évaluation suivante. Comme nous l'avons noté dans l'exploitation du questionnaire des cadres du pôle, les cadres rédigent rarement des objectifs. Cela fait pourtant parti des attendus d'une évaluation.

La formulation d'objectif répond à des principes qui permettent d'en garantir la clarté et le suivi. La méthode SMART, acronyme signifiant « intelligent » en anglais, est une méthode de management par objectifs. Elle constitue un moyen mnémotechnique pour décrire les cinq éléments qui doivent apparaître lors de la formulation d'un objectif. Chacun de ces éléments est indispensables pour que l'objectif puisse être réalisé et évalué efficacement.



Figure 11 : Acronyme SMART pour une formulation optimale des objectifs.

Dans le cadre des évaluations, les objectifs peuvent être formulés en lien avec le projet de l'agent, celui du service, voir celui du pôle. Chaque objectif doit être formulé de manière à préciser les indicateurs de réussite, les moyens alloués et les échéances pour l'atteindre. Le suivi des objectifs permet au cadre d'accompagner le soignant tout au long de l'année pour lui permettre d'atteindre l'objectif qui a été fixé. Une fois l'objectif réalisé, cela participe à la reconnaissance et à la valorisation du soignant.

Les personnels doivent aussi accepter les objectifs pour y adhérer. Pour cela les objectifs peuvent être négociés avec les agents. L'objectif doit paraître réaliste et atteignable. Un objectif est plus motivant lorsqu'il est suffisamment complexe. En effet, cela participe à la motivation et à la reconnaissance de ses capacités à atteindre cet objectif. Les personnes ont besoin de retours réguliers sur leur travail et sur la réalisation ou non des objectifs qu'on leur a fixés. Cela est nécessaire pour que les objectifs gardent du sens.

3 ACCOMPAGNER LES CADRES A UTILISER L'ÉVALUATION COMME OUTIL DE MANAGEMENT DE PROXIMITÉ

Accompagner les cadres vers l'utilisation de l'évaluation a deux finalités. La première est, comme le propose Pierre Bourdieu, sociologue, que l'évaluation soit faite par des évaluateurs qui « ... *sauraient aider et non sanctionner les personnes évaluées, qui sauraient entraîner et inciter les personnels plutôt que les décourager et les démoraliser.* »¹³⁰. Dans cette optique, l'évaluation participerait à la reconnaissance des infirmières pour les fidéliser. La seconde est de développer les compétences des cadres à évaluer les compétences de leurs équipes. Cela permettrait de les accompagner à retourner en situation de management de proximité pour une gestion quotidienne des structures de soins et une meilleure gestion des risques. En effet, une étude confirme que « *le cadre est alors une ressource plus que jamais essentielle aux équipes pour construire les multiples ajustements du quotidien permettant de faire face à ces contraintes.* »¹³¹.

Pour accompagner les cadres des réanimations vers une évolution de leur pratique d'évaluation des compétences, il faut envisager plusieurs étapes. Tout d'abord, pour favoriser la réussite de ce projet il est nécessaire d'identifier les résistances. Puis, il faut favoriser la collaboration des cadres avec l'équipe infirmière. Ensemble, ils peuvent identifier les compétences issues de situation de travail. C'est cela qui participera à créer une dynamique d'équipe pour repositionner les cadres dans leur mission d'évaluation. Enfin, l'encadrement aura besoin d'être guidé pour une amélioration de la rédaction des comptes rendus d'évaluation qu'ils réaliseront. Cela participera à redonner du sens aux évaluations pour les cadres et les agents.

3.1 Identifier les résistances au projet

Comme nous avons pu le voir dans l'exploitation du questionnaire, la relation que les cadres entretiennent avec les évaluations est complexe. En effet, ils reconnaissent que ces entretiens sont importants pour les agents mais ils n'en maîtrisent pas la méthodologie ni l'utilisation. Pour les inciter à participer et à s'investir dans un projet qui les concerne directement, il est nécessaire, dans un premier temps, d'identifier les résistances probables au projet.

La mise en œuvre de la GPEC suscite des réticences. Les freins à l'utilisation des évaluations dans une finalité de GPEC sont d'abord culturels. Les cadres des réanimations ne peuvent pas s'appuyer sur leurs expériences personnelles pour réaliser ces évaluations car, au cours de leur carrière de soignant puis de cadre, ils n'ont pas été évalués selon les attendus d'une évaluation tels que nous les avons décrits précédemment. Ils ont le plus souvent bénéficié d'entretiens généraux peu formalisés. De plus, ces deux dernières années, en l'absence de cadre supérieur c'est la cadre de pôle qui a réalisé les évaluations des cadres des réanimations. Sa connaissance de l'équipe d'encadrement est lointaine. Elle ne possède pas une vision précise de leurs compétences. L'entretien d'évaluation devient alors un échange à partir duquel les comptes rendus d'évaluations sont rédigés. Aucun objectif précis n'est alors formulé. Ainsi, les cadres des réanimations n'ont pas d'exemple à suivre ou de modèle à partir duquel s'inspirer pour les évaluations qu'ils doivent réaliser à leur tour. On remarque alors qu'ils reproduisent cette méthodologie lors des entretiens qu'ils réalisent auprès de leurs équipes.

Un autre frein vient des cadres qui éprouvent des difficultés à se positionner face aux agents. Ce mode d'évaluation les contraint à être au cœur des soins ce qui peut mettre en difficulté ceux d'entre eux qui en ont perdu l'habitude ou développé des stratégies d'évitement de la proximité avec les soignants.

Les cadres ressentent également des freins institutionnels. En effet, lorsqu'ils rédigent une évaluation négative à l'encontre d'un agent, ils peuvent avoir des difficultés à obtenir le soutien de la hiérarchie. Cela participe à les décrédibiliser face aux autres agents, et peut remettre en cause leur légitimité. En effet, pour qu'une sanction, comme une promotion soit effective il est nécessaire que le cadre sollicite de manière répétée la direction. Cela participe à la remise en cause des évaluations et du sens que leur donne l'institution. C'est aussi cette difficulté qui n'incite pas les cadres des réanimations à s'investir dans une dynamique d'évaluation

¹³⁰ Pierre Bourdieu cité par Patrick Champagne directeur de l'INRA dans la préface de l'ouvrage de Christophe Dejours. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation. p.4.

¹³¹ Brami Laurent, Damart Sébastien, Detchessahar Mathieu et al. L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital comprendre et agir, presse des mines, 2014, p.74.

des compétences. Ils hésitent à se rendre sur le terrain pour évaluer de manière approfondie le travail des agents. En effet, cela exige de se confronter à l'équipe soignante alors qu'ils pensent qu'ils n'auront que peu soutien de la part de leur hiérarchie.

Les freins sont également d'origine organisationnelle. En effet, chaque cadre manage en moyenne 40 agents. Les évaluations sont chronophages, elles nécessitent une préparation et un temps important pour les réaliser. L'aspect chronophage de ce mode d'évaluation est un frein majeur à sa bonne réalisation. Il semble nécessaire de pouvoir proposer une méthodologie d'évaluation qui soit plus simple afin de recueillir l'adhésion des cadres.

Enfin, les cadres de réanimation sont insuffisamment formés à l'évaluation : aucun d'eux n'a suivi de formation sur cette thématique ces 5 dernières années. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi les cadres du pôle ne se sont pas appropriés les évaluations comme un outil managérial. Il sera nécessaire de développer ce pan de formation auprès de cette équipe.

3.2 Favoriser l'adhésion au projet

Dans cette étape, l'objectif est de fédérer les cadres autour du projet. Pour y parvenir nous allons tout d'abord chercher à modifier leurs représentations de l'évaluation. Puis nous travaillerons le projet de façon participative afin que chacun s'en approprie le sens.

3.2.1 De la contribution à la conception

La première étape du projet est de faire travailler les cadres en groupe sur le concept d'évaluation, sur les outils utilisés et sur les méthodes que chacun utilise pour évaluer les membres de son équipe. Chacun sera invité à exprimer ce vers quoi doit tendre l'évaluation d'après lui. Ces échanges permettent à tous les cadres de se mettre d'accord et d'ajuster leur point de vue jusqu'à obtenir un consensus autour d'un objectif commun. Il est nécessaire que chaque cadre puisse exprimer la façon dont il imagine changer son mode d'évaluation. Cette reformulation donne une idée des représentations de chacun. Cela permet d'identifier les paramètres pour lesquels il faudra davantage intervenir.

Les cadres qui ont une idée précise du projet peuvent être associés aux autres, le but étant de faire comprendre à tous les cadres la nécessité de changer leurs représentations. Plus la nécessité de faire évoluer leur pratique d'évaluation sera claire, plus les cadres adhéreront au projet. Puis, suivant leur degré de contribution, il conviendra d'adapter l'intensité de l'accompagnement. Ceux qui ont une idée imprécise du projet nécessiteront d'être davantage accompagnés.

Ensuite, il faut guider les cadres pour déconstruire leurs représentations actuelles de l'évaluation des compétences. C'est une tâche difficile car cela fait plusieurs années que la pratique n'est pas bonne. Il est possible que les évaluations soient réalisées par automatisme, c'est à dire réalisées en mobilisant peu d'attention. Cette étape de déconstruction est essentielle. Elle permettra aux cadres d'envisager une nouvelle pratique.

Pour commencer ce travail, le projet est présenté aux cadres lors d'une réunion avec la cadre supérieure des réanimations, qui adhère au projet. Cette réunion servira à travailler sur les concepts clés comme le turn over et l'évaluation, et à présenter le projet. Les groupes de travaux seront aussi organisés lors de cette réunion. Ce sera l'occasion de repérer le positionnement de chaque cadre face au projet.

Dans un deuxième temps, une fois les cadres plus à l'aise avec le projet, il faudra inclure les soignants dans la démarche. Pour favoriser l'adhésion des soignants, il est nécessaire de les informer du changement de modalité d'évaluation de leurs compétences. Cela est d'autant plus important qu'ils connaissent les situations de travail réelles à évaluer. C'est lors de réunions d'équipes, menés par les cadres des réanimations eux-mêmes, que cette information est transmise aux équipes. Des groupes de professionnels ont été constitués en veillant à ce qu'ils soient le plus hétérogène possible. Ainsi, des infirmières jeunes diplômées travailleront avec des infirmières plus expérimentées par exemple. L'objectif est d'avoir une représentation la plus exhaustive possible des pratiques de chaque secteur. C'est également un moment d'échange entre les infirmières expérimentées et les professionnels plus jeunes dans la profession.

Pour mener à bien ce projet il est nécessaire de prévoir une planification¹³² et une organisation dans le temps afin de s'assurer du respect des différentes étapes et de l'avancée du projet.

3.2.2 Le choix des alliés

La position que j'occupe dans l'organigramme du pôle¹³³ ne me donne pas de relations hiérarchiques directe avec les cadres des réanimations. Pour mener à bien mon projet, je vais avoir besoin de l'appui de la cadre supérieure des réanimations. En position de management direct des cadres du secteur, elle pourrait participer au projet en s'assurant du respect du respect du calendrier car elle réunit les cadres régulièrement et ferait des points d'étape avec eux. Son intérêt est de faire progresser les cadres dans l'évaluation des compétences, et de fidéliser des agents.

Au sein du groupe l'intérêt pour le projet n'est pas le même pour chacun des cadres. Pour savoir sur qui compter, il faut pouvoir identifier les cadres motivés comme ceux qui sont opposés. En utilisant la carte socio-dynamique du sociologue Jean-Christian Fauvet¹³⁴ différents profils émergent parmi les cadres.

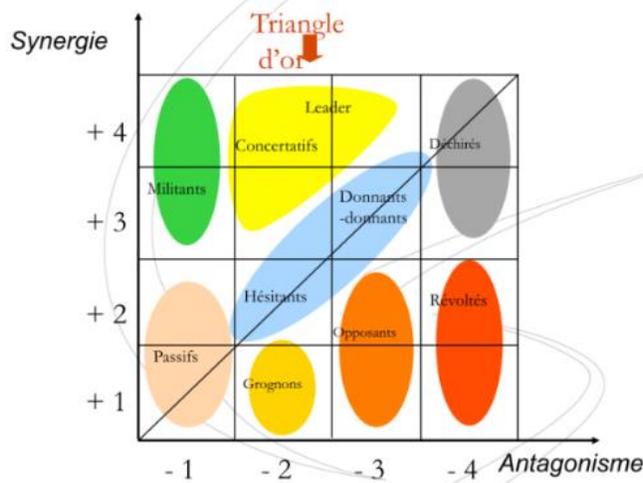


Figure 12 : la carte socio-dynamique de Jean-Christian Fauvet (1983)

D'un côté, les « engagés ou militants » : ils ont manifesté une adhésion spontanée et directe à l'évocation du projet. Ce sont ces 2 cadres qui mèneront les groupes de travail.

D'un autre côté, 4 cadres sont plutôt « passifs ». Ils n'ont manifesté ni enthousiasme ni rejet du projet. Comme la théorie de Jean-Christian Fauvet le décrit, ils sont majoritaires. Bien qu'ils soient indécis, il est important de réussir à les intéresser au projet car ce sont eux qui peuvent faire « pencher la balance » et faire en sorte que l'engagement devienne majoritaire.

Entre les deux groupes, 1 cadre est manifestement un « grognon », car même s'il n'a pas manifesté une opposition franche à participer il n'est pas vraiment partant. Finalement, ce projet rencontre une opposition relative. Cependant la prise en

compte des réticences est importante pour maximiser

les participations. Ces différents profils étant déterminés, on peut définir une stratégie qui incitera les cadres à participer au projet.

3.2.3 Inciter les cadres à participer au projet

Plusieurs choix d'action à mettre en œuvre sont possibles dans cette situation : la négociation, l'imposition et l'animation. Au regard des profils de cadres déterminés précédemment, c'est l'animation qui paraît la plus adaptée. Pour convaincre les cadres de participer, j'ai mené une première réunion type « focus group » pour les sensibiliser à la notion de turnover. Les cadres avaient tous une idée assez précise du turnover et se sont accordés sur la définition : « le turnover c'est le nombre des mouvements des agents dans l'année »¹³⁵. C'est à partir de cela que j'ai reformulé la définition exacte, que nous avons évoquée au chapitre 1.3.

J'ai pu leur communiquer le taux de turnover de chacun de leur secteur pour l'année 2018, qu'ils ne connaissaient pas. Les réactions ont été très diverses. Certains présentaient que la situation de leurs service était inquiétante, mais l'objectivation par les chiffres les a aidés à comprendre la nécessité d'agir. D'autres se sentaient peu concernés par le sujet. C'est en posant la question des causes possibles du turnover puis de ses conséquences que les cadres ont eux même établi le lien de causalité entre un taux de turnover important et l'impact potentiellement négatif sur les compétences. En effet, ils évoquent clairement la lenteur des nouvelles

¹³² Annexe 5

¹³³ Annexe 3

¹³⁴ Jean-Christian Fauvet. L'élan sociodynamique. Edition d'organisation, 2004, 368 p.

¹³⁵ Propos de la cadre de réanimation chirurgicale cardiaque lors de la réunion du 17/01/2019.

infirmières dans la réalisation des soins. De même, ils sont beaucoup plus sollicités par les équipes médicales qui constatent des lacunes tant pour les connaissances théoriques que pour les compétences techniques.

Je leur ai ensuite fait part du projet de les accompagner dans l'évaluation des compétences pour connaître les ressources présentes dans leur équipe et ainsi aider les infirmières à progresser ou évoluer professionnellement. Finalement, la répercussion sur la possible fidélisation des infirmières en lien avec la diminution de leur activité de recrutement a été l'argument décisif pour les convaincre de mettre en place une nouvelle modalité d'évaluation. En effet, les cadres confirment l'aspect chronophage des entretiens d'embauche et de l'organisation à mettre en place, en terme d'évaluation, lorsqu'il y a de nouveaux recrutements.

Les cadres que nous avons identifiés comme engagés sont missionnés pour l'animation des groupes de travail. Le cadre grognon présentera le projet aux équipes infirmières. Il devra s'approprier le projet pour le présenter, et le défendre auprès des agents. Ainsi engagé il lui sera plus difficile de ne pas participer.

3.3 Mettre en œuvre un nouveau mode d'évaluation des compétences

3.3.1 Identifier les situations prévalentes

Pour définir les nouvelles modalités d'évaluation il est préférable d'associer les cadres et les infirmières. Pour cela, j'organise des réunions pluri professionnelles, menées par les cadres engagés, pour permettre la co-construction des situations, et leurs déclinaisons par compétences. Dans une démarche de GPEC, les compétences à évaluer émergent de l'analyse de situations prévalentes. Ce sont des situations fréquentes, complexes et difficiles à maîtriser. Elles permettent de montrer le travail réel et les compétences nécessaires et caractéristiques des secteurs. On peut également considérer que la maîtrise d'une situation prévalente sous-entend la maîtrise de situations plus simples.

L'identification de ces situations a été confiée aux infirmières, car elles les connaissent précisément. Cela participe à redonner du sens aux pratiques soignantes. En effet, en choisissant les situations prévalentes, les infirmières ont pu verbaliser leurs pratiques. De ce fait, les infirmières ont débuté la réflexivité, qui constitue comme nous l'avons évoqué, un pan de la compétence. Cela tend aussi à limiter les discordances de discours et à ne pas rester dans une logique de gestion mais à coller aux représentations des infirmières.

3.3.2 Décrire les compétences

Les formulations des compétences doivent être communes, compréhensibles et utilisables par tous pour en favoriser l'appropriation. « *L'introduction de critères d'évaluation non congruents à la structure organisationnelle est donc soit inopérante, soit perturbatrice.* »¹³⁶. Ainsi, en réanimation de cardiologie c'est « la prise en charge d'un patient en retour de bloc et porteur d'un ECMO¹³⁷ » qui est la situation prévalente choisie. La réanimation polyvalente 2, quant à elle s'attachera à « la prise en charge d'un patient greffé hépatique dialysé ». Ces situations sont représentatives de l'activité des secteurs. Choisir la co-construction constitue un premier pas vers la reconnaissance des savoirs de l'équipe infirmière. Un des pré requis à cette co-construction est de déterminer une définition commune de l'évaluation des compétences. Je propose d'utiliser celle développée au chapitre 2.5.1.

Ensuite, le travail sur les situations prévalentes permettra d'identifier les savoir-faire mobilisés en situation. Ces savoir-faires sont en lien avec l'acquisition technique, la gestuelle du soin. Ce sont les aptitudes à réaliser des tâches ou résoudre des problèmes. Pour les décrire nous choisissons de nous baser sur le Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation, rédigé par le Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), le Collège de Réanimation et médecine d'urgence des hôpitaux Extra Universitaires de France (CREUF), le Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP) et la Société

¹³⁶ Vincent de Gaulejac, de la mesure en tout ! évaluation et développement social, Les annales de la recherche urbaine, n°47, 1990, évaluation et recherche pp. 117-122.

¹³⁷ Cette situation représente 35% des patients pris en charge dans l'unité. ECMO est un acronyme anglais : extracorporeal membrane oxygenation, qui désigne une technique de circulation extra-corporelle permettant une assistance à la fois cardiaque et respiratoire.

Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)¹³⁸. Ce référentiel a été fait afin d'illustrer le plus fidèlement et le plus précisément possible la spécificité du travail infirmier en réanimation.

Les connaissances théoriques, les savoirs, seront déduits au cours de l'observation ou directement évalués par le questionnement des cadres en fin d'observation. Ses questions sont basées sur les connaissances théoriques considérées comme incontournables dans le cadre de la prise en charge de la situation. Une nouvelle fois, ce sont les infirmières qui sont sollicitées pour l'élaboration de ces questions.

Le comportement de l'infirmière face à la situation de soin peut également être évalué. L'évaluation du comportement s'attache à identifier les réactions face à la situation. Cela sera un marqueur d'aisance et de gestion du stress jusqu'à la maîtrise de la situation.

L'étape suivante consiste à co-construire l'outil d'évaluation. Celui-ci sera utilisable par l'encadrement. Dans un premier temps j'avais envisagé qu'il puisse être également utilisé par les infirmières. Cependant, mon objectif étant également d'accompagner les cadres à la réappropriation d'un management de proximité, ils en seront les seuls utilisateurs dans un premier temps.

3.4 De la conception à l'utilisation

Le projet repose sur la création de deux outils. Dans un premier temps, nous nous attacherons à la conception d'un outil d'évaluation des compétences en situation. Ensuite, il sera nécessaire de proposer aux cadres une méthodologie d'aide à la rédaction des comptes rendus d'évaluation.

3.4.1 L'outil d'évaluation

L'outil d'évaluation se matérialisera comme un support écrit permettant de noter les niveaux de maîtrise ou d'acquisition des compétences acquises par les infirmières. Dans un souci de cohérence se sont les terminologies utilisées dans le document d'entretien d'évaluation annuelle institutionnel qui sont reprises. Ces niveaux seront au nombre de 3 :

- A développer : correspond à 1 sur l'échelle
- En cours d'acquisition : correspond à 2
- Maîtrise : se situe sur le pourtour du graphique et correspond à 3

Les résultats permettront la construction d'un « radar » qui donnera une visibilité instantanée du niveau de compétence de l'agent dans les différents items préalablement définis au regard des compétences exigées. De même, les points particuliers pour lesquels l'infirmière est en difficulté sont mis en évidence.

Dans le cadre de son management, le cadre de santé a alors accès à un descriptif précis des compétences des infirmières de son secteur. Cela peut l'aider à réaliser un plan de formation pertinent au regard des compétences à développer.

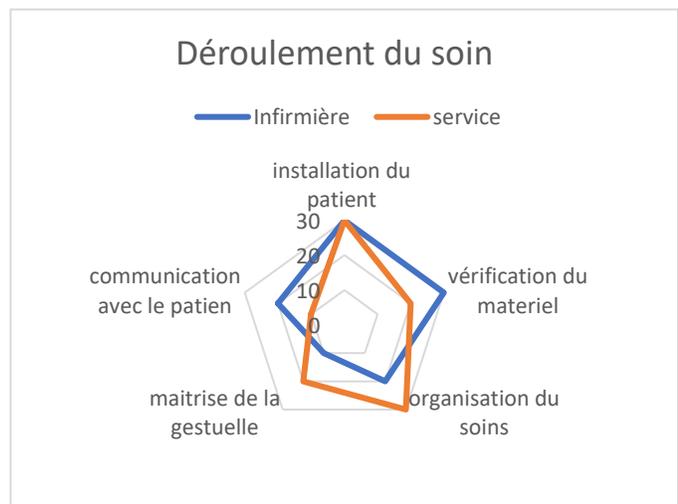


Figure 13 : Exemple de visualisation du graphique en radar d'évaluation d'une situation prévalente.

¹³⁸www.srlf.org. Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation. SRLF et Springer-Verlag France, 2011. Consulté le 10/05/2019.

3.4.2 L'aide à la rédaction de l'évaluation

Une des problématiques initiales du projet était la rédaction des comptes rendus d'évaluation rédigés par les cadres, qui mettent peu en lumière les compétences des agents. Pour répondre à cette difficulté, je propose de créer un lexique qui pourrait aider les cadres à la rédaction des comptes rendus d'évaluation. Ce lexique sera co-construit avec les infirmières et les cadres. Il consistera au regard, de chaque situation prévalente, à créer un thésaurus de mots ou de phrases près-établis en rapport avec les différents niveaux de compétence.

C'est à partir du radar qui constituent la représentation du profil de compétence des agents, que l'encadrement peut identifier facilement le niveau de compétence acquis. Il lui suffit alors de se référer au lexique pour rédiger le compte rendu. Le cadre reste libre d'enrichir son évaluation avec les éléments qui juge pertinents.

Une fois construit, le défi sera de s'assurer de son utilisation, et de son appropriation par les cadres. A cette étape mon rôle est d'accompagner les cadres dans l'analyse des données recueillies dans le but de les aider à mettre en œuvre la GPEC.

3.5 Mesurer la réussite du projet :

3.5.1 Manager les ressources humaines : faire de la GPEC

Comme nous l'avons définie en 2.3, la GPEC consiste à positionner la bonne compétence au bon endroit. Autrement dit, c'est identifier les compétences des agents au regard des postes et des profils recherchés afin d'orienter chaque agent vers le poste qui lui serait le plus adapté. La GPEC consiste également à former les agents en poste pour qu'ils atteignent le niveau de compétence requis.

Le développement des compétences est la politique RH qui impacte en priorité le bien-être au travail¹³⁹.

S'intéresser à la reconnaissance des compétences des infirmières permet de réinterroger les organisations de travail, d'optimiser la répartition des rôles de chacun ou d'imaginer ce qui favoriserait le développement des compétences individuelles comme collectives. Cela participe non seulement à redonner du sens au travail des soignants mais également à redonner du sens managérial en légitimant les cadres positionnés en proximité.

Dans le cadre du projet, le premier indicateur de suivis sera le nombre de radar réalisés. En ce qui concerne l'évolution de la méthode d'évaluation des cadres, le nombre de diagramme à remplir serait d'au moins 5 par mois. Mais cet objectif est à affiner au regard de la période à laquelle le projet sera en mesure de débiter. En effet, s'il est concomitant avec la période de recrutement des jeunes professionnels sortis d'IFSI, il est possible d'augmenter ce nombre.

Finalement, les radars réalisés permettront la construction d'une cartographie des compétences pour connaître les potentiels de l'équipe : savoir où l'on est pour savoir où l'on va, savoir quelle compétence est attendue pour la performance du secteur.

3.5.2 Fidéliser les infirmières

La fidélisation des personnels est attendue, même si, comme nous avons pu l'évoquer, le turnover est inévitable. Ici l'enjeu est de diminuer le turnover pour permettre l'acquisition des compétences nécessaires à la prise en charge qualitative et sécuritaire des patients, et de donner le temps de la transmission des savoir-faire.

L'efficacité de ce projet sera mesurable par la diminution du turnover des soignants qui devrait se produire si les agents trouvent un regain d'intérêt au poste qu'ils occupent et s'ils sont reconnus dans leurs compétences. Le projet sera considéré comme efficace si le taux de turnover diminue. La baisse de cet indicateur est particulièrement importante dans le contexte actuel où il est difficile de trouver des candidatures pour occuper les postes vacants.

¹³⁹ www.edenred.com. Baromètre Edenred-Ipsos 2016 Comprendre et améliorer le bien-être au travail consulté le 02/03/2019.

3.5.3 Développer les compétences des cadres

Un des objectifs de ce projet est de développer les compétences des cadres en matière d'évaluation des compétences. L'indicateur de mesure de l'avancée de cet objectif sera la qualité de rédaction des comptes rendu. Celle-ci sera évalué par comparaison, en repérant l'évolution de la rédaction de comptes rendus annuels d'évaluations. On pourra ainsi estimer l'impact du changement de pratique des cadres. Les comptes rendus devront être impartiaux et formuler des objectifs. Le projet sera également évalué au regard du repositionnement des cadres dans un management de proximité avec la possibilité d'apprécier les compétences de chacun pour renforcer la complémentarité et la polyvalence des personnels. C'est aspect n'est pas mesurable, il pourra être évalué par l'encadrement supérieur.

Finalement, la maîtrise de l'outil d'évaluation et son utilisation permettrait aux cadres d'adopter un autre positionnement de proximité. Cela faciliterait l'identification des agents avec un potentiel comme ceux qu'il faut accompagner pour harmoniser leurs compétences avec celles de l'équipe. L'évaluation de compétences participerait au sentiment de reconnaissance, ce qui contribuerait ainsi à la fidélisation des soignants. Enfin, la maîtrise du turnover faciliterait la transmission des savoirs et savoir-faire pour ne pas perdre les compétences clés du service ce qui impacterait positivement la qualité des soins.

3.5.4 Générer un cercle vertueux

La mise en place de ce projet vise en premier lieu à fidéliser les infirmières en améliorant la reconnaissance qu'elles reçoivent de leur hiérarchie. Il s'agit à la fois de reconnaître leurs compétences et de s'intéresser de près à la réalité de leur travail. Pour y parvenir, il faudra accompagner les cadres de proximité afin qu'ils réinvestissent le management de proximité qu'ils ont délaissé. L'évaluation à l'aide d'un support co-construit devient alors un médiateur qui permet aux cadres de légitimement intervenir auprès des infirmières dans leur environnement de travail. De nouveau dans le service de soins, les cadres seront à même d'évaluer la charge en soins, de repérer les interactions entre soignants, d'identifier ceux qui sont à l'aise et ceux qui semblent en difficulté et ainsi faire de la GPEC.

Il est à souhaiter que l'évaluation des premières situations prévalentes induira un nouveau rituel de management des cadres qui aboutira à définir de nouvelles situations d'évaluation. Puis, il faudra envisager de développer ce management pour les pratiques AS.

L'évaluation des compétences en proximité permet de surcroît l'identification d'autres problématiques comme les besoins en matériel, la fluidité des circuits du médicament, l'organisation temporelle des soins, l'ergonomie des postes de soins ou l'organisation des réserves.

Les cadres peuvent ainsi se saisir des problématiques qui impactent le quotidien des infirmières pour apporter des réponses qui participeront à améliorer et fluidifier les conditions de travail.

L'évaluation devient ainsi un outil de management pour l'encadrement. Le processus d'évaluation est un moyen de développer les compétences individuelles et collectives en créant un climat de travail plus participatif par l'écoute et le dialogue.

4 CONCLUSION

Nous avons établi que le turnover est un phénomène important à prendre en compte dans le cadre du management des ressources humaines. En effet, s'il est trop important, il impacte la qualité des soins car il induit une perte de compétences. De plus, on constate actuellement un déficit des candidatures infirmières qui sont à l'origine des difficultés de recrutement y compris dans des secteurs attractifs comme les réanimations. Pour les réanimations du pôle, le turnover et les difficultés de recrutement laisse des postes vacants. De ce fait, la charge de travail augmente. Les agents en poste s'épuisent moralement et professionnellement. De plus, il existe une perte de sens au travail pour beaucoup d'infirmières qui ont le sentiment de ne pas pouvoir faire un travail qu'elles jugent de qualité. Cette perte de sens est majorée par certaines procédures qualité qui augmentent la charge de travail sans que les soignants en perçoivent le bénéfice dans la qualité de prise en charge des patients. Dans le contexte de perte de sens au travail la reconnaissance devient particulièrement importante. Cette reconnaissance peut provenir du public, des pairs et de la hiérarchie. Cependant, le turnover élevé fragilise la dynamique d'équipe qui apporte moins de reconnaissance aux individus. La reconnaissance par la hiérarchie devient alors prépondérante, les cadres de proximité peuvent agir sur cette problématique. Orienter la reconnaissance vers les compétences participe à la considération de l'individu en tant que professionnel pour redonner du sens au travail.

Dans le pôle il y a actuellement des lacunes dans la méthodologie d'évaluation des compétences. Mon projet s'inscrit dans une volonté d'amélioration de ces pratiques. Il vise à développer une méthodologie et des outils d'évaluation des compétences à l'usage des cadres, puis à les accompagner dans leurs utilisations. La mise en œuvre de cette méthode doit conduire les cadres à se réapproprier l'évaluation des soins et ainsi gagner une vraie légitimité auprès des équipes soignantes, cette condition est indispensable à la reconnaissance. Cela permet également redonner du sens au travail des cadres car l'évaluation redevient utile pour eux comme pour les soignants. Finalement, le développement de ce projet permettra d'atteindre deux objectifs : faire monter en compétences les cadres dans le domaine de l'évaluation et faire baisser le turnover des infirmières grâce à une meilleure reconnaissance professionnelle.

Si la montée en compétence des cadres pourra être sensible rapidement à mesure du développement du projet, la baisse du turnover infirmière sera certainement beaucoup plus longue à devenir visible. Il est donc important de mettre en place une évaluation de ce projet sur une longue période afin d'en mesurer l'ensemble des effets.

C'est le turnover important sur ces secteurs qui a décidé du périmètre de déploiement du projet. Cependant, ce projet peut être transférable sur la plupart des autres secteurs de soins, il peut également être déployer pour d'autres catégories de professionnels. A terme, cet outil pourra être utilisé par les agents eux-mêmes pour identifier leurs marges de progressions et ainsi s'inscrire dans une dynamique de développement des compétences.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- Bourret, Paule. Les cadres de santé à l'hôpital un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan, 3eme tirage, 2006, 288 p.
- Brami L, Damart S, Detchessahar M et al. L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital comprendre et agir. Presse des mines, 2014, 147 p.
- Carricaburu D, Ménoret M. Sociologie de la santé institution, profession et maladies. Armand Colin, 2010, 235 p.
- Dejours Christophe. Travail usure mentale. Nouvelle édition, Bayard, 2000, 299 p.
- Dejours Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel critique des fondements de l'évaluation. Edition Quae, 2003, 79 p.
- Devin B, Jouvenot C, Loislil F. Du management des compétences au management du travail. L'Édition du réseau ANACT, 2011, 303 p.
- Bourgeois E, Durand M. Apprendre au travail, Puf, 2017, 226 p.
- Jaffelin Emmanuel. Éloge de la gentillesse en entreprise. François Bourin Editeur, 2010, 230 p.
- Jouvenot C, Pierre C. La reconnaissance au cœur des démarches compétence Enjeux et repères pour l'action. Editions ANACT, juillet 2007, 113 p.
- Maëlezig B et al, travailler au XXIe siècle des salariés en quête de reconnaissance, Robert Laffont, le monde comme il va, 2015, p.
- Ollivier Daniel. Tout pour réussir dans le métier de : manager. Eyrolle, 2016, 27 p.
- Solveig Fernagu O, Batal C. Révolution du management des ressources humaines, des compétences aux capacités. Septentrion, Paris 2016, 426 p.

Sites internet :

www.legifrance.gouv.fr

www.cedip.developpement-durable.gouv.fr

www.odoxa.fr

www.hospimedia.fr

www.insee.fr

travail.emploi.gouv.fr

www.cnrtl.fr

Articles :

- Divay Sophie Gadea Charles Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques Les cadres de santé face à la logique managériale, CNRS, 2007, 17 p.
- De Gaulejac Vincent, de la mesure en tout ! évaluation et développement social, Les annales de la recherche urbaine, n°47, 1990, évaluation et recherche pp. 117-122.

Feroni, Isabelle, et Kober-Smith Anémone, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne ». Revue française de sociologie Vol. 46, no 3, 2005, pp. 469-494.

Guy Le Boterf, de quel concept de compétence avons-nous besoin, soins cadres n°41, février 2002, 3 .

Minet Francis, Comprendre le travail pour gérer les compétences, Actualités de la formation permanente, janvier/février 1996, n°140, 23 p.

Nagels Marc. Évaluer des compétences ou des performances ? Une distinction opérationnelle en gestion des ressources humaines. Évaluation et développement professionnel, Janvier 2009, Louvain-LaNeuve, Belgique. 12 p.

Renault Emmanuel Nouveau millénaire, Défis libertaires la reconnaissance au cœur du social

Rapports:

Askenazy Philippe, Baudelot Christian, Brochard Patrick et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport Gollac, 223 p.

ANACT, 10 questions sur la reconnaissance au travail, 2017, 20 p.

ANAP améliorer la gestion des ressources humaines, évaluation professionnelle du personnel non médical. Janvier 2011. 74 p.

Estryn-Behar Madeleine, et al. Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants, Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp 29-45

Michot F, Launois B, Bertrand D et al. L'hôpital public en crise : origines et propositions. Rapport de l'académie Nationale de médecine, Paris le mardi 12 février 2019, 28 p.

Panorama de la santé 2017, Les indicateurs de L'Ocde, Version révisée, février 2018, 226 p.

Rapport d'observations définitives et sa réponse assistance publique- hôpitaux de paris (75). Enquête sur le personnel infirmier. Exercices 2011 et suivants. Observations délibérées le 8 novembre 2018, 102 p.

Loquet Julien, Glawdys Nagou, Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Dress, novembre 2014, 28 p.

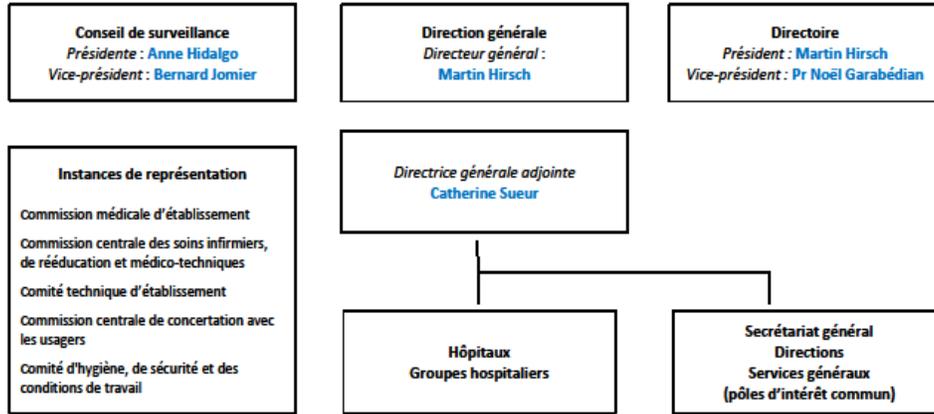
ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Les hôpitaux et groupes hospitaliers de l'APHP
- Annexe 2 :** Le schéma général de l'organisation de l'APHP
- Annexe 3 :** Fiche mission transversale : « gestion des ressources humaines »
- Annexe 4 :** Questionnaire : outils d'évaluation des pratiques d'évaluation des cadres de proximité du pôle PRAGUES
- Annexe 5 :** Retroplanning du projet

Annexe 2 : le schéma général de l'organisation de l'AP-HP

Schéma général de l'organisation de l'AP-HP



Rôle et missions des cadres supérieurs (3)



Mission transversale « gestion des ressources humaines »

- **Mission générale**
 - Assure la gestion des emplois en adéquation avec les projets et les objectifs du pôle par délégation du CPP
 - Organise la gestion des compétences et des projets de formation collectifs et individuels
 - Organise la politique de stage au sein du pôle
 - Assure le suivi des indicateurs au regard de sa mission
 - Participe à la permanence de l'encadrement conformément à la politique définie par le pôle et le GH
- **Missions permanentes**
 - Assure avec le CPP l'adéquation entre l'activité des différents services et les moyens en ressources humaines attribués dans le pôle
 - Organise la répartition des emplois et des compétences en fonction des spécificités et des projets des différents services du pôle en concertation avec le CPP
 - Participe avec les CSS de secteur et en lien avec la DSI au recrutement des personnels (sauf personnel d'encadrement – secrétaires médicales, psychologue assuré par le CPP)
 - Réalise la synthèse du plan de formation des services du pôle pour le service de formation continue de l'établissement
 - Assure le suivi des projets de formations payantes et gère le budget de cette enveloppe déléguée au pôle
 - Prévoit des actions de formation au sein du pôle en fonction du projet de formation du pôle
 - Recense et contrôle les capacités d'accueil des stagiaires au sein des différents services du pôle en collaboration avec les différents centres de formation
 - Développe une politique de fidélisation des stagiaires et des agents
 - Recense et initie les projets d'accueil et d'intégration des personnels nouvellement affectés au sein des différents services du pôle
 - Suit, en lien avec la DRH, la médecine du travail et le CPP, les agents relevant des protocoles institutionnels (handicap, inaptitude au travail)
 - Suit, en lien avec la DRH, et le CPP, les agents relevant de rapports administratifs
 - Assure le lien entre les représentants du personnel, le CPP, les cadres de service et les personnels

Annexe 4 : Questionnaire : outils d'évaluation des pratiques d'évaluation des cadres de proximité du pôle PRAGUES

1. Pour vous les entretiens annuels se passent:

- Plutôt bien
- Bien
- Plutôt pas bien
- Mal

2. Le temps consacré aux entretiens d'évaluation pour chaque agent est de

- Moins de 30 minutes
- Plus de 30 minutes
- Plus de 45 minutes
- Plus d'une heure

3. Trouvez-vous que ce temps est

- Correct
- Trop court
- Trop long

4. La durée des entretiens varie suivant les agents

- OUI
- NON

5. Si oui pourquoi:

- Parce que les agents ont besoin de parler
- Parce que le bilan de certains agents est plus compliqué à réaliser
- Parce que certain entretiens sont plus agréable
- Parce qu'il n'y a rien à dire

6. Ces entretiens sont utiles

- OUI
- NON

7. Si oui:

- Pour vous
- Pour l'agent
- Pour l'institution

8. Classez les objectifs selon leur importance de 1 à 6 (1 étant le moins important et 6 le plus important)

- ☰ Le comportement
- ☰ L'investissement dans une thématique institutionnelle
- ☰ L'investissement dans le service
- ☰ Réussir une promotion professionnelle
- ☰ Améliorer ses compétences techniques
- ☰ Améliorer ses compétences relationnelles

9. Ces objectifs sont évalués

- 1 fois par an
- 2 fois par an
- Jamais
- Selon les besoins de chaque agent

10. Classez les critères selon leur importance de 1 à 7 (1 étant le moins important et 7 le plus important):

- ☰ La manière de servir
- ☰ Les compétences acquises
- ☰ L'aptitude à l'encadrement
- ☰ Le besoin de formation
- ☰ La perspective d'évolution professionnelle
- ☰ Les résultats professionnels en regard des objectifs fixés
- ☰ Les objectifs pour l'année à venir

11. Combien d'agents encadrez-vous?

12. Selon vous, combien d'évaluations avez-vous réalisé en 2018?

- Entre 30 et 40
- Entre 40 et 50
- Entre 50 et 80
- Plus de 100

13. L'échelle d'évaluation des compétences: "à développer", "Pratique courante", "Maîtrisé", "Expert", "Non requis" est plutôt:

- Très simple d'utilisation
- Plutôt simple d'utilisation
- Plutôt compliquée à utiliser
- Difficile à utiliser

14. Faut-il selon vous, confronter un agent aux situations complexes:

- Dès son arrivée dans le service
- Après son intégration
- Au bout de quelques mois
- Lorsque ses collègues ont confiance en lui

15. Hiérarchiser les méthodes que vous utilisez le plus pour évaluer les compétences de vos agents, de 1 à 7, le 1 pour le plus important et le 7 pour le moins important:

- Observation
- EPP/ audit
- Retours de l'équipe médicale
- Retour de l'équipe paramédicale
- Retour des familles
- Retour des patients
- Contrôle du dossier de soins

16. Avez-vous des IDE expert(e)s

- OUI
- NON

17. Si oui dans quel domaine

- en techniques de soins
- en techniques relationnelles
- dans l'encadrement des étudiants
- en gestion de situation complexe

18. Lorsqu'un agent n'est pas compétent que faites-vous, de 1 à 5 par ordre de priorité:

- Je l'envoie en formation
- Je l'oriente vers un autre secteur
- Je le fait travailler avec un professionnel qui peut l'accompagner
- Je fais un rapport
- Je fixe des objectifs

19. Avez-vous identifié des situations prévalentes de soins sur vos secteurs:

- OUI
- NON

20. Si oui lesquelles

TITRE DU DOCUMENT

Accompagner les cadres de santé à l'évaluation :

un levier managérial pour la reconnaissance des compétences et la fidélisation des infirmières

AUTEUR

LEGER Marjorie

MOTS CLÉS : Turnover, évaluation, compétences, reconnaissance

KEY WORDS Turnover, evaluation, skills, recognition

RÉSUMÉ

Dans le département d'anesthésie d'un groupe hospitalier de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris, le turnover des personnels soignants, et plus particulièrement des infirmières, est en augmentation significative. Parmi les causes de ce phénomène, les infirmières évoquent le manque de reconnaissance de leurs compétences. L'évaluation des compétences fait partie des missions des cadres, pourtant elle semble aujourd'hui vidée de son sens. Depuis la loi de 2012, l'entretien d'évaluation complète la notation afin de la rendre plus fiable et plus exploitable.

L'analyse d'un questionnaire explorant les habitudes des cadres de santé du département et leur rapport à l'évaluation fait apparaître qu'ils ne maîtrisent pas cet exercice. Ils considèrent les entretiens d'évaluation comme une formalité administrative qui n'a pas de sens. C'est pourquoi ils ne sous utilisent les évaluations dans leur pratique managériale. On peut alors légitimement se poser la question de la responsabilité des cadres dans l'augmentation du turnover.

L'objectif de ce projet est de proposer la modélisation d'une démarche d'accompagnement des cadres pour la réappropriation de l'évaluation des compétences. La première étape consiste à accompagner l'équipe des cadres pour les faire adhérer à un projet commun. Puis, il s'agit d'associer les infirmières à la co-construction du support d'évaluation. Enfin, guider les cadres pour l'utilisation d'un support qui leur permettra à la fois de réaliser des évaluations qui ont du sens et d'écrire des comptes-rendus utiles.

L'amélioration des conditions de travail obtenues par la reconnaissance devrait participer à la fidélisation des infirmières. La finalité serait d'obtenir un positionnement de l'équipe d'encadrement dans un management de proximité en faisant de l'évaluation des compétences un outil managérial du quotidien.

ABSTRACT

In the anaesthesia department of the "Assistance-Publique Hôpitaux de Paris" hospital group the turn over of healthcare staff and more particularly nurses, is significantly increasing. Among the causes of this trend, nurses have called attention to a lack of recognition of their skills. Skills evaluation is part of the duties of nurses managers, however it seems today that it is without real meaning. Since the 2012 law, the ranking must be followed and completed by an evaluation interview which is supposed to be a highly valuable evaluation tool.

Both the analysis of the questionnaire evaluating the nurse managers habits, and the way they consider the utility of this evaluation indicate that they do not master this process. They regard skills evaluation interview as simple and meaningless administrative formalities. Consequently, they underestimate its role and their practice of management. This leads to raise the question of the nurses managers's role in the current increase of nurse's turn over in our department.

The aim of this project is to suggest a modelling support approach to the nurse managers toward the recovery of skills assessment. The first step consist in providing support to nurse managers, in order to get them on board on a common project. The second step would be for the nurses to get involved in the elaboration of the evaluation sheets. Finally, the nurses managers would be trained to adequately assess the evaluation sheets, which will allow them to perform relevant evaluations and write meaningful evaluation report. The resulting improvement of the working conditions should contribute to increase the nurses's turn over. The purpose would be to obtain a staff management positioning of proximity management by making skills assessment a tool in everyday life.