

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

## **L'autoévaluation au service du développement des compétences**

Catherine VIGNERON

**DCS@16-17**

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite ».

Henry Ford

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé 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'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu mon Directeur de mémoire Monsieur Franck Lamiré pour sa disponibilité, sa bienveillance, ses encouragements et ses remarques constructives tout au long de la formalisation et de la rédaction de ce travail de fin d'études.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS), pour leur disponibilité durant cette formation.

Je remercie également les Cadres de Santé et infirmières pour leurs participations lors de mon enquête de terrain.

Je tiens enfin à exprimer toute ma reconnaissance à mes collègues de promotion qui ont contribué à la richesse de cette formation ainsi qu'à tous mes proches pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de cette année qui fût extrêmement riche personnellement et professionnellement.

## 1. Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	4
1. De mon expérience à ma question de départ .....	5
1.1 Mon expérience professionnelle .....	5
1.2 Enquête exploratoire .....	8
2. Les compétences .....	11
2.1 Qu'est-ce que la compétence ? .....	11
2.2 Qu'est-ce que manager des compétences .....	12
2.3 Des compétences individuelles vers des compétences collectives .....	13
3. L'évaluation .....	15
3.1 L'évaluation, définition générale .....	15
3.2 Une des modalités actuelles d'évaluation : le système de notation.....	16
3.3 Les missions d'évaluation du cadre de santé .....	17
3.3.1 Les missions du cadre .....	17
3.3.2 Evaluer n'est pas contrôler.....	18
3.3.4 Une posture accompagnante .....	19
3.4 L'évaluation de compétences professionnelles.....	19
3.4.1L'entretien annuel d'évaluation .....	20
3.4.2 Les évaluations des pratiques professionnelles .....	22
2.5 L'autoévaluation : qui l'utilise et dans quel contexte ? .....	23
3.6 La réflexivité .....	26
4. L'alliance des notions d'évaluation et de compétences .....	28
4.1 L'identité professionnelle .....	28
4.2 L'accompagnement dans la professionnalisation .....	29
5. Méthodologie .....	30
5.1 Choix de l'outil : l'enquête qualitative.....	30
5.2 Choix de la population .....	30
5.3 Choix du terrain.....	31
5.4 Elaboration de l'outil de l'enquête.....	31
5.5 Les limites de l'entretien .....	32
6. Résultats de l'enquête.....	33
6.1 La conception des Cadres de Santé.....	33
6.1.1 La compétence .....	33
6.1.2 L'évaluation .....	34
6.1.3 L'autoévaluation.....	35

6.2	La conception des IDE .....	37
6.2.1	La compétence .....	37
6.2.2	L'évaluation .....	37
6.2.3	L'autoévaluation.....	38
7.	Analyse .....	40
7.1	Les paradoxes de l'évaluation .....	40
7.2	Une vision de l'évaluation rapprochée des CDS et IDE .....	40
7.3	L'accompagnement au cœur de la préoccupation des cadres .....	41
7.4	L'autoévaluation serait-elle au service de la reconnaissance ? .....	42
7.4.1	Une notion de cohésion de groupe .....	42
7.4.2	Un pas vers la reconnaissance .....	44
8.	Synthèse de l'analyse .....	48
9.	Un retour sur les hypothèses de départ.....	49
10.	Un véritable apport dans ma pratique de CDS.....	51
	CONCLUSION .....	52
	BIBLIOGRAPHIE .....	53
	ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

APP : Analyse de Pratique Professionnelle

CDS : Cadre de Santé

EAE : Entretien annuel d'évaluation

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

ESM : Ecole Supérieure de Montsouris

FFC : Faisant Fonction de Cadre de santé

GEASP : Groupe d'Entrainement d'Analyse de Situation Professionnelle

GPEC : Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier\$

LMD : License Master Doctorat

RMM : Revue de Morbidité et Mortalité

# INTRODUCTION

Ce travail d'initiation à la recherche s'effectue dans le cadre de l'obtention du diplôme de Cadre de Santé au sein de l'Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS) de l'Ecole Supérieure de Montsouris en partenariat avec l'Université Paris Est Créteil.

Je constate que l'évaluation est devenue omniprésente. Avec les versions successives de la certification, les établissements de santé sont obligés de continuellement s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dispensés à ses patients. L'évolution des pratiques demandent aux établissements et aux professionnels de santé à remettre en cause leurs pratiques afin de les améliorer. Voici l'objet de mon étude.

Plus précisément, la thématique de ce travail est axée sur l'autonomie du professionnel à apprécier ses compétences afin de les développer, en d'autres termes à s'autoévaluer. Ces notions sont, à mes yeux, très importantes dans l'exercice professionnel de chacun.

L'organisation hiérarchique des soignants place le cadre de santé en situation d'interface entre la hiérarchie et les équipes soignantes paramédicales. Il est alors garant du bon fonctionnement de l'organisation d'une unité de soins et de la gestion des compétences des équipes soignantes dont il a la responsabilité. Ainsi l'évaluation de leurs pratiques et de leurs compétences est une mission qui lui revient nécessairement. Ce travail de fin d'étude a pour vocation de nous interroger sur le lien que le Cadre de Santé peut faire entre l'autoévaluation et le développement des compétences des soignants.

C'est ainsi que je vais dans un premier temps vous expliciter le cheminement m'ayant amené à la question de départ. Dans une deuxième partie, je tenterai de construire un cadre théorique et d'exposer les concepts qui m'ont permis d'enrichir mes connaissances et mon questionnement.

Pour illustrer et étayer ce travail, j'exposerai dans une troisième partie l'enquête de terrain que j'ai menée auprès de Cadres de Santé et infirmiers. Les résultats de cette investigation seront suivis d'une analyse et me permettront de vérifier leur adéquation avec mes hypothèses initiales. Avant de conclure, j'exposerai les bénéfices et les limites de ce travail.

# 1. De mon expérience à ma question de départ

## 1.1 Mon expérience professionnelle

Les transformations récentes du monde de la santé laissent à penser à un rapprochement avec les pratiques managériales dans le monde de l'entreprise. L'utilisation à l'hôpital de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), opérationnelle depuis déjà plusieurs années dans les grandes entreprises, ou encore l'apparition de la réforme de juillet 2009 portant sur la formation en soins infirmiers et favorisant l'analyse des pratiques professionnelles, témoignent de la responsabilité du cadre de santé à gérer et évaluer les compétences individuelles et collectives pour garantir la qualité des soins.

### **Mais alors qu'est-ce qu'une compétence et comment en assurer sa pérennisation ?**

Au cours de mon expérience professionnelle et de mes études de Cadre de Santé, j'ai pu me rendre compte que le concept de compétences est polysémique, et peut prendre selon les disciplines, des sens différents. Afin de clarifier cette notion, je fais le choix d'exposer ces trois définitions suivantes :

Le Larousse définit la compétence comme étant « *une capacité reconnue en telle ou telle manière en raison de connaissances possédées et qui donnent le droit d'en juger* »<sup>1</sup>.

Selon Cécile DEJOUX, la compétence « *nécessite des points clés pour exister. Elle est un savoir agir, prend son sens dans l'action, et est dynamique car requiert un apprentissage permanent* »<sup>2</sup>.

Guy LE BOTERF complète cette définition et indique que « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donné...le savoir agir est favorisé par la formation, l'entraînement, le partage de pratiques professionnelles et la connaissance de leurs propres ressources par les individus* »<sup>3</sup>.

Ainsi, une compétence n'est pas une notion figée et reste toujours à adapter au quotidien. Ce concept « *d'apprentissage permanent* » doit cependant être mesuré et évalué afin de pouvoir être développé et ainsi suppose l'intervention d'une tierce personne. En ce sens la notion de compétence implique que, le sujet la mettant en œuvre, dispose d'une part plus ou moins importante d'autonomie décisionnelle.

Mais dans un tel contexte, qui mieux que l'évalué est en capacité à établir l'état de ses connaissances et de ses compétences ? Dès lors, l'autoévaluation prend toute sa

---

<sup>1</sup> : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%c3%a9tence/17648?q=competence#17517>  
consulté le 12/12/2016

<sup>2</sup> C. DEJOUX, Gestion de compétences et GPEC, Paris, Edition Dunod, 2008

<sup>3</sup> G. LE BOTERF, Construire les compétences individuelles et collectives, agir et réussir avec compétences, Paris, Edition Eyrolles, 2010

place : en même temps que le sujet apprend des situations d'évaluations il devient acteur de cette démarche. Par conséquent, évalué et évaluateur évoluent dans une dimension « coopérative », ou l'on peut soulever la question de la posture de l'évaluateur.

### **Je me demande donc sous quelle forme l'autoévaluation peut-elle être présente à l'hôpital ? Quel serait le rôle du cadre de santé ?**

A l'heure où il est question de transformation des organisations hospitalières les cadres de santé sont confrontés à des demandes de plus en plus précises des établissements, qui concernent notamment les procédures d'appréciations du personnel hospitalier et l'amélioration continue de la qualité des soins.

La fiche métier (annexe I) du cadre de santé introduit la notion de gestion et développement des compétences. Faire vivre ces compétences, les exploiter pour valoriser les soignants, favoriser le droit à l'erreur et la coopération interprofessionnelle, permet de générer un sentiment de reconnaissance pour les individus, qui les amène à un vouloir agir, indispensable pour accroître leurs compétences. L'appréciation de ces compétences est alors primordiale et introduit un levier managérial pour le cadre. Une des missions du cadre de santé est de les évaluer. Il dispose pour cela de plusieurs outils : l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), les ateliers d'analyse réflexives, la simulation et l'entretien annuel d'évaluation (EAE).

Jusqu'ici l'entretien annuel d'évaluation est régi par le décret 2010 \_1153 du 29 septembre 2010. Il représente un véritable temps d'échange qui permet au cadre de santé de pratiquer un management par objectifs et par compétences en évaluant et en valorisant les compétences de chacun et ainsi inciter l'implication des agents. *« Il inscrit les évalués dans un parcours de professionnalisation avec pour objectif principal la qualité et la sécurité des soins grâce à l'amélioration des compétences de chacun »*. (Annexe II)

Ceci me renvoie à mon premier entretien annuel d'évaluation. Infirmière depuis 5 ans en secteur privé je n'ai connu qu'un seul entretien annuel d'évaluation. Alors mon premier étonnement est de constater que le cadre réglementaire de l'entretien annuel d'évaluation est différent de celui du secteur public qui s'effectue une fois par an et, qui par ailleurs, sanctionne cet entretien par l'attribution d'une note.

J'ai réalisé ce premier entretien au cours de ma deuxième année d'expérience dans un service de chirurgie générale. Je me souviens avoir ressenti une impression contradictoire. J'étais à la fois soucieuse et impatiente d'avoir un moment d'échange formel avec la cadre du service mais aussi un peu déçue qu'il se réalise deux ans après mon arrivée.

J'en garde néanmoins un excellent souvenir. Il a permis de m'exprimer ouvertement et ce dans un réel échange. Ce dernier s'est déroulé sur environ une heure et s'est articulé en trois temps :

Une première phase a consisté à remplir simultanément avec la cadre du service une grille d'évaluation comportant plusieurs critères tel que « Application dans l'exécution du travail », « Sens du travail en commun », « techniques et démarche de soins » ... Le niveau d'acquisition devait donc être coché : « Maitrisé », « En cours d'acquisition » ou « Insuffisant ».

La deuxième phase de cet entretien a consisté à exposer mes projets personnels ainsi que de fixer des objectifs de travail au sein de l'établissement. Ce fut pour moi l'occasion d'indiquer ma réelle motivation à occuper un poste de faisant fonction de cadre de santé.

La dernière phase de cet entretien s'est révélé être un véritable moment d'échange avec la cadre du service. Celle-ci m'a donné l'opportunité d'exprimer mon avis sur l'organisation du service et exposer des suggestions de changements. J'ai vécu ce dernier temps comme un moment de reconnaissance et de valorisation.

La reconnaissance des compétences par le cadre de santé peut être, élément moteur en termes de motivation et de maintien et/ou de développement de compétences. Cet entretien d'évaluation m'a pour exemple permis d'exposer mon projet professionnel d'être cadre de santé, qui était présent depuis mes premiers mois d'exercices en qualité d'infirmière.

Exerçant au sein d'un établissement privé, je souligne qu'aucune note n'a été apportée dans ce bilan d'évaluation et que seules des appréciations ont été formulées.

**Je me demande alors si cette absence de notation renforce la notion de confiance et d'échange qui peut s'instaurer durant un entretien annuel d'évaluation ?**

En prenant un peu de recul sur mes deux premières années dans ce service, ayant bénéficié seulement de deux journées d'encadrement à mon arrivée, il n'a pas toujours été évident de savoir me positionner. J'ai souvent dû remettre en question mes pratiques et m'interroger sur leurs qualités. Pour cela je me suis rapidement tournée vers mes collègues afin d'échanger nos points de vue, ressentis et pratiques de soin. J'ai pu avec cette expérience consolider mes acquis et développer de nouvelles compétences. **Alors en quoi le développement des pratiques réflexives peut-il être favorisé par l'autoévaluation ?**

En effet chaque professionnel endosse la responsabilité d'être acteur de son avenir professionnel et de son développement des compétences. L'autoévaluation peut être un levier afin de favoriser ce processus.

Prenons l'exemple des pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La HAS a pour mission d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé. Elle conçoit et met à disposition des acteurs de santé des outils, guides et méthodes afin d'améliorer leurs prises en charge ou l'amélioration de leurs projets. Ainsi l'hôpital s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue des soins et d'évaluation des pratiques notamment lors d'une démarche d'accréditation. Celle-ci amène l'établissement à évaluer ses propres champs de compétences, il « s'autoévalue » à partir de grilles ou de recommandations. Au sein de l'établissement où j'exerce, afin de préparer la certification V2014, des groupes de travail se sont réunis régulièrement afin d'établir un état des lieux des pratiques observées. Des formes d'autoévaluation initiales ont permis d'impulser un échange de pratique afin d'améliorer la qualité de soins.

En échangeant sur ce sujet avec mes collègues de l'Ecole supérieure de Montsouris (ESM), je constate que si ce principe d'évaluation n'est généralement pas contesté, il

peut néanmoins être vécu comme une sanction par les professionnels. A l'issu de mes réflexions sur mon vécu professionnel j'ai souhaité confronter ma vision de l'évaluation avec celles d'infirmières et des cadres de santé.

## 1.2 Enquête exploratoire

A l'issu de mes lectures exploratoires, j'ai réalisé des entretiens auprès d'une cadre de santé et une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) du secteur privé, et une cadre de santé et IDE de la fonction publique afin d'affiner ma question de recherche.

Pour les cadres, les questions ouvertes abordées ont été :

Selon vous quels impacts peuvent avoir les EAE ?

Comment le cadre favorise le développement des compétences et s'assure de sa pérennité ?

A quoi vous fait penser l'autoévaluation dans vos pratiques au quotidien et celles de vos agents ?

Pour les IDE, les questions ouvertes abordées ont été :

Qu'attendez-vous des cadres de votre équipes lors d'un EAE ?

Selon vous qu'est ce qui favorise la mise en évidence de vos compétences ?

Est-ce que vous vous êtes déjà autoévalué et si oui dans quel contexte ?

L'ensemble de ces questions sont en Annexes III

Même si tous les professionnels s'accordent à juger l'entretien annuel d'évaluation comme un moment propice à l'échange, trois me transmettent leurs réticences face à cette pratique.

Les cadres me disent consacrer beaucoup de temps à la préparation de cet entretien car il doivent aborder beaucoup trop d'objectifs à la fois : évaluer les compétences, fixer des objectifs personnels, pour le service et pour le pôle de l'établissement et enfin aborder les ressentis du salarié. Une des Cadres de santé interrogée durant mes entretiens exploratoires me dit que l'évaluation en général donne lieu à une augmentation des tâches et à une « *bureaucratization des procédures souvent liés à une politique de chiffre* » au dépend de certains objectifs. Les cadres différencient donc bien EAE et entretiens professionnels, et s'appuient sur ces derniers afin d'avoir un suivi continu de l'équipe soignante.

Par ailleurs l'utilisation de grille de notation est remise en cause par les IDE qui jugent cet outil comme « infantilisant » et « trop scolaire », ne reflétant pas les compétences réelles d'un professionnel ». Elles témoignent que ces compétences sont essentiellement mises en évidence par la qualité des soins, l'échange de pratiques entre professionnels, et la reconnaissance et valorisation de leur travail. Enfin, elles parlent de doubles reconnaissances, celles de leurs compétences et celle de l'individu.

La notion d'autoévaluation apparait seulement lorsque qu'une IDE mentionne les activités de E -Learning afin de réactualiser ses connaissances.

Les cadres me disent qu'elles s'autoévaluent en « collectif » et échangent leurs ressentis, leurs pratiques et des axes d'amélioration. Elles « espèrent » que leurs équipiers partagent cette activité afin qu'ils se rendent acteurs dans leur carrière professionnelle.

Ainsi deux notions sont en corrélation avec mes observations initiales : **continuité d'apprentissage** et **autoévaluation effective sous forme d'échanges de pratiques**.

Y aurait-il plusieurs niveaux d'autoévaluation ? Plusieurs niveaux d'analyses de pratiques entre professionnels ?

Y a-t-il une relation entre l'autoévaluation et l'analyse des pratiques.

A l'aide de toutes ces interrogations et afin de donner une direction au cadre conceptuel je formule ma question de recherche ainsi :

**En quoi l'autoévaluation est-elle un levier managérial afin de développer les compétences d'une équipe soignante ?**

Mon mémoire a pour but de comprendre le rapport que les professionnels, Cadre de santé et infirmiers, peuvent avoir avec l'autoévaluation afin de pouvoir générer un processus de développement de compétences. Alors que l'autoévaluation est recommandée par la HAS, et que les Cadres de Santé sont garant de la qualité et de la sécurité des soins, je m'interroge à savoir pourquoi la sphère de l'autoévaluation est si peu investie au sein des services alors même que les Cadres de Santé ont conscience de l'intérêt pour elles. Pourquoi ne s'en servent-elles pas comme levier managérial pour les équipes qu'elles managent ? Par ailleurs au regard des entretiens exploratoires il semble que les infirmières restent réticentes à la pratique d'autoévaluation. Comment le Cadre peut-il impulser cette pratique ?

Afin d'affiner ma réflexion sur ce sujet, il me semble important de formuler les hypothèses suivantes :

**Hypothèse n°1 :**

**Il semble que les IDE n'investiraient pas la sphère de l'autoévaluation par défaut d'explication d'utilité et des actions d'exécutions de la part des cadres de Santé**

**Hypothèse n°2 :**

**Bien que les cadres aient conscience que le management par les compétences soit un levier certain, elles ne favorisent pas l'autoévaluation auprès des équipes qu'elles encadrent par manque d'outil.**

### **Hypothèse n°3**

**L'auto évaluation peut constituer pour le cadre un levier d'animation des équipes soignante en permettant à chacun de développer ses compétences**

Afin de tenter d'expliquer ces diverses pratiques émanantes des Cadres de Santé et des équipes soignantes, je commencerai le cadre de référence théorique par la notion de compétence. Ensuite j'explorerai le concept de l'évaluation puis poursuivrai par l'observation de l'utilisation de l'autoévaluation au sein des Etablissements de Santé et de Formation. Enfin je tenterai de mettre en lien ces deux grands concepts qui sont les compétences et l'évaluation.

## 2. Les compétences

### 2.1 Qu'est-ce que la compétence ?

Le concept de compétence est aujourd'hui très utilisé tant dans le domaine des ressources humaines qu'en formation. Mais qu'est-ce qu'une compétence ?

A l'origine du concept de compétence se trouve l'idée qu'il ne suffit pas de maîtriser des savoirs, car ce qui importe est ce que l'on fait de ses connaissances. Ce concept s'est développé à partir des années 1930 dans le milieu du travail avant de gagner progressivement le monde de la formation professionnelle.

Le concept de compétence se rattache à la relation entre les connaissances et l'action. Guy LE BOTERF parle de « savoir d'action ». Ce dernier définit la compétence comme « un savoir agir validé dans une situation professionnelle complexe et en vue d'une finalité ; elle est le résultat de la combinaison de différents types de ressources »<sup>4</sup>.

La compétence se démontre dans la capacité d'un individu à mobiliser des connaissances acquises et les ressources de l'environnement dans un contexte particulier. Elle se développe dans la capacité à s'adapter aux changements. De plus elle s'évalue en contexte, par les pairs. Ceci laisse le champ d'action à l'autoévaluation par l'apprenant qui peut avoir plus facilement conscience de sa progression.

Construire une compétence nécessite une progression, c'est un parcours constitué d'étapes : partir d'une situation simple pour aller dans la complexité des connaissances, des savoirs faire et savoirs être, en incluant une attitude réflexive de la part de celui qui réalise l'activité.

Selon Guy LE BOTERF, la compétence d'un professionnel comporte trois dimensions complémentaires qui se concrétisent autour de trois axes :

- *L'axe de l'action contextualisé*, c'est-à-dire celle de la pratique professionnelle et de ses résultats. Le professionnel compétent doit savoir agir en situation.
- *L'axe des ressources personnelles et externes* auxquelles il doit savoir faire appel pour agir (acquises personnellement comme des connaissances ou des ressources qu'il ne possède pas mais auxquelles il peut avoir recours comme des banques de données, des collègues de travail...).
- *L'axe de la prise de recul*, qui concerne la capacité du professionnel à prendre une distance critique par rapport à ses pratiques. En prenant du recul, en effectuant un travail réflexif, le professionnel développe sa capacité à conduire lui-même ses apprentissages, à auto-réguler ses activités ou pratiques, à transposer dans d'autres contextes ce qu'il a appris dans un contexte particulier. Il peut donc procéder à une analyse de pratiques. Cependant ce retour sur soi ne s'effectue pas spontanément, « il suppose un apprentissage et l'appui d'un accompagnement. »<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> [http://www.mqform.org/referentiel/la\\_competence\\_du\\_professionnel\\_.htm](http://www.mqform.org/referentiel/la_competence_du_professionnel_.htm) consulté le 12/02/2017

<sup>5</sup> G. LE BOTERF, Ingénierie et évaluation des compétences, 6<sup>ème</sup> Edition Eyrolles, Paris, P.88

Face à ces diverses situations et ressources nous pouvons penser qu'il existe une pluralité de compétences et donc de pratiques professionnelles.

Une pratique professionnelle est le déroulé de décisions et d'actions qu'une personne met en œuvre pour faire face aux exigences prescrites d'une situation professionnelle. « *Chaque individu met en œuvre des pratiques qui lui sont singulières* »<sup>6</sup>.

Par rapport à une situation professionnelle donnée, plusieurs individus pourront mettre en œuvre des pratiques plus ou moins distinctes et qui leur sont propres. Certaines peuvent être pertinentes d'autres non. Selon le degré d'ouverture ou de fermeture de la prescription, les personnes disposeront de marges de manœuvre plus ou moins grandes.

Guy LE BOTERF parle de schème opératoire. Il représente ce qui sous-tend une pratique, ce qui l'oriente, ce qui l'organise. C'est « *un modèle d'action, ou encore une certaine façon de s'y prendre* » que la personne a construite au cours de ses diverses expériences. C'est un ensemble organisé de règles, d'actions, de raisonnements, de postures qu'elle peut mobiliser face à des types de situations susceptibles de se représenter. Nous pouvons donc penser qu'il peut y avoir plusieurs bonnes pratiques correspondant à un même type de situation à gérer et donc avoir plusieurs schèmes opératoires pertinents par rapport à une même situation professionnelle dans laquelle il convient d'agir.

Mais alors, comment son manager ces compétences et par qui ?

## 2.2 Qu'est-ce que manager des compétences

Si définir la compétence s'avère être une tâche ardue qui a mobilisé de nombreux chercheurs, analyser le management par les compétences est également une tâche assez vaste.

Traiter du management des compétences c'est « *traiter des effets sur la conduite générale des organisations d'une approche des hommes et du travail fondée sur l'usage et la notion de compétence* »<sup>7</sup>. Celle-ci renvoie aux multiples manières de concevoir et de définir les capacités individuelles ou collective de mobilisation dans l'action, des connaissances, savoir-faire et comportements qui assurent l'efficacité de l'activité humaine en situation de travail.

La notion de management concerne quant à elle l'ensemble des actions impliquées dans la conduite des organisations pour réaliser leurs finalités et leurs objectifs. Ces actions se déclinent en termes d'organisation, de planification, d'animation et d'évaluation.

Le management des compétences constitue alors un levier stratégique du développement de toute organisation. Il n'a pas pour vocation de contrôler mais de créer des conditions nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation. Il permet le pilotage de l'entreprise et a pour objectif de développer l'intelligence collective en

---

<sup>6</sup> G. LE BOTERF, Ingénierie et évaluation des compétences, 6<sup>ème</sup> Edition Eyrolles, Paris, P. 76

<sup>7</sup> DIETRICH A., GILBERT P, PIGEYRE F., Management des compétences, enjeux, modèles, perspectives, Edition Dunod, Paris, 2010, P. 1

stimulant chaque salarié afin qu'il développe des comportements au travail favorisant la réussite collective.

Cependant il ne faut pas confondre gestion des compétences et management des compétences.

Le management des compétences concerne le pilotage des actions sur le terrain tandis que la gestion des compétences est plutôt considérée comme une fonction d'élaboration et d'application de règles et de gestion définies par les Ressources Humaines. Qu'elle soit prévisionnelle ou pas, la gestion des compétences vise à réduire un écart entre les compétences requises par les postes de travail et les compétences possédées par leurs titulaires.

Le management des compétences a donc un champ d'action plus vaste et plus complet. Il n'est pas centré sur les compétences requises par des postes de travail mais sur les compétences possédées par les individus. Ici les collaborateurs et leurs compétences sont le point de départ et non l'aboutissement. Dans un univers incertain les résultats et les comportements n'étant pas formalisables, personne ne peut en déduire les compétences requises. Seules les compétences possédées sont connues et le management par les compétences cherche à les valoriser et les développer.

Le manager doit donc se poser diverses questions : Quelles sont les compétences possédées par les collaborateurs ? A partir de ces résultats lesquels peuvent-ils atteindre ? Comment combiner leurs compétences pour produire une performance collective qu'aucun d'eux ne pourrait obtenir seul ?

Développer des compétences c'est donc les identifier, leur faire prendre de la valeur et les combiner les unes aux autres.

De quels leviers peut alors disposer le manager afin d'y parvenir ?

Manager des compétences est aussi animer une équipe, au sens de lui donner une âme. Une équipe ne se réduit pas aux individus qui la compose. L'animation a pour fonction de transformer plusieurs individus en un groupe et de convertir leurs compétences individuelles en performances collectives.

## 2.3 Des compétences individuelles vers des compétences collectives

Cécile DEJOUX et Guy LE BOTERF mettent l'accent sur la qualité de la coopération interprofessionnelle comme facteur déterminant dans la construction des compétences collectives<sup>8</sup>. La valeur des compétences d'une organisation n'est pas faite de la simple addition des compétences individuelles mais de leurs combinaisons spécifiques.

Pour être efficace en termes de valorisation des agents, et active sur les compétences, la coopération doit résulter d'une volonté de faire partager l'information, être interactive et fondée sur la capacité des acteurs à prendre des initiatives et à gérer la qualité des interfaces.

---

<sup>8</sup> LE BOTERF G, Construire les compétences individuelles et collectives, agir et réussir avec compétences, Paris, Editions Eyrolles, 2010

Le cadre de santé doit la privilégier afin d'entretenir un climat social serein et favoriser l'engagement de tous. Il peut ainsi expliquer à l'équipe que chacun a un rôle défini et primordial, et l'importance de travail de chaque individu dans le service. De cette manière il peut maintenir la cohésion et favoriser l'expression de chaque personne, qui se sent reconnue et valorisée dans son travail. Cette coopération peut être effective à tous les niveaux : soignants et managers.

Comment le cadre peut-il favoriser cette coopération au sein d'un collectif de travail ?

Le rôle du cadre est essentiel dans le développement des compétences tant individuelles que collectives des agents placés sous sa responsabilité. Faire vivre ces compétences, les exploiter pour valoriser les agents, favoriser le droit à l'erreur, la coopération interprofessionnelle, permet de générer un sentiment de reconnaissance pour les individus, qui les amène à un vouloir-agir indispensable pour accroître leurs compétences. Un climat social serein et une communication adaptée sont des éléments clés pour y parvenir, et il incombe au cadre de tout mettre en œuvre pour les réunir.

À cela s'ajoute l'appréciation et l'évaluation des compétences, qui je pense est primordiale. Cette responsabilité est, entre autres, celle du manager.

## 3. L'évaluation

### 3.1 L'évaluation, définition générale

Les définitions du termes évaluation ne manquent pas.

Le dictionnaire français Le Larousse définit l'évaluation comme « *une action d'évaluer, de déterminer la valeur de quelque chose*<sup>9</sup> ».

D'une manière empirique l'évaluation renvoie à juger, estimer, peser en référence à des normes, des modèles, des valeurs...

Pour Hervé LETEURTRE, l'évaluation se définit comme une démarche itérative et rétro active qui va de fixation d'objectifs à l'appréciation de leurs atteintes. L'évaluation semble apparaitre comme « *l'appréciation portée sur le travail d'un agent dont les taches ont été définies en relation avec les objectifs de l'hôpital, remplies dans un cadre environnemental procédurier et humain qui s'impose à lui et dont on a mesuré les effets en fonction d'indicateurs préalablement définis par avance et connu de lui* »<sup>10</sup>.

Selon Michel VIAL, l'évaluation n'est aujourd'hui plus réductible au scolaire. Elle n'est pas la seule mesure des acquis, n'est ni réductible à la vérification des savoirs ni à la pratique de la notation. « *Elle ne se restreint pas à des moments identifiables, spécifiques, appelés bilans, tests, épreuves, ou il s'agit de contrôler l'atteinte d'objectifs et de comportements attendus* »<sup>11</sup>.

L'évaluation est une pratique dans le champ des ressources humaines qui se décline en plusieurs thématiques correspondant à des processus dans l'organisation, dont l'importance varie selon le modèle d'évaluation convoquée. Michel VIAL évoque les quatre suivants :

- cognitive (production de connaissances)
- instrumentale (visant à produire des stratégies d'amélioration ou de changements)
- d'orientation (visant à proposer une politique pour l'organisation)
- de professionnalisation des acteurs qui se repèrent dans des pratiques et s'auto évaluent pour être réflexifs, autonomes et responsable.

Ainsi, évaluer implique d'établir une relation qui n'est pas mécanique et technique. C'est une rencontre entre personnes où les émotions et les projections sont inévitables. L'évaluation est là, en continue, au cœur de la relation dans les métiers de l'humain. Ce n'est pas un simple outil. Par évaluation, on ne désigne donc pas seulement les pratiques de contrôles de conformité, de certification des acquis ou des compétences mais aussi l'évaluation au service du développement des sujets.

---

<sup>9</sup> Dictionnaire Le Larousse

<sup>10</sup> LETEURTRE H., l'évaluation des performances du personnel à l'hôpital, ESF éditeur, Paris, 1991

<sup>11</sup> VIAL M., Se repérer dans les modèles d'évaluation, Edition Deboeck supérieur, 2012, p7

L'évaluation s'inscrit dans une pratique culturelle relativement récente dans le monde médical français. Elle a été introduite dans les textes relatifs au système de santé français par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Elle engage les établissements de santé dans une « *évaluation des pratiques professionnelles... et de toute action concourant à une prise en charge globale afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* <sup>12</sup> ».

Ce dispositif a été renforcé par l'ordonnance du 24 avril 1996 qui institue l'accréditation de tous les établissements de santé dans un délai de 5 ans ».

Une agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) est créée pour la mission de « *favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles* » et deviendra en 2004 la HAS.

L'évaluation est devenue une activité omniprésente, à laquelle rien ne semble pouvoir échapper. Aucune pratique sociale, aucun acteur ne sont épargnés.

En janvier 2008, par exemple, le rapport de la « commission Attali » prévoyait (décisions 227 et 228) d'évaluer tous les services de l'Etat (écoles, universités, hôpital, administration...), et de faire évaluer tout agent d'un service public (professeur, fonctionnaire, médecin) à la fois par ses supérieurs et par les usagers. Et au-delà des services publics, l'évaluation n'épargne aucun secteur ni personne.

L'enquête exploratoire que j'ai réalisée témoigne de la difficulté pour un évaluateur de trouver une appréciation qui reflète fidèlement la valeur de l'agent. N'oublions pas que le principe même de l'évaluation est de fournir à l'individu les bases lui permettant d'améliorer ses pratiques professionnelles.

Analysons comment le système de notation peut remplir cette fonction.

### 3.2 Une des modalités actuelles d'évaluation : le système de notation

L'article L814 du code de la Santé Publique (Annexe IV) prescrit l'attribution, chaque année à tout agent en activité ou en service détaché, d'une note chiffrée accompagnée d'une appréciation écrite exprimant sa valeur professionnelle. Le but de la notation est de comparer les qualités professionnelles de l'agent à celles qui nécessitent l'exercice correct de la fonction qu'il occupe. La notation du personnel hospitalier relève de l'arrêté du 6 mai 1959.

C'est un supérieur hiérarchique qui attribue une note à l'agent. Une procédure de révision de la note et des appréciations est autorisée et sera à l'initiative et à la demande de l'agent.

Cette notation aura évidemment des conséquences sur l'évolution de carrière des agents, notamment par le biais d'avancement d'échelon en fonction de l'ancienneté et de la valeur professionnelle des fonctionnaires ainsi que sur le montant du salaire et des primes de service.

---

<sup>12</sup> Art L 710.4 Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Paris, Editions du Journal Officiel, paru le 2 août 1991, p 10255-10268

Les critères d'appréciation de la note, au nombre de cinq, sont fixés de façon immuable par l'arrêté du 6 mai 1959 et modifié par l'arrêté du 29 juin 1978. Les valeurs attribuées à chaque critère s'échelonnent de 0 à 5, le total maximum étant de 25. Cette note chiffrée a pour objectif d'établir un classement.

Mais quel est l'utilité de ce classement ? Une bonne note qui pourrait être synonyme d'accès à une formation alors que cette formation aidera davantage l'agent moins bien noté à progresser ?

Une autre limite qui m'interroge est celle du devenir de l'évolution d'un agent en fin de carrière ou la note ne peut que très peu ou plus évoluer. Qu'en est-il alors de la reconnaissance de son implication dans sa fonction ?

### 3.3 Les missions d'évaluation du cadre de santé

L'évaluation s'appuie avant tout sur l'engagement et la responsabilité de celui ou celle qui la pratique, pour en développer une approche construite et réaliste autour de l'individu, de sa capacité d'être et de s'adapter à la vie collective professionnelle ou en société. Cette pratique d'évaluation « *milite pour une qualité de relation qui mobilise la présence de chacun, plus que le recours exclusif à des outils, dont le niveau de délégation, semble inversement proportionnel à l'investissement humain* »<sup>13</sup>

L'évaluation est un processus inné et spontané de différenciation se traduisant par une prise de décision, et l'affirmation d'un jugement. De façon structurée, « *c'est un processus de recueil d'information pertinentes valides et fiables, et d'examen du degré d'adéquation entre ces informations et des critères choisis en vue de fonder la prise de décision* »<sup>14</sup>.

Avec la mise en œuvre des plans 2007 et 2012 de la nouvelle gouvernance, les établissements de santé doivent relever un double défi : rationaliser leurs activités tout en satisfaisant à l'exigence de qualité des soins.

#### 3.3.1 Les missions du cadre

Ces exigences d'efficience rendent les missions du cadre de santé multiples et complexes.

Les jeunes infirmiers, aujourd'hui, ont modifié la façon dont ils gèrent leur carrière. « *Le turn-over actuel est de trois à cinq ans, contre dix à quinze il y a quelques années* »<sup>15</sup>. Ce phénomène peut induire une perte du savoir et du savoir-faire collectif dans les services de soins, particulièrement dans les unités qui nécessitent des compétences spécifiques. De plus, ces infirmiers sortent souvent de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) quand ils arrivent dans ces services et ne sont peut-être pas compétents immédiatement. Je m'interroge donc sur la façon dont les cadres de santé peuvent développer et valoriser leurs compétences individuelles mais également sur leurs rôles dans le partage des compétences collectives afin de garantir aux patients une prise en charge de qualité.

---

<sup>13</sup> LHERMIE S., L'évaluation professionnelle, Gereso édition 2015

<sup>14</sup> Cottret Y. , L'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, culte ou culture ? Soins Cadres 18/02/08

<sup>15</sup> ORLUK C, Soins Cadres n°90, mai 2014

La fiche métier du cadre de santé, consultable dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière souligne les nombreuses missions du cadre en termes d'évaluation :

- **Évaluer**, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et **évaluer** les performances collectives et/ou individuelles
- Établir / **évaluer** / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et **évaluer** un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation (sous-entend **évaluer** des besoins)
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence (sous-entend **évaluer** les outils déjà existants)

Ces savoir-faire requis peuvent faire référence aux différentes modalités d'évaluation existantes :

- l'entretien annuel d'évaluation
- l'évaluation des pratiques professionnelles
- l'autoévaluation
- l'évaluation des besoins en formation

Ainsi, l'évaluation réalisé par le cadre de santé est double. Elle est en lien avec les procédures et avec les dimensions humaines du travail des soignants (attitudes, relationnelles). Ce premier type d'évaluation est relativement facile à effectuer compte tenu qu'il s'adosse à des protocoles contrairement aux dimensions humaines du travail qui procède à une interprétation par le cadre des évènements.

### 3.3.2 Evaluer n'est pas contrôler

L'objectif des procédures de contrôle est de mesurer le degré de conformité ou l'écart avec une norme de référence : il est axé sur l'homogénéité et la cohérence par rapport à un modèle, identique pour tous, fixé, imposé qui ne peut guère être remis en question.

Dans le champ pédagogique, l'idée de contrôle se réfère au modèle dominant qui présuppose que l'apprenant apprend ce que le formateur enseigne et qu'il s'agit de remplacer le « *vide de l'ignorance* » du premier par le savoir du second<sup>16</sup>. Le pouvoir et le savoir sont attribués à une seule instance. Le contrôle fait partie du domaine de la vérification des procédures.

---

<sup>16</sup> [http://www.ihoes.be/PDF/JP\\_Nossent-Evaluation\\_Contrôle.pdf](http://www.ihoes.be/PDF/JP_Nossent-Evaluation_Contrôle.pdf) consulté le 26/02/2017

Or, l'évaluation, qui renvoie à la notion de valeur, ne vérifie pas le respect des procédures mais apprécie la valeur d'une action. Dans la logique de l'évaluation, on postule que tout un chacun est capable d'apprendre et de comprendre par soi-même. Cette notion porte ainsi sur l'autonomie du travail et sur le principe d'égalité : le processus d'apprentissage va de savoirs à savoirs, et non pas d'ignorance à savoirs. L'évaluation est là pour stimuler et accompagner la construction des savoirs. Elle implique un questionnement sur le cheminement, sur son déroulement et sur son sens : qu'avons-nous produit ? Quel sens cela a-t-il ? Comment cheminer à l'avenir ? Ce cheminement que le cadre de santé doit donc exploiter, est un processus à long terme qui nécessite entre autres que le manager adopte une posture accompagnante.

### 3.3.4 Une posture accompagnante

La notion de cadre de proximité prend ici toute son importance et restitue l'individu au cœur des préoccupations du cadre de santé.

Il va de soi que l'évaluation, au sens où elle est entendue ici, ne peut pas porter seulement sur des données et des observations objectives mais doit aussi prendre en compte une notion de subjectivité. Selon la vision de l'évaluateur il apparaît que l'évaluation a toujours une visée informationnelle, dans une logique de mise en rapport d'une situation de travail avec des impératifs d'ordre éthique, pédagogiques et organisationnels.

Prenons l'exemple de l'entretien annuel d'évaluation. La relation préalable qui existe entre l'évaluateur et l'évalué est un facteur déterminant de ce qui peut être dit. En effet les cadres interrogés durant mes entretiens exploratoires me font part de « *moments privilégiés de communication entre le cadre de santé et l'IDE* ». Ici l'évaluation est une occasion de rencontre entre le cadre et le professionnel. L'évaluation est alors un axe clé du management qui s'inscrit dans un souci de progression de valorisation et de reconnaissance.

## 3.4 L'évaluation de compétences professionnelles

Avant même tout débat sur la légitimité d'évaluer et sur les formes pertinentes de l'évaluation, il convient de se poser une première question simple : qu'évalue-t-on ? Si un accord entre évaluateur et évalué n'est pas dégagé sur ce qui est mesuré, alors on comprend aisément que la légitimité de la mesure dans son principe, ses modalités et ses résultats, risque de poser problème.

Opérationnelle dans les grandes entreprises depuis les années 1990, l'hôpital adopte de nos jours la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Depuis juillet 2009, la formation en soins infirmiers a été réformée, le principe de l'alternance intégrative affirmée et l'analyse des pratiques professionnelles valorisée. Le cadre de santé doit alors gérer des compétences individuelles et collectives pour garantir une qualité des soins. Les référentiels emplois compétences recensent les activités de chaque profession. Il se pose alors la question de la définition d'une compétence, de son développement et de son évaluation.

Un tel système d'évaluation des compétences, doit permettre une maîtrise plus efficace de certains éléments de gestion tel que la gestion des carrières, la gestion

prévisionnelle du personnel, et la gestion de la formation, sans négliger pour autant les dysfonctionnements sociaux ou plus généralement le climat social d'un établissement.

Les personnels hospitaliers attendent, comme les salariés de toute entreprise, autant une reconnaissance objective de leur mérite, qu'une amélioration de leurs rémunérations ou de leurs conditions de travail. En effet, précis dans ses exigences et rétroactif dans ces effets, le système d'évaluation des compétences, peut permettre, par une prise en compte systématique de l'agent au travers de ses potentialités, de ses aspirations, de ses difficultés et de son travail, une approche de la gestion des ressources humaines plus efficace et plus personnalisée.

La notion d'évaluation des compétences apparaît avec l'arrêté du 29 septembre 2010<sup>17</sup> relatif à l'entretien professionnel annuel des personnels de la fonction publique. Il impose l'appréciation des agents selon leurs résultats professionnels, et porte sur les compétences acquises, les besoins en formations ainsi que sur les perspectives d'évaluation de carrière. Le rôle du manager devient ici prépondérant.

### 3.4.1 L'entretien annuel d'évaluation

L'entretien annuel est un acte qui recouvre trois principales fonctions : d'appréciation, de communication et d'orientation.

Le manager aura alors pour rôle d'apprécier le travail de l'agent, ses compétences, son niveau de contribution et ses résultats atteints en rapport avec les objectifs fixés. Par ailleurs, ce dernier doit instaurer un réel climat de confiance et d'échange et ainsi dialoguer sur le contexte de l'entreprise et les conséquences sur le service et l'activité de l'individu. Son rôle sera également de prévenir les conflits et les risques psychosociaux. Enfin le cadre de santé endosse une fonction d'orientation, définit des priorités, des objectifs et des plans de développement des compétences. Il doit anticiper les perspectives d'évolutions des collaborateurs et les moyens d'y parvenir. Idéalement l'entretien annuel d'évaluation est un rendez-vous périodique et annuel. Il n'existe pas de période idéale de réalisation mais il doit exister une certaine cohérence entre la finalité des entretiens et leur moment de réalisation. La bonne réalisation de l'entretien dépend pour une large part, de sa préparation par le manager et par l'agent et ceci en vue de favoriser l'autoévaluation de l'agent. Cette démarche s'inscrit dans un but d'évaluer pour évoluer. Les dates de réalisation des entretiens doivent donc être annoncées suffisamment tôt à l'agent pour qu'il puisse se préparer.

Par ailleurs cet entretien doit se réaliser dans des conditions propices à l'écoute et au dialogue. Le cadre de santé doit veiller à l'organiser dans un endroit calme, avec une durée suffisante pour qu'un dialogue s'installe.

La nécessaire prise en compte des risques psychosociaux a renforcée la contrainte juridique relative à l'évaluation des salariés. L'entretien annuel n'est plus seulement appréhendé sous un angle managérial mais aussi sous l'angle du bien-être et de la santé mentale au travail. Ainsi, « *si le droit de l'employeur en matière d'évaluation de la performance de ses salariés est formellement reconnu, la jurisprudence permet d'encadrer de plus en plus finement le déroulement des entretiens d'évaluation* »<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022872294> consulté le 26/02/2017

<sup>18</sup> Fiche pratique l'entretien annuel d'évaluation : mode d'emploi

Notons par ailleurs que le besoin de reconnaissance par l'agent passe par le fait de savoir ce que sa hiérarchie pense de lui. La dimension communicationnelle de l'entretien prend alors toute sa valeur.

Selon Claude LEVY LEBOYER, l'entretien est « *une situation sociale où les deux protagonistes apportent leurs préjugés personnels et leurs représentations des qualités nécessaires pour réussir* ». <sup>19</sup>

Mais alors comment s'articulent ces entretiens ?

Leurs pratiques reposent sur le concept de la fenêtre de Johari.

Le modèle de la fenêtre de Johari, qui tire son nom des prénoms de ses concepteurs, Joseph Luft et Harry Ingham, est un schéma qui représente le degré de connaissance de l'autre et de soi-même dans les relations entre individus. Elle traduit les différentes interactions entre individu et le groupe dans lequel il évolue.

Fenêtre de Johari<sup>20</sup> :



La zone publique : Ce domaine recouvre les comportements, attitudes exprimées par un individu et observables par le groupe, par les autres. Dans la dynamique de groupe, il s'agit de connaissances et expériences qu'un sujet possède et qu'il communique volontairement aux autres.

La zone aveugle : Ici, l'individu manifeste des comportements perçus par les autres, mais qu'il ignore lui-même. Dans la dynamique de groupe, il s'agit de comportements et de manifestations qu'un individu peut apprendre ou améliorer au contact des autres.

La zone cachée : cette zone recouvre les comportements et attitudes que l'individu ne veut pas partager avec les autres. Dans la dynamique de groupe, il s'agit de connaissances et expériences qu'un individu ne veut pas transmettre volontairement aux autres.

<sup>19</sup> Levy Leboyer, C, Evaluation du personnel, quels objectifs ? Quelles méthodes ? Paris, Edition des organisations, 1996

<sup>20</sup> <http://public.iutenligne.net/sciences-humaines-et-sociales/roche/GRH/VivreEquipeProjet/fenetrejohari.html> consulté le 08/05/2017

La zone inconnue : "Ce qui est inconnu de soi et inconnu des autres". Les activités de la conscience sont inconnues de l'individu et des autres.

Ex: ni moi, ni les autres ne savons comment je réagirai face à la mort.

Cette « mise en lumière » du fonctionnement de certaines parties de moi est facilité par l'expression aux autres des éléments de la face cachée ou alors en intégrant les feed-back reçus à propos de la zone aveugle. Accroître le quadrant de la zone publique au travers de ses expériences relationnelles, permet d'élargir la conscience de soi, de renforcer sa capacité de perception, de générer plus de choix dans ses modes de communication

La fenêtre de JOHARI nous fait prendre conscience de la nécessité de nous connaître nous-même et de connaître les autres afin d'agir efficacement.

Une connaissance complète de soi et des autres nécessite certes de savoir quels sont les savoirs et savoir-faire détenus par chacun, mais surtout d'appréhender les comportements (savoir-être) de chacun.

L'EAE repose donc sur un axe essentiel : la communication. Il constitue un moment unique d'échange et de dialogue. Evaluer n'est plus le reflet d'un acte unilatéral mais le résultat d'un bilan partagé entre l'agent et son manager.

Cependant l'évaluation des compétences ne se résume pas à l'entretien annuel mais suppose également une observation des pratiques professionnelles à l'aide, par exemple, des évaluations de pratiques professionnelles (EPP).

### 3.4.2 Les évaluations des pratiques professionnelles

Selon la HAS, « *l'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques et de la qualité de la prise en charge des patients. Cette démarche concerne la pratique médicale et paramédicale, ambulatoire et en établissement de santé.* »<sup>21</sup>

L'EPP s'inscrit dans une évolution de l'amélioration des soins. Elle se définit comme une appréciation à un instant « T » des soins prodigués en comparaison avec des recommandations professionnelles validées par la HAS. Cette évaluation s'inscrit dans une double modalité individuelle et collective. Individuelle parce qu'elle s'adresse aux agents dans leur cadre de formation continue et collective car elle s'inscrit dans une démarche de qualité et de certification des structures de soins.

L'objectif de ce type d'évaluation est d'améliorer la qualité des soins par la mise en place d'actions correctives, qui peuvent selon le cas, être la définition ou la révision des bonnes pratiques, une amélioration des connaissances par la formation et une modification de l'organisation. Cette évaluation permet l'identification des pratiques inappropriées et des variations de pratiques qui ne s'expliquent pas toujours par un contexte de soins différent ou les caractéristiques des patients. Je pense ici à une réorganisation des soins ou des ressources humaines pouvant être nécessaire afin de permettre des conditions de travail optimales.

---

<sup>21</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles) Consulté le 01/02/2017

Garant de la qualité des soins dispensés dans son secteur d'activité, le cadre de santé, en réalisant des EPP, s'assure de l'application des bonnes pratiques dans l'unité. Précisons que si la responsabilité de chaque professionnel est engagée, celle du cadre est retenue en cas de défaut d'organisation.

Chaque acteur au sein d'une structure est alors responsable et acteur de son propre développement professionnel. Ainsi je pense que l'autoévaluation est un des moyens permettant de donner du sens à l'ensemble des actions que l'on entreprend afin de développer ses compétences professionnelles.

## 2.5 L'autoévaluation : qui l'utilise et dans quel contexte ?

Reconnaître le personnel d'un établissement de santé acteur de son évaluation, c'est accepter de leur laisser la place dans ce processus. Face à la complexité de l'évaluation, ne serait-il pas judicieux d'utiliser les capacités de l'agent à s'évaluer lui-même ?

Lors de mon entretien annuel d'évaluation la cadre m'a invité à me poser quelques questions : quelles pratiques me donnent le plus de satisfaction et pourquoi ? Quelles difficultés je pouvais rencontrer ? Quelles étaient alors mes propositions de solutions ? Qu'est-ce que je sais ? Qu'est-ce que je fais ? Comment je le fait ? Ces questions participent à la compréhension de chacun dans son univers et ses relations professionnelles. C'est évaluer le savoir, le savoir-faire et le savoir être.

Ces interrogations me semblent être une première démarche vers l'autoévaluation. Cependant je ne retrouve pas cette impulsion de la part des cadres de santé à initier la pratique d'autoévaluation auprès des soignants au quotidien.

Alors comment cette démarche existe-t-elle de façon formelle à l'hôpital et qui la pratique ?

### ➤ L'autoévaluation et l'échelle de la douleur

Les outils d'autoévaluation sont basés sur le principe de l'évaluation par le patient capable de communiquer de l'intensité ou des caractéristiques de sa douleur, sans l'intervention d'une tierce personne (soignant, aidant, famille...). Ces outils s'appliquent aux adultes et aux enfants. C'est un temps de reconnaissance des symptômes, de partage et d'écoute entre le patient et le soignant. Exprimer son propre ressenti permet alors d'avoir une prise en charge optimale de la douleur.

### ➤ L'autoévaluation du personnel

L'enquête exploratoire que j'ai pu réaliser auprès de Cadres de Santé montre que la notion d'autoévaluation du personnel est très évasive et surtout très peu formalisée et utilisée. Par ailleurs les IDE interrogées résumant l'autoévaluation aux séances de E-Learning afin de réactualiser leurs connaissances. Pourtant l'intérêt de cette pratique est bien connu des établissements de part l'autoévaluation menée lors de la préparation à une certification ou encore lors de la réalisation d'EPP, de Revue de

Morbidité et de Mortalité (RMM) ou de suivi d'étudiants infirmiers réalisant des analyses de pratiques.

Est-ce alors un manque de temps de la part des Cadres de Santé à instaurer cette pratique auprès de leurs équipes soignantes ? Une méconnaissance des modalités de mise en œuvre de ces pratiques ?

### ➤ **L'autoévaluation et la certification des établissements**

La certification est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé qui évalue l'ensemble de ses fonctionnements et de ses pratiques et qui le conduit à engager une réflexion sur son organisation, les modes de fonctionnements entre professionnels, ses procédures et son type de management. L'établissement réalise ainsi un diagnostic en regard de référentiels et de critères précis.

L'autoévaluation est une étape primordiale dans la préparation à la visite de la certification. Elle est un document obligatoire à fournir par les établissements en préparation de la visite de la certification. Elle complète l'évaluation réalisée par la HAS dont les principaux enjeux sont d'améliorer les pratiques professionnelles, de dispenser des soins de qualité et de sécurité et de prévenir des dysfonctionnements. Ce bilan de départ permet de définir des actions d'amélioration et d'en mesurer ultérieurement l'impact.

« *La participation multi professionnelle, multi catégorielle, et multi sectorielle, et l'association des parties prenantes sont souhaitables* »<sup>22</sup>. Nous observons ici le rôle primordial de l'autoévaluation réalisé en collectif. Elle constitue un outil de management de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en valorisant le travail des équipes. La participation de toute profession confondue permet d'apporter des points de vue différents et de leur apporter une certaine reconnaissance. De plus qui mieux qu'une personne concernée directement est à même d'être plus précise dans ses pratiques professionnelles ?

### ➤ **L'autoévaluation en pédagogie**

La structuration progressive des programmes de formation aux métiers de la santé autour d'une logique de compétences interrogent les praticiens de l'évaluation, qu'ils soient formateurs en institut ou professionnels de santé chargés de l'encadrement d'étudiants lors de leurs stages.

Cette interrogation porte sur la place de l'évalué et la nature des procédés mis en œuvre pour évaluer dans un cadre de logique de compétences. Il sera donc inefficace de vouloir introduire de nouvelles approches pédagogiques sans faire évoluer les pratiques d'évaluation. Ainsi sous l'angle des apprentissages à réaliser dans le contexte de développement des compétences le concept de l'autoévaluation prend une place importante. Il comporte « *une habileté et une habitude à développer selon trois axes : l'autonomie intellectuelle, la métacognition et le développement d'une compétence* »<sup>23</sup>. On reconnaît ici une fonction formative et éducative à l'évaluation en favorisant un développement progressif.

<sup>22</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424\\_e2\\_dossier\\_ae.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_e2_dossier_ae.pdf)  
Consulté le 02/02/2017

<sup>23</sup> SAINT PIERRE L, L'habileté d'autoévaluation : pourquoi et comment la développer ? Pédagogie collégiale, Vol 18 n°1, Octobre 2004, P.34

Ward et Al, auteurs en 2002 d'une revue portant sur les méthodes utilisées dans les recherches sur l'autoévaluation, identifient celles-ci comme étant « *la capacité à évaluer correctement ses forces et faiblesses* »<sup>24</sup>.

Colthart et Al, auteurs d'une revue publiée en 2008 consacrée à l'autoévaluation s'accordent sur une définition de celle-ci comme « *une évaluation personnelle de ses caractéristiques et capacités professionnelles par rapport aux normes perçues* »<sup>25</sup>.

Ces définitions envisagent l'autoévaluation comme une stratégie consciente d'évaluation de ses compétences et de ses lacunes, visant principalement à optimiser l'apprentissage.

Comment se formalise l'autoévaluation chez les étudiants en formation ?

La notion de performances et de qualités des soins s'inscrit aussi au sein des Institut de Formation. L'entrée en vigueur du référentiel de formation de 2009 inscrit les étudiants dans une démarche de professionnalisation et de développement des compétences. A ce titre, dans le cadre du programme national de formation en Institut de Soins Infirmiers (IFSI), les analyses de pratiques sont proposées aux étudiants généralement en lien avec une situation vécue en stage. Les étudiants ont à étudier les risques à priori et à posteriori prioritaires et déterminer les signaux d'alertes et les actions à mettre en œuvre pour les prévenir ou pour les corriger. Ceci sensibilise les étudiants à la culture du risque et plus particulièrement à la démarche préalable d'identification et de prévention du risque clinique.

Cette méthode pédagogique permet d'accompagner l'étudiant vers une autonomie et une attitude réflexive. L'amélioration des pratiques professionnelles ainsi mise en place peut donc se faire en individuel ou en collectif.

Cette pédagogie est également utilisée dans des cursus professionnels qui ne sont pas inscrit en License Master Doctorat (LMD). Mon stage M5 réalisé au sein d'Institut de Formation m'a permis d'observer des séances de Groupe d'Entraînement d'Analyse de Situation Professionnelle (GEASP) auprès d'élèves Auxiliaire de Puériculture.

Ces exercices de réflexivité s'apparentent donc bien à de l'autoévaluation. Les étudiants analysent leurs situations et en déduisent des actions à mener afin d'améliorer leurs pratiques.

Jusqu'ici les référentiels de formations préconisent de permettre aux étudiants une pratique réflexive accompagnée par les tuteurs et formateurs. A l'heure où les formateurs ne pratiquent plus de mise en situations professionnelles (MSP) sur les terrains de stage, un partenariat avec les soignants doit être entretenu autour de la réalisation d'analyse de pratique afin de favoriser le développement des compétences. Comment les Cadres de Santé favorisent ils ces analyses de pratiques ? En organisent-ils pour leur équipe soignante ?

---

<sup>24</sup> DORY V, DE FOY T, DEGRYSE J, L'auto évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Pédagogie Médicale 2009 EDP sciences, P.47

<sup>25</sup> DORY V, DE FOY T, DEGRYSE J, L'auto évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Pédagogie Médicale 2009 EDP sciences, P.47

Nous observons que l'autoévaluation peut être source de progrès personnels et professionnels. Je peux supposer que cela est source de motivation pour l'évalué, et peut être avoir un impact sur l'estime de soi, sur ses aspirations au cours de sa carrière professionnelle et sur la sa construction d'identité professionnelle.

Cette autoévaluation, pouvant être reliée aux pratiques réflexives me questionne quant à sa contribution dans le développement des compétences. Je décide alors d'étudier le concept de la réflexivité.

### 3.6 La réflexivité

En 1983 Donald SCHON publie « *Le praticien réflexif- A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* ». Ce titre évoque la quête de savoirs et d'apprentissages issue de l'action. Je m'interroge donc à savoir comment les pratiques réflexives peuvent favoriser la professionnalisation.

La pratique réflexive est une manière de penser, de réfléchir sur sa propre façon d'agir dans une dynamique tout autant critique que constructive. Il tente de mettre à distance, d'objectiver et de comprendre. Le but est d'apprendre de l'expérience, de construire des savoirs qui pourront être réinvestis dans les situations et les actions à venir. La pratique réflexive c'est réfléchir sur sa pratique et sur son action. Cela peut avoir lieu pendant l'action et cela peut se faire a posteriori dans des moments consacrés à ces retours réflexifs.

L'analyse de pratique, de part la place qu'elle occupe, et la répétition des séances contribue efficacement à la pratique réflexive.

Elle consiste à développer une posture réflexive. Elle ne se limite pas à un aller retour entre la pratique et la théorie, à l'analyse des techniques et méthodes utilisées mais à l'identification des savoirs développés dans l'action, « à la mise en évidence des interactions entre les professionnels »<sup>26</sup>. Selon Catherine Henri Menassé, psychologue et psychanalyste, « l'analyse de la pratique réinterroge en permanence, et soutient la liaison de la représentation d'un soi professionnel et d'un soi identitaire plus ou moins consciemment élaboré »<sup>27</sup>. L'analyse de pratique réalisée en groupe permet d'aborder une pratique singulière et de mettre en mots les difficultés rencontrées. Elle rend possible la compréhension d'un acte, d'une relation non aboutie avec un patient, du non-respect d'un protocole... Les multi références du groupe représentent une grande richesse. Ces analyses de pratiques créant un lien entre les professionnels, construit de la professionnalité par le partage des expériences et des points de vue. La force du groupe donne du sens à ses pratiques.

Or, si l'on veut former des praticiens réflexifs mieux vaudrait que leurs cadres de santé se situent eux même dans cette orientation. Cependant savoir accompagner une pratique réflexive n'est pas spontané mais relève d'un long apprentissage. Les Cadres de Santé y sont-ils sensibilisés ?

---

<sup>26</sup> Roussely B. , Soins cadres, Analyses de pratiques et sens au travail, Vol22 n°87, P. 36-39

<sup>27</sup> MENASSE HC, L'analyse de la pratique en institution : scènes, jeux, enjeux, Toulouse, Eres 2009, P. 39

Cette conception met l'accent sur l'autonomie et la responsabilité de l'individu dans son propre développement professionnel. Nous pouvons alors nous demander si le personnel pratique de lui-même ces analyses de pratique et donc une certaine forme d'autoévaluation.

La réflexivité est une des composantes essentielles de la professionnalité. Elle consiste pour le professionnel à savoir prendre du recul par rapport à ses pratiques, à ses représentations, à ses façons d'agir et d'apprendre. Cette capacité le rend non seulement acteur mais auteur. Il crée son savoir professionnel et ses compétences en leur donnant forme.

Afin d'enrichir mon cadre conceptuel, je décide alors de continuer mes recherches autour du concept de la professionnalisation et de l'identité professionnelle.

## 4. L'alliance des notions d'évaluation et de compétences

### 4.1 L'identité professionnelle

L'individu est au cœur des organisations de travail et le concept d'identité me semble être une notion majeure.

La notion d'identité évoque à la fois la construction du sujet et la reconnaissance des autres dans les échanges. Elle fait allusion à la transformation des individus tout au long de leur vie. Mouvante, elle se construit à travers des phases de progressions, de régression et de rupture.

L'identité professionnelle se distingue de l'identification à l'organisation et de l'identité de l'entreprise. Elle fait partie intégrante de l'identité de l'individu, et se caractérise par une appartenance à un groupe, une représentation de métier, de soi et de sa relation avec les autres membres qui exercent le même métier. « *Le travail constitue un élément central et structurant de socialisation pour l'identité professionnelle d'un individu par ses activités et son appartenance à un groupe professionnel* »<sup>28</sup>.

Selon Claude DUBAR, l'identité professionnelle est le fait de se définir individuellement à partir des caractéristiques de son travail, de ses réalisations professionnelles, de ses compétences professionnelles, de l'appartenance à un groupe professionnel (à une équipe, à une unité de soins, à un établissement...).

Il distingue deux identités professionnelles :

- *L'identité professionnelle biographique* : celle que chaque individu formule par lui-même (caractéristiques professionnelles).
- *L'identité professionnelle relationnelle* : celle que les autres nous attribuent. Elle s'alimente en complément des éléments que nous leur communiquons, de leurs propres représentations ou jugements.

Nous voyons que l'identité professionnelle se construit au fil des années et est le fil des savoirs et des expériences acquis avec et par les autres. Les individus se socialisent. Ils développent des stratégies identitaires pour se situer dans un marché de reconnaissance personnelle, sociale et professionnelle.

Guy LE BOTERF affirme que « *le métier est une source d'identité. C'est une communauté d'appartenance et de compétences.* »<sup>29</sup>. La réflexion sur les compétences et la prise en compte de la dimension formatrice du travail amène à mettre en évidence la professionnalisation.

---

<sup>28</sup> K. ABIKHZER, Soins Cadres n°85 février 2013, La quête d'une nouvelle identité des professionnels de santé

<sup>29</sup> Compétence et navigation professionnelle. Éditions d'organisation 1999

## 4.2 L'accompagnement dans la professionnalisation

WITTORSKY R. (Professeur des Universités, spécialiste des questions en professionnalisation) nous dit que « *les enjeux portés par les organisations ne concernent pas la constitution des professions dans l'espace social ... mais l'intention d'accompagner la flexibilité du travail, la modification continue des compétences en lien avec l'évolution des situations de travail.* ». Il s'agit alors de mobiliser les ressources d'un ensemble d'individus et de les analyser afin de résoudre un problème posé ou de prendre des décisions. L'autoévaluation permettrait alors de développer une professionnalisation.

WITTORSKY met en lumière trois temps de la professionnalisation<sup>30</sup> :

- « *L'expérience du terrain, le travail*
- *La formation*
- *La réflexion du sujet sur son activité* »

Les réflexions d'un praticien sur ses pratiques vont permettent de mettre en lumière les savoirs mobilisés en situation de travail afin de progresser et donc de développer ses compétences.

La professionnalisation recouvre donc simultanément le développement des compétences, d'une identité professionnelle et la reconnaissance. C'est en entrant dans les relations de travail, en participant à des activités collectives dans des organisations que les individus parviennent à construire une identité professionnelle spécifiques.

Le cadre de santé joue un rôle dans l'accompagnement de la professionnalisation des individus dès leur formation initiale en leur proposant des situations professionnalisantes et pendant leur exercice professionnel en impulsant une collaboration, un travail collectif, un partage de connaissances et d'expériences, d'avis, de problèmes afin, au final, de garantir une qualité des soins.

---

30

[http://tutofop.ressources.educagri.fr/fileadmin/ressources/Professionnalisation/RC\\_Professionnalisation\\_FP\\_01.pdf](http://tutofop.ressources.educagri.fr/fileadmin/ressources/Professionnalisation/RC_Professionnalisation_FP_01.pdf) consulté le 27/02/2017

## 5. Méthodologie

### 5.1 Choix de l'outil : l'enquête qualitative

Afin de comprendre les conceptions des Cadres de Santé et des IDE sur le développement des compétences et l'autoévaluation j'ai souhaité utiliser un outil permettant de recueillir des informations de type qualitatif, les entretiens semi directifs. Cette méthode favorise le contact direct entre « le chercheur » et les personnes interrogées. Il permet d'avoir les informations riches et nuancées. Etre en face à face, interagir en direct, observer les messages non verbaux sont une richesse pour aborder le positionnement du Cadre de Santé et des soignants. La reformulation de certaines questions permet d'approfondir le sujet, de leur permettre de répondre à la question d'une façon précise et détaillée et de découvrir davantage le point de vue de chaque interlocuteur.

Après avoir basé une première partie sur des concepts théoriques, l'objectif de cette enquête est d'obtenir un regard plus pragmatique, proche du terrain et du quotidien des Cadres de santé et des soignants.

Cette enquête me permet d'approfondir mes recherches et d'en discerner les limites. Recueillir leurs conceptions et réflexions, leurs doutes ou encore leurs certitudes ainsi que leurs outils et leurs utilisations a représenté pour moi des moments riches de partage, de découvertes et d'échanges.

Je me suis donc appuyer sur une grille de 13 questions pour les Cadres de Santé et 10 questions pour les IDE.

### 5.2 Choix de la population

Au regard du contexte de ma recherche j'ai souhaité rencontrer des Cadres de Santé et des IDE travaillant en service de soins.

Pour cette enquête 4 cadres de santé et 4 IDE ont été sollicités et ont répondu positivement. Chacun provient d'un établissement différent.

J'ai souhaité interroger des CDS et des IDE afin d'observer les éventuels écarts de conceptions ou des divergences de visions que chacune de ces deux fonctions pourraient induire.

Le tableau ci-dessous expose l'année d'obtention de leur diplôme, le nombre d'années d'exercices dans leur service actuel et la nature du service ou exercent les Cadres de Santé et IDE interrogés.

Cadre/IDE	Année obtention du diplôme	Service	Nombre d'année d'exercices dans le service
Cadre 1	2012 (ffc depuis 2010)	Médecine polyvalente, (secteur public)	4 ans
Cadre2	2010	Chirurgie (secteur privé)	4 ans
Cadre3	2015	Réanimation (secteur public)	2ans
Cadre 4	2011	Médecine (secteur privé)	5ans
IDE 1	2012	SSR pédiatrique (secteur public)	5ans
IDE 2	2011	Chirurgie (secteur privé)	3ans
IDE 3	2009	Psychiatrie (secteur public)	2ans
IDE 4	2013	Chirurgie (secteur privé)	2ans

### 5.3 Choix du terrain

Le lieu de l'enquête s'est porté sur des Cadres de Santé et IDE exerçant en Etablissement de Santé publique et privé. N'ayant jamais travaillé au sein de services de la fonction publique j'ai désiré connaître les conceptions qu'on chacun à propos de l'évaluation et du développement des compétences et de faire comparaison sur d'éventuels écarts. La structure engendre t-elle une réelle différence de conception ou d'organisation concernant l'évaluation et le développement des compétences ?

### 5.4 Elaboration de l'outil de l'enquête

J'ai souhaité dans ce travail expérimenter les outils de recherches dont les bases nous ont été apportées durant cette année de formation. J'ai ainsi fait le choix d'élaborer des entretiens semi directifs (Annexe V) afin de recueillir des informations qualitatives. J'ai élaborer une grille d'entretien à partir de mon questionnement tout en laissant la place à des questions de relance ou d'approfondissements de la part des personnes interrogées. J'ai défini 3 thématiques clés relevant à la fois des pratiques et des représentations de chacun :

- Thématique en lien avec les compétences
- Thématique en lien avec l'évaluation
- Thématique en lien avec l'autoévaluation

Dans un premier temps je ferai une analyse descriptive des différentes réponses par populations étudiées et je poursuivrai par une analyse croisée des diverses données.

## 5.5 Les limites de l'entretien

L'une des premières limites porte sur le fait que 3 Cadres de Santé interrogés ont eu connaissance de la thématique de l'entretien préalablement à sa réalisation. La thématique du mémoire a en effet été demandée lors de la prise de rendez-vous. Ceci constitue un biais, les Cadres ayant pu anticiper et se préparer à cette thématique.

Par ailleurs, le temps de la réalisation de l'entretien, de leurs retranscriptions et de leur analyse a limité la taille de l'échantillon. Ainsi cette contrainte ne permet pas d'avoir une représentation exhaustive des conceptions des CDS et IDE. Les enquêtes de type entretien semi directif n'ont donc pas pour but d'être représentatif. Il vise néanmoins à offrir une reconstruction de la conception et du travail des cadres de Santé.

Enfin, il est important de préciser qu'après analyse de mes entretiens je me rends compte du manque de certaines relances que j'aurai pu effectuer suites à certaines remarques des CDS durant l'entretien afin d'enrichir mes données.

## 6. Résultats de l'enquête

J'ai avant chaque entretien, précisé son objet ainsi que son contexte, la durée estimée ainsi que la garantie de l'anonymat des données recueillies. Tous les Cadres de santé que j'ai contactés ont répondu favorablement à cet entretien. Les quatre entretiens réalisés ont été enregistrés avec un dictaphone pour ensuite être retranscrits et être analysés.

L'intégralité d'un entretien avec un Cadre de Santé (Annexe VI) et une infirmière (Annexe VII) sont retranscrits dans les annexes de ce travail.

### 6.1 La conception des Cadres de Santé

#### 6.1.1 La compétence

Ce champ a été exploré par les questions suivantes :

« *Qu'est-ce qu'évoque pour vous le terme compétence ?* »

« *Selon vous, quels sont les temps où vous participez/favorisez le développement des compétences des équipes soignantes ?* »

« *Le cadre évalue chaque années les compétences de chaque soignant de l'unité de soin, de quelles compétences s'agit-il ?* »

L'ensemble des CDS s'accordent à dire que la compétence est un ensemble de « *savoir être, de savoir-faire et d'une attitude professionnelle* ». Ils s'accordent sur le fait que la compétence ne se limite pas aux soins mais va bien au-delà.

Trois cadres sur 4 insistent sur le fait qu'ils participent au développement des compétences « *tous les jours* », « *au quotidien* ».

Mais selon eux quels sont les temps où ils se consacrent au développement des compétences ?

La réponse est ici beaucoup plus vague de la part des CDS. La cadre 2 me signale qu'elle ne dédie pas des temps bien distinct pour le développement des compétences mais qu'elle effectue « *des rappels tous les jours* » et que « *c'est un combat au quotidien* ». Je m'interroge sur le fait à savoir si ces rappels ne sont pas plutôt du « *contrôle* » que du développement des compétences.

Ensuite plusieurs moments m'ont été cités de la part de l'ensemble des CDS concernant ces temps consacrés au développement des compétences : « *staff tous les matins* », « *les formations que je leurs propose* », « *mon observation au quotidien* », « *lors de l'embauche je demande au soignant de s'autoévaluer afin que je puis cibler l'encadrement par rapport à leur manquement* », « *des groupes de travail* » « *des entretiens professionnels* »... J'observe donc la multiplicité des temps dédiés au développement des compétences.

Pour l'ensemble des CDS, les compétences évaluées se rapportent aux soins techniques, au relationnel et à la capacité des soignants à collaborer : « *Ça passe par des compétences relationnelles entre elles, avec les autres services, et l'ensemble des collaborateurs* ».

J'ai par ailleurs retenu quelques notions qui ont très vite été abordées par 2 CDS durant ces trois premières questions. Le développement des compétences est « *un accompagnement* », et le cadre 3 témoigne du fait qu'il « *trouve ça indispensable pour la cohésion d'équipe et pour la pédagogie* » et que « *ça valorise les soignants de faire des groupes de travail* ». Aussi, pour la cadre 2 et 4 ces temps dédiés au développement des compétences sont propices « *aux échanges entre médecins, cadres et IDE ... qui les poussent à se poser des questions et à faire des liens* » et à « *une remise en question de façon permanente* ».

### 6.1.2 L'évaluation

Le concept de l'évaluation a été exploré par les questions suivantes :

« *Que représente pour vous l'évaluation ?* »

« *Racontez-moi les situations d'évaluation que vous exercez au quotidien.* »

« *Que cherchez-vous à faire émerger chez l'agent évalué lors d'une évaluation ?* »

« *Quels moyens utilisez-vous pour évaluer les compétences des membres de votre équipe soignante ?* »

« *Rencontrez-vous des difficultés à évaluer ?* »

2 cadres de santé me témoignent d'un réel « *moment d'échange* » avec le soignant afin de l'amener à verbaliser ses ressentis, ses attentes et difficultés et être à son écoute. Tous semblent en accord sur le fait qu'il est nécessaire voir « *essentiel* » d'évaluer. Le cadre 2 m'attire l'attention sur le fait qu'il « *faut pointer du doigt les dysfonctionnements mais qu'il faut apporter une éventuelle solution et reconnaissance* » durant ces évaluations. L'évaluation au quotidien des actes techniques a bien sûr été abordé mais le cadre 3 avance le fait que l'évaluation est un « *processus global d'amélioration de la qualité des soins* » ce qui s'éloigne donc de la notion de contrôle ponctuel.

Alors qu'évalue les CDS ?

Ce même cadre (cadre 3) me parle de « *traçabilité des frigos, des stupéfiants, des dossiers de soins* »... Sommes-nous toujours dans une notion de processus global ? Je remarque que l'ensemble des CDS prennent en exemple le déroulement d'une journée pour visualiser leur évaluation et tous m'évoquent leurs actions tout au long de leur journée : « *c'est le petit coup d'œil sur l'état des chambres... c'est un côté informel mais qui prend parfois le dessus sur le formel, c'est du réel* », « *je regarde ce qu'elles font* », « *ça commence dès les transmissions, j'écoute si elles font des liens* », « *j'évalue la charge de travail et la masse salariale* ».

Par ailleurs les CDS souhaitent majoritairement que les soignants endossent une posture réflexive. Ils recherchent durant ces temps d'évaluation à ce qu'ils se remettent en question et « *qu'ils puissent s'autoévaluer sur ses prises en charges* ». La cadre 2 dit : « *Mon intérêt et d'amener le salarié à comprendre ce qu'il fait pas bien pour qu'il se perfectionne* ». La cadre 1 souhaite « *qu'il prenne conscience qu'il a du potentiel* ». Elle explique que tout en étant respectueuse de tous les processus il est important d'apporter de la « *reconnaissance* » et de « *valoriser* » un travail bien fait. Ce fonctionnement permet de créer « *une véritable relation de confiance* ». Seule cette cadre évoque la notion de notation : « *comme je leur dit, je n'ai pas d'argent alors lors de l'évaluation elles auront le mérite d'augmenter leur note* ».

Deux notions principales ressortent quand je demande aux cadres de quels moyens ils disposent pour évaluer les compétences :

- 3 Cadres de Santé sur 4 évoquent les grilles des Entretien Annuel d'Evaluation. Tous se réfèrent aux différents critères de ces grilles afin d'apporter leurs commentaires
- Les 4 cadres utilisent l'observation, « *j'observe leurs pratiques, leurs soins, leurs tenues, leur ponctualité, le respect de l'hygiène, le respect de la confidentialité* »

La cadre 1 m'explique que l'infrastructure fait qu'elle peut facilement avoir « *un œil partout* » car elle est située dans une pièce centrale. De plus, la notion d'audits, d'IDE référentes ou de livret d'accueil pour les nouveaux arrivants sont également des moyens utilisés.

L'ensemble des cadres me disent ne pas ressentir de difficultés à évaluer leurs équipes malgré le temps conséquent que cela demande au quotidien. La cadre 1 me précise néanmoins qu'il est problématique pour elle d'évaluer son équipe de nuit car celle-ci est responsable du service 24h/24.

### 6.1.3 L'autoévaluation

Les questions suivantes m'ont permis d'étudier la notion d'autoévaluation :

- « *Si je mentionne le terme autoévaluation qu'est-ce que cela évoque pour vous ?* »
- « *Quel est votre sentiment/ point de vue par rapport à l'autoévaluation ?* »
- « *Voyez-vous différentes modalités d'autoévaluation ?* »
- « *En quoi pourriez-vous penser que cette autoévaluation pourrait être au service du collectif ?* »
- « *Selon vous, quel est votre rôle de cadre dans ces différentes modalités d'autoévaluation ?* »

L'ensemble des cadres formule les termes de « *remise en question* » pour définir l'autoévaluation. Ils expliquent que cette démarche est primordiale pour améliorer ses pratiques, dans la construction de soi et dans la progression professionnelle.

Même si ces derniers m'expliquent qu'ils sont eux même très sensibles à cette démarche, et qu'ils la pratiquent, la cadre 1 manifeste sa difficulté à instaurer cette autoévaluation auprès de son équipe soignante, « *c'est ce que je leur demande systématiquement mais qu'elles n'arrivent pas à faire* ». La cadre 3 témoigne du fait que cette autoévaluation peut se réaliser en groupe, notamment durant des groupes de travail, et qu'elle serait propice à impulser « *une dynamique et cohésion d'équipe* ».

Pourtant les points de vue de l'ensemble des CDS à propos de l'autoévaluation sont variés et nuancés.

Un certain nombre de leviers et de freins sont expliqués.

### Les leviers de l'autoévaluation :

- « *Cela peut aider un projet professionnel* »
- « *Bonne entente dans un service* » : la cadre 1 m'explique ici que le fait de reconnaître ses erreurs et donc de s'améliorer peut atténuer certaines tensions dans une équipe.
- « *Impulse un réajustement, une amélioration des pratiques* »
- « *ça permet d'entretenir ses compétences* »
- « *cela permet d'avoir un temps d'écoute qui permet d'avoir une dynamique et une cohésion de groupe ... cela peut remotiver une équipe !* »
- « *me permet de sortir d'une solitude... on a l'impression de partager les mêmes responsabilités, de voir que les autres vivent les même difficultés* » : ici le cadre 3 m'explique le déroulement d'un des congrès auquel il a assisté ou un des travail de groupe a permis à chacun de formuler ses attentes et difficultés et a donc fait correspondre cette notion d'autoévaluation, de remise en question avec ce moment.

### Les freins de l'autoévaluation :

- Difficultés à le faire : « *ce n'est pas chose aisé que d'être capable de voir ce dont on est capable ou pas !* »
- « *Je cravache un petit peu plus avec les nouvelles IDE...* » : La cadre 1 m'explique ici qu'il peut y avoir un défaut de remise en question de la part de la génération Y.
- Les cadres de santé émettent des suppositions quant à la difficulté des soignants à s'autoévaluer : « *certaines sont directement en revendication, ne prennent pas le temps d'écouter l'autre... peut être par manque de temps, de stress, de surcharge de travail...ou de caractère tout simplement !* »

Les modalités d'autoévaluation évoqués par les CDS sont multiples : staff, réunion d'équipe, entretien annuel d'évaluation, analyses de pratiques, partir d'une analyse d'un évènement indésirable et en dégager les axes d'améliorations... Cette notion d'autoévaluation est majoritairement représentée dans un contexte de collectif.

Je me rends compte que les éléments qui ressortent de ces entretiens résident dans l'importance d'échanger, de communiquer et de partager et ceci dans un but d'obtenir une dynamique et une cohésion de groupe.

Se remettre en question ou s'interroger sur ses pratiques peut permettre « *de fédérer une équipe, de créer une cohésion* ». « *L'autoévaluation est au service de la dynamique de groupe quand on est capable de rectifier ses erreurs .... et on peut arriver, et ça j'en suis convaincue, à avoir une véritable âme de service* » nous explique la cadre 1.

Par ailleurs cette autoévaluation est, certes, un moyen de cibler les dysfonctionnements, mais aussi d'apporter une reconnaissance nécessaire à chacun « *afin de les aider à se sentir bien au travail et en confiance* ».

## 6.2 La conception des IDE

La réalisation des entretiens auprès des IDE a été moins aisée que pour celle des Cadres de Santé. J'ai tenté de contacter 7 CDS mais 3 d'entre eux ont refusés de libérer du temps aux IDE pour ces entretiens.

Les 4 IDE que j'ai pu interroger étaient néanmoins contraint par le temps et régulièrement interrompus durant l'entretien par des appels téléphonique ou de leurs collègues. Comme pour le CDS, j'ai enregistré ces entretiens à l'aide d'un dictaphone afin de les retranscrire et de les analyser.

Par le même procédé que pour les Cadres de Santé je décide de présenter les données recueillies par thème abordé.

### 6.2.1 La compétence

Voici les interrogations se rapportant à cette notion :

« *Pouvez-vous me raconter vos activités professionnelles ?* »

« *Qu'est-ce qu'évoque pour vous le terme compétence ?* »

Les IDE ont des difficultés à d'emblée verbaliser leurs activités. Toutes les IDE s'attachent dans un premier temps à citer leurs différentes ressources nécessaires à la réalisation de leurs activités : les ressources humaines et matérielles puis affinent progressivement leur discours en citant, « *leurs besoins de savoirs communiquer* », « *leurs connaissances* », « *leurs besoins en organisation* », « *une collaboration avec les IDE, AS et ASH* », « *la nécessité de travailler en cohésion* ».

En approfondissant sur ce que leur évoque le terme compétence, les 4 IDE me parlent de leurs acquis, de ce qu'elles savent faire et de leurs connaissances acquises en formation ou sur le terrain. La notion de développement des compétences perpétuelles est donc bien présente chez les IDE.

### 6.2.2 L'évaluation

Les questions posées aux IDE ont été les suivantes :

« *Que représente pour vous l'évaluation ?* »

« *Pouvez-vous m'expliquer quand et comment sont évaluées vos compétences ?* »

« *J'imagine que vous avez été évalué par votre cadre ou que vous avez-vous-même déjà évalué, décrivez-moi ces situations d'évaluation. Comment vous y prenez-vous ?* »

« *Avez-vous pris le temps de préparer cette évaluation ? (Si non pourquoi ?)* »

Les 4 IDE témoignent du fait que l'évaluation est nécessaire pour connaître les capacités et compétences de chacun. Ceci leur permet « *d'améliorer leur façon de travailler* », et de « *faire le point sur ce qu'elles savent et ne savent pas* ». L'IDE 1 m'explique qu'elle demande aux élèves qu'elle évalue de « *se remettre en question* » car « *il faut se remettre en cause pour être une bonnes professionnelles* ». Elle signifie donc que l'autoévaluation est un moyen d'améliorer ses compétences.

Trois IDE m'expliquent que l'évaluation de leurs compétences passe par l'entretien annuel d'évaluation, qui s'appuie sur les observations et remarques des CDS tout au long de l'année. L'IDE 2 dit « *cela passe par leurs remarques sur telle ou telle chose qu'on a manqué de faire, un chariot qui traîne dans les couloirs etc... et puis aussi par les médecins qui rapportent des points à améliorer sur notre prise en charge...* ». L'IDE 1 me dit que « *dès qu'il y a quelque chose qu'on aurait pu faire de mieux elle nous le dit, souvent en nous prenant en individuel* ». Je remarque que cette notion d'évaluation des compétences a tout de même une connotation « négative » ou tout du moins que cette évaluation n'est pas systématiquement propice à la valorisation du soignant. En effet, l'IDE 2 raconte que cette notion de reconnaissance n'est pas effectuée par le CDS mais souvent par les familles des patients : « *...moi je sais que c'est toujours très valorisant quand une famille vient me rapporter que les soins ont bien été faits, qu'ils sont contents de la prise en charge, qu'ils voient tout le travail qu'on a mis en place* ».

Comment cette reconnaissance peut-elle être amenée par les CDS afin de motiver leurs équipes ?

Quand je questionne les IDE sur leur méthode d'évaluation celle-ci m'expliquent qu'elles aussi évaluent de façon continue et se basent sur l'observation. L'évaluation est plutôt une discussion me rétorque l'IDE 1 en disant « *on est pas à l'école !* ». Elle mentionne l'importance d'évaluer en présence de la personne concernée. Sa remarque « *j'ai souvent besoin d'en parler entre collègues pour avoir différents points de vue* » témoigne de son désir à vouloir être la plus juste possible. L'IDE 2 revendique le fait que cette évaluation régulière est un moyen « *de se remettre en question tous les jours* ». La notion d'autoévaluation lui semble donc nécessaire.

Enfin l'IDE 1, 3 et 4 disent ne pas préparer leurs évaluations et notamment leur EAE car les grilles utilisées sont complexes et « rébarbatives ». Elles pensent que l'expression orale est plus propice aux échanges.

### 6.2.3 L'autoévaluation

« *Si je mentionne le terme autoévaluation qu'est-ce que cela évoque pour vous ?* »  
« *Quel est votre sentiment/ point de vue par rapport à l'autoévaluation ?* »  
« *Selon vous comment votre CDS favorise t'elle l'autoévaluation dans votre service ?* »  
« *En quoi pourriez-vous penser que cette autoévaluation pourrait être au service du collectif ?* »

Les 4 IDE emploient les termes de « *remise en question* » pour définir l'autoévaluation. Par la suite leurs avis sont nuancés. Tandis que la première remarque de l'IDE 1 est que l'autoévaluation lui évoque « *l'école... Et c'est vraiment pas positif !* », l'IDE 2 et 4 expliquent qu'il est important d'être à l'écoute des remarques de ses collègues afin de progresser dans ses pratiques. Elles disent le faire quotidiennement. Aussi l'IDE 3 m'explique que cela l'aide à avoir un regard de soi-même sur « *sa posture professionnelle* ». L'autoévaluation aurait ici un lien avec l'identité professionnelle à laquelle je fais référence dans le cadre conceptuel.

Les points de vue de l'ensemble des IDE à propos de l'autoévaluation sont, comme pour les CDS variés et nuancés.

Voici les freins et leviers qui m'ont été transmis :

### Les freins :

- L'autoévaluation sous forme écrite n'est pas appréciée : « *Vraiment répondre à un questionnaire, j'aime pas ça... Ce n'est pas spontané, je préfère parler en confiance plutôt que d'écrire car... du coup on retranscrit pas la vraie vérité je pense.* »
- « *on en peut rien faire quand la personne ne veut pas se remettre en question ou s'en fiche* »
- « *Durant un EAE, la mauvaise entente avec la CDS peut influencer l'autoévaluation* »

### Les leviers :

- « *C'est essentiel pour être une meilleure professionnelle chaque jour* »
- « *on travaille avec de l'humain il faut absolument se remettre en question pour que notre travail soit complet et correct* »
- « *c'est une question de communication, il faut savoir entendre les remarques des autres* »

Pourtant, 3 IDE m'expliquent par la suite que cette autoévaluation n'est pas personnalisée mais plutôt réalisée par la Cadre sous forme de « *évaluation générale du service* » et de « *réunion de service* » ou ils parlent « *des difficultés communes dans le service* ». L'IDE 2 me dit même qu'elle souhaiterait avoir plus d'entretiens professionnels avec sa CDS car elle estime qu'une fois par an n'est pas suffisant et que l'entretien devient trop « *vague et global* ». J'observe que les IDE revendiquent ici ce besoin de partage plus personnalisé avec leur CDS. Serai-ce dû à un manque de reconnaissance ou de valorisation ? Car effectivement l'IDE 1 m'explique que des étudiantes ergonomes sont passées dans leur service de pédiatrie sur plusieurs jours afin d'estimer la charge de travail et qu'elles étaient « *horriées* » par cette étendue de tâches. Ses remarques juste après ont été celles-ci : « *ça ça devra remonter à la cadre sup... ça a été un bonheur de voir que c'était reconnu, qu'on bossait comme des dingues en faisant tout ce qu'on peut.... Ha ça fait du bien d'être reconnu !* ».

L'entretien avec les IDE s'est conclu sur la notion de l'autoévaluation collective. Les 4 IDE avancent un intérêt majeur de l'autoévaluation comme moyen d'améliorer leurs pratiques et donc leurs compétences mais me parlent aussi de dynamique de groupe : « *ça passe par la communication et qui peut apporter une entente entre nous... une cohésion... car on ne fait rien l'un sans l'autre* », « *c'est du coup une satisfaction personnelle de trouver des objectifs et des solutions en groupe* ».

A ce stade de réflexion, il me faut désormais faire les liens entre le cadre conceptuel, les données recueillies des enquêtes de terrain CDS/IDE ainsi que les idées et concepts que cela a suscités afin de répondre à ma question de recherche.

## 7. Analyse

### 7.1 Les paradoxes de l'évaluation

Les CDS et IDE reprennent de façon générale la définition de Guy LE BOTERF de la compétence à savoir « *un savoir agir validé dans une situation professionnelle complexe et en vue d'une finalité... est le résultat de la combinaison de différents types de ressources* ».

Le cadre de santé repère les compétences par l'observation, c'est-à-dire par l'écoute des discours des soignants, un regard attentif sur les écrits au travers des transmissions écrites et orales et une attention de l'organisation générale des soins et du service. Tout ceci requiert une présence physique dans les services de soins et une vigilance permanente. Mais alors comment évaluer ces compétences ? Voici un premier paradoxe que j'observe dans le discours des CDS. Ces derniers s'accordent à définir l'évaluation comme un « *moment d'échange* » et un « *processus global d'amélioration de la qualité des soins* ». Ces remarques englobent bien la définition de Michel VIAL mentionnant que l'évaluation n'est pas une vérification des savoirs et qu'elle ne « *se restreint pas à des moments identifiables... appelés bilan, test... ou il s'agit de contrôler l'atteinte d'objectifs et de comportements attendus* ». Les CDS ont donc bien conscience de ce processus. Pourtant j'observe une certaine confusion quand je leur demande de me décrire ce qu'ils évaluent. Ces derniers mentionnent des actes qui se rapportent à du contrôle mais sans jamais mentionner ce terme : « *traçabilité des frigos, des stupéfiants, des dossiers de soins...* », « *tous les jours il y a des rappels* » et me parlent de « *petit coups d'œil dans les chambres* ». Ce mode de fonctionnement peut s'apparenter à une « évaluation sanction ». Ce mode de fonctionnement est certainement lié à la culture des gestions de risques et d'évènements indésirables, qui est aujourd'hui prônée par les structures de soins.

**Cependant, comme énoncé dans le cadre conceptuel, ce contrôle fait partie du domaine de vérification de procédure et non pas d'une évaluation de compétences. Même s'il est nécessaire, le contrôle n'est pas l'essentiel.**

Néanmoins je remarque que les CDS et IDE ont une vision nuancée et identique de l'évaluation.

### 7.2 Une vision de l'évaluation rapprochée des CDS et IDE

Au travers des questions abordant le thème de l'évaluation, nous avons pu observer que la représentation de l'évaluation des CDS et des IDE repose le plus souvent en premier lieu sur celle de l'entretien annuel d'évaluation et de l'observation. Par ailleurs, au fil de la conversation, les échanges ont permis de souligner que toutes les personnes interrogées mettent en commun les notions de « *présence* » et de « *quotidien* ». De plus, ces deux catégories professionnelles représentent l'évaluation à deux niveaux : micro c'est-à-dire proche des soins, comme nous l'avons observé dans la partie ci-dessus et une vision macro, plus proche de la prise de recul et de remise en question. En effet les CDS souhaitent que les soignants endossent une

posture réflexive : « *Mon intérêt est d'amener le salarié à comprendre ce qu'il fait pas bien pour qu'il se perfectionne* ». Les IDE ont cette même vision. Une première IDE me dit qu'elle « s'interroge sur ce qu'elle sait faire » et une autre m'explique que pour évaluer un étudiant, elles leur demandent aussi de se remettre en question.

**IDE et CDS voient donc l'intérêt d'utiliser l'autoévaluation tout en favorisant une posture réflexive, dans un but de développer leurs compétences.**

Je souhaite émettre la remarque que la variable établissement privé/public ne fait apparaître aucune différence de conception ou de pratiques.

L'évaluation est alors un cheminement que le CDS doit exploiter et favoriser dans son management auprès des soignants : « *elle les amène à se situer dans leur travail* ».

Elle nécessite cependant que le manager adopte une certaine posture.

### 7.3 L'accompagnement au cœur de la préoccupation des cadres

**« Le Cadre de Santé est avant tout un professionnel qui met du soin dans les soins »<sup>31</sup>** ! Par son expérience, en effet il est sensibilisé aux questions relatives à l'optimisation des situations de soins.

La CDS est cette personne ressource qui unie et fédère, qui soutient et alimente la réflexion sans imposer de théorie, qui expliquent les changements nécessaires, et qui, par ses interventions adaptées, contribue à améliorer la qualité des soins.

Mais qu'est-ce que l'accompagnement ? Selon une définition du Larousse, accompagner c'est « *se joindre à quelqu'un... être avec* ». Être avec suppose être disponible, présent, ouvert, attentif et être capable de mobiliser la disponibilité, la présence, l'attention...

Selon Maela Paul, Docteur en sciences de l'Éducation, « *il résulte deux types d'accompagnement et une double visée. D'une part un accompagnement dit accompagnement/maintien à dominante sociale et relationnelle, impliquant d'assurer une présence auprès d'une personne dans une situation existentielle et d'autre part un accompagnement/visée, consistant à dynamiser cette personne dans la réalisation d'un projet.* ». De plus, tout accompagnement est doté d'une double visée : « *l'accompagnement productif (à visée productive) se décide comme investissement et s'apprécie comme résultat, et l'accompagnement constructif (à visée constructive) se réalise dans le projet d'autonomisation de son porteur et s'apprécie comme enrichissement.* »<sup>32</sup>

Le discours des CDS est en corrélation avec cette recherche. La cadre 1 me dit « *quand il faut les défendre je suis là, quand il faut râler je suis là, cette notion de justesse leur donne confiance* ». Elle revendique donc bien une disponibilité et une présence constante. Par ailleurs le CDS accompagne le soignant en questionnant le

---

<sup>31</sup> Walter HESBEEN, Cadre de santé de proximité, un métier au cœur des soins, Editions Masson, 2011

<sup>32</sup> Maela PAUL, L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, Recherches en soins infirmiers, 2012/3 n°110, P. 13 à 20.

sens des pratiques des soins : « *je les amène à se situer dans leur travail* » explique la cadre 3.

Cet accompagnement passera-t-il également par de la bienveillance auprès des équipes ? La cadre 4 me dit que ce qu'elle cherche à faire émerger chez un agent évalué « *c'est son bien-être au travail, car quelqu'un qui n'est pas bien ne pourra pas progresser ou évoluer* ». Le cadre 3 me dit « *qu'il faut toujours essayer d'amener les choses de manière pédagogique et être le plus juste possible, toujours en étant dans le respect de l'autre* ».

Cet accompagnement qui s'adresse à un professionnel, lui porte une attention nécessaire au bon déroulement de ses activités quotidiennes. C'est en promouvant cette intelligence du singulier, que l'on renforce la solidarité d'équipe, et l'implication de ceux qui ont choisis de donner des soins. Le cadre peut ainsi développer une relation de confiance, pour constituer une atmosphère apaisée, propice au bien-être et à la réflexion, gage de qualité.

J'ai été surprise par le fait que les CDS et IDE mentionnent tant de fois les notions de cohésion d'équipe, de valorisation et de reconnaissance durant un entretien en rapport avec l'évaluation. Je décide donc de mener quelques recherches à propos de ces concepts.

## 7.4 L'autoévaluation serait-elle au service de la reconnaissance ?

### 7.4.1 Une notion de cohésion de groupe

Les quatre CDS interrogés sont en accord pour dire que l'autoévaluation, qui peut s'effectuer individuellement ou en collectif (par l'intermédiaire de groupe de travail par exemple), représente un moyen de mieux travailler ensemble, de réunir une équipe, de communiquer. Elle est, comme témoigne la cadre 1 « *au service de la dynamique de groupe* ». Le cadre 3 nous explique qu'il se sert de l'autoévaluation pour permettre aux soignants « *de réfléchir sur leurs pratiques... et toujours proposer mieux aux patients...* » et que son but est de « *réussir à inculquer à l'ensemble de l'équipe, tout du moins assez pour que je ne sois plus que coordinateur de projet et que ce soit eux la base d'une dynamique de départ* ». Enfin, la cadre 3 nous dit que « *ce partage est primordial pour créer une dynamique de groupe* ».

Par ailleurs, les IDE déclarent être satisfaits quand une cohésion d'équipe est présente. Deux IDE ont également à l'esprit cette idée de dynamique de groupe et rapportent dans un premier temps que l'autoévaluation engendre « *un travail d'équipe correct, avec une prise en charge complète et que c'est du coup une satisfaction personnelle de trouver des objectifs et des solutions en groupe* ».

Je m'interroge alors sur l'importance qu'accorde les équipes soignantes à cette notion de groupe et de cohésion.

Mais avant tout, qu'est-ce qu'un groupe ?

De l'italien Groppo dont le sens était nœud, le terme « groupe » pour désigner une réunion de personne a une origine récente (XVIIIème siècle) et n'a émergé que lentement au cours de l'histoire. L'idée selon laquelle toute réunion de personne ne constitue pas nécessairement un groupe, est, elle, un acquis de la dynamique des groupes au XXème siècle. De ce fait on doit distinguer :

La foule : les individus qui la composent n'ont pas cherché explicitement à se réunir, ils ont la solitude en commun

La bande : individus réunis volontairement, à la recherche du semblable. Le but de la bande est d'être ensemble parce que l'on est semblable.

Le groupe primaire (restreint) : il comporte un nombre restreint d'individus permettant les échanges interindividuels (de 4 à 20 individus environ). C'est un groupe où chacun connaît tous les autres et peut établir avec tous les autres une relation personnelle. Il y a poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, relations affectives, interdépendance et sentiment de solidarité, différenciation des rôles entre les membres, langage et code propre au groupe. Ce type de groupe apporte à l'individu son expérience la plus primitive et la plus complète de l'unité sociale

Le groupe large : réunion de 25 à 50 personnes invitées à parler librement autour d'un thème ou d'un problème commun. La dynamique de ces groupes est caractérisée par sa limitation dans le temps et donc par sa faible empreinte sur l'existence globale de leurs membres.

Le groupe secondaire : système social qui fonctionne selon des institutions (juridiques, économiques, politiques etc...) association ou société. Entre les individus, les rapports sont plus formels, plus froids, plus impersonnels. Elles s'appellent aussi des organisations.

Roger MUCHIELLI (psycho-sociologue) nous indique que seul le groupe primaire constitue un groupe au sens fort, objet de la dynamique des groupes. Il explique que 7 caractéristiques leurs incombent : « *les interactions, l'émergence de normes, l'existence de but collectif commun, l'existence d'émotions et de sentiments collectifs, l'émergence d'une structure informelle, l'existence d'un inconscient collectif et l'établissement d'un équilibre interne et d'un système de relation stables avec l'environnement* »<sup>33</sup>.

Le groupe est alors un être ayant sa vie propre, ses opinions, sa pensée, ses réactions et ses valeurs.

Dans tout groupe, il y a une tension entre l'identité de l'individu et celle du groupe. Chaque individu concourt à la formation du groupe, chaque individu le constitue et pourtant on sait que chaque individu est autant, sinon plus, constitué par le groupe, limité qu'il est dans ses possibilités de penser par ce groupe. Cela a été très bien théorisé par René Kaës (psychanalyste étudiant notamment sur la dynamique de groupe) en 1999.

---

<sup>33</sup> <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-83.pdf> consulté le 08/05/2017

Tout comme pour le rejet, l'unité et la cohésion se font « d'un bloc » dans les groupes. « *Le sentiment du « chef », l'idéologie commune ou un sentiment d'appartenance très fort peuvent unir le groupe et aplanir, voire nier, les différences* »<sup>34</sup>. On parle d'« *illusion groupale* » (Anzieu, 1984) pour traduire cette position qui surgit toujours quand un groupe se constitue.

L'expérience durant les années 1930 de LEWIN (psychologue d'origine allemande, 1890-1947) et LIPPITT nous montre que le style de management adopté par le leader a une influence directe sur la cohésion du groupe, sa performance et le degré de satisfaction des individus.

**Le management du cadre de santé exercera donc une forte influence sur cette cohésion de groupe dont nous parle les CDS et IDE durant l'enquête de terrain.**

Lorsqu'une cohésion suffisante existe, le groupe devient ainsi un lieu de développement de la personne en ce sens qu'il peut permettre à chacun de murir en développant chacun de nouvelles compétences. La cadre 1 nous parle par exemple « *d'écoute et de communication* » et l'IDE 3 « *d'adaptation continue* » et de « *savoir se remettre en question* ».

J'en conclus donc que le CDS de part son influence sur la cohésion du groupe permet à chacun de développer ses compétences.

Alors que cette efficacité collective est reconnue par les CDS et IDE je remarque tout de même que l'ensemble des IDE rebondissent pendant chaque entretien sur la notion de reconnaissance et de valorisation.

**L'équipe est donc un levier de développement des compétences. Cependant plusieurs éléments interviennent dans cette notion d'échange au sein du groupe, comme par exemple la reconnaissance, la valorisation et la motivation.**

## 7.4.2 Un pas vers la reconnaissance

**Les soignants revendiquent le besoin d'être reconnu et d'être valorisé et c'est en échangeant sur le concept d'évaluation que ces notions apparaissent.**

Ce besoin de reconnaissance est verbalisé par les IDE :

- IDE 2 : « *c'est toujours très valorisant quand une famille vient nous rapporter que les soins ont bien été fait... qu'ils voient tout le travail qu'on a mis en place...* »
- IDE 1 : « *... quel bonheur de voir que c'était reconnu, qu'on bossait comme des dingues en faisant tout ce qu'on peut... ha ça fait du bien !* »
- IDE 4 : « *On a besoin d'entendre que la cadre est fière de nous de temps en temps et nous soutienne...* »

---

<sup>34</sup> Denis MELLIER, Maître de conférences en psychologie, « L'équipe c'est aussi un groupe », Enfance et psy, 2002/3 n°19, P. 22 à 28

La demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail. Elle touche toutes les organisations, privées ou publiques, et toutes les professions. D'ailleurs, la reconnaissance constitue un besoin de tout être humain dans la hiérarchisation des cinq niveaux décrits dans la pyramide d'A. Maslow (Annexe VIII).

JP. BRUN donne cette définition : « *La reconnaissance est d'abord une réaction constructive au sens où elle crée un lien à la fois personnalisé, spécifique et à court terme. Elle s'exprime dans les rapports humains au quotidien. Il s'agit aussi d'un jugement posé sur la contribution de la personne, tant en matière de pratique de travail que d'investissement personnel et de mobilisation. Elle représente un jugement porté sur la pratique professionnelle des travailleurs (reconnaissance de la pratique de travail) ainsi que sur l'engagement personnel et la mobilisation collective (reconnaissance de l'investissement dans le travail). Elle consiste en une évaluation et une célébration des résultats produits par les employés et valorisés par l'organisation (reconnaissance des résultats). La reconnaissance doit se pratiquer sur une base régulière ou ponctuelle, avec des manifestations formelles ou informelles, individuelles ou collectives, privées ou publiques, monétaires ou non.* »

C. DEJOURS précise que « *la reconnaissance passe par un jugement porté non pas directement sur la personne mais sur l'acte professionnel et son produit tout en sachant que le faire contient quelque chose de celui qui en est l'auteur* »<sup>35</sup>

L'être humain a besoin de se sentir valorisé. Reconnaître ne consiste pas seulement à dire « c'est bien » mais en précisant justement en quoi c'est bien. Cela concerne ce que les soignants savent faire, les compétences qu'ils développent mais aussi leurs difficultés. Il s'agit là de montrer qu'on entend bien les contraintes auxquelles ils sont confrontés même si le CDS n'a pas toujours une solution.

L'évaluation des compétences professionnelles peut être, en tant qu'outil managérial, adapté par le CDS au type de reconnaissance qu'il cherchera à développer. S'attacher à découvrir, à comprendre le travail quotidien des soignants et évaluer leurs compétences professionnelles, revient à leur porter de l'intérêt, leur reconnaître une valeur et donc à valoriser leurs actions. A ce sujet la Cadre 4 nous explique qu'elle assiste à certains soins et que « *même si je ne fais pas ce soin je crois que notre rôle de cadre est aussi d'être près du patient... cela montre au personnel qu'on s'intéresse à ce qu'ils font... qu'ils ont besoin de reconnaissance et que ça passe par nous-même nous rendre compte de ce qu'elles font* ».

De plus, lors de l'entretien annuel d'évaluation les propositions du cadre doivent être individualisées, négociées et prendre en compte l'autoévaluation et le discours du soignant pour favoriser une satisfaction. Ce moment d'échange semble très important pour les IDE, je pense ici à l'IDE 3 qui souhaiterait bénéficier plus souvent d'entretien professionnel, ce qui rejoint mes ressentis exposés dans la première partie de ce mémoire « mon expérience professionnelle ». Ces observations sont en concordance avec mes recherches théoriques menées sur l'EAE mentionnant le fait que cet entretien soit une « *situation sociale* » (selon Clause LEVY LEBOYER) ou le dialogue

et les échanges entre les protagonistes peuvent être source de reconnaissance et de valorisation du travail effectué.

Enfin l'IDE 2 me parle de « *satisfaction personnelle* » que de trouver des solutions en groupe et l'IDE 1 me dit « *quand je ne suis pas satisfaite après un soin ou ma façon de faire... on a dès fois tendance à se demander pourquoi quand même* ». Ceci me renvoie à nouveau à mes recherches lorsque WITTORSKY nous dit que « *la réflexion du sujet sur son activité* » est une des notions de professionnalisation et d'identité professionnelle : « *C'est en entrant dans les relations de travail, en participant à des activités collectives que les individus parviennent à construire une identité professionnelle* ».

JP BRUN appuie cette idée en disant que : « *La reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et leur bien-être* »<sup>36</sup>.

Il est alors attendu du Cadre de Santé qu'il fasse part d'une qualité humaine indispensable : une capacité à porter attention à chacun des membres de son équipe. L'attention que la cadre porte à son équipe est perçue et mesurée par le degré de reconnaissance de leur travail, de leurs actes au quotidien, de leur charge de travail et d'un soutien permanent.

Les CDS décrivent bien cette attention portée à l'équipe en s'appuyant sur un désir de donner de l'autonomie à leurs équipes, en adaptant leurs plannings, en augmentant leur note annuelle ou encore en proposant des réunions de service afin de créer une cohésion de groupe. Cependant ne confondent-elles pas analyse de dysfonctionnement et dynamique de groupe ? En effet des IDE revendiquent d'avoir besoin d'une valorisation orale : elles souhaitent entendre la reconnaissance que peuvent avoir leur CDS.

**Ceci témoigne de la variété des signes de reconnaissance pouvant être manifestés. Cette reconnaissance demandée est tant individuelle que collective de par l'utilisation du « nous » par les IDE (par exemple : IDE 4 : « *On a besoin d'entendre que la cadre est fière de nous de temps en temps et nous soutienne...* »).**

C'est peut-être alors le manque de reconnaissance exprimé de façon explicite que j'expliquerai l'expression de certains soignants d'un manque de reconnaissance. J'ai par ailleurs constaté durant les entretiens qu'un manque de reconnaissance pouvait être une source majeure de démotivation au travail. Cet élément est mis en avant par l'IDE 4 qui nous dit « *je vois que notre cadre nous observe régulièrement dans notre travail, dans les couloirs... et un petit mot gentil positif sur notre travail nous remotive toujours* ».

Claude LEVY LEBOYER nous dit que « *la motivation n'est pas un trait de caractère. C'est un processus qui permet de faire des efforts importants pour une activité précise.*

---

<sup>36</sup> JP BRUN, La reconnaissance au travail, Sciences humaines, Novembre 2008 n°12, P. 64-65

*Cette notion, très pointue, est différente du dynamisme, de l'énergie ou du fait d'être actif. Nous sommes motivés pour certaines choses, mais pas pour tout »<sup>37</sup>.*

Par ailleurs, Elton MAYO, au cours d'une enquête menée de 1928 à 1932 met en évidence le facteur social dans la motivation au travail. C'est-à-dire qu'il met en relation la productivité et la satisfaction des ouvriers dans leur travail. Par conséquent, au sein d'une équipe soudée, *« la motivation individuelle va être soutenue et amplifiée par un même esprit »*. Il propose donc que *« les conditions psychologiques des ouvriers priment sur les conditions de travail, que les salariés se sentent intégrés dans l'entreprise et motivés et que les salariés soient des membres actifs pour l'entreprise »<sup>38</sup>.*

Ces recherches mettent alors en lumière que **la reconnaissance de l'individu et sa capacité à s'intégrer dans son groupe de travail sont des ressorts primordiaux de la motivation.**

Même si on a conscience que reconnaître l'autre est un facteur de motivation, la forme de reconnaissance attendue est spécifique à chaque individu. Une forme de management employé par un CDS, qu'il soit, situationnel, intuitif ou directif, ne peut pas convenir ni répondre aux attentes de chaque soignant. Le CDS doit alors continuellement s'adapter. Je constate tout de même que les CDS interrogés favorisent l'écoute de l'autre, l'échange et la communication et privilégient donc un mode de management participatif. La cadre 1 nous dit *« quand elles ont besoin de parler c'est sans RDV... elles savent qu'elles peuvent compter sur moi »* et la cadre 4 : *« ... le but est de partager avec eux de réelles discussions... »*.

Cette attitude bienveillante dans la pratique managériale nécessite pour le cadre de santé à réfléchir sur ses propres pratiques. Cette autoévaluation peut alors être une démarche propice à être attentif sur la reconnaissance du travail effectué par les soignants.

---

<sup>37</sup> [http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation\\_leboyer.shtml](http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation_leboyer.shtml)  
consulté le 01/05/17.

<sup>38</sup> Michel FOUERIA, Sociologie des organisations, 2ème édition, Edition Pearson Education, Février 2007, Chapitre 4.

## 8. Synthèse de l'analyse

L'évaluation, composante de gestion des ressources humaines est une étape logique et inévitable dans la démarche qualité. Outil de management, elle favorise le développement et l'optimisation des compétences de chacun. En s'appuyant sur l'observation, le dialogue, l'écoute et la contractualisation d'objectifs, l'évaluation permet une implication et une responsabilisation de chacun.

L'hôpital, comme toute entreprise, a besoin de l'initiative de son personnel. L'autoévaluation prend ici toute sa légitimité. Une remise en question régulière des pratiques de chacun est source de progression et de performance. Cependant des préalables sont indispensables à la mise en place de cette autoévaluation. Je pense ici à la motivation. Un agent motivé prend de l'initiative et répond plus facilement à un questionnement sur ses pratiques. La motivation est un acte managérial au service de l'efficacité des organisations. L'encadrement et l'accompagnement du Cadre de Santé va donc impulser une dynamique de motivation.

Par ailleurs, la recomposition des discours des IDE laisse transparaître une orientation collégiale concernant leur besoin de valorisation. L'évaluation est un processus et un axe clé du management qui s'inscrit dans un souci de reconnaissance. Elle contribue à l'efficacité des groupes humains que sont les équipes paramédicales, induit une cohésion d'équipe, une motivation et donne du sens à l'action. C'est la clé de voûte de la pratique managériale.

## 9. Un retour sur les hypothèses de départ

L'objectif de mon travail est de répondre à la question : « En quoi l'autoévaluation est-elle un levier managérial afin de développer les compétences d'une équipe soignante ? ».

Pour répondre à cette interrogation j'ai émis plusieurs hypothèses :

- N°1 : « Il semble que les IDE n'investissent pas la sphère de l'autoévaluation par défaut d'explication d'utilité et des actions d'exécutions de la part des cadres de santé »
- N°2 : « Bien que les cadres aient conscience que le management par les compétences soit un levier certain, elles ne favorisent pas l'autoévaluation auprès des équipes qu'elles encadrent par manque d'outil ».
- N°3 : « L'autoévaluation peut constituer pour le cadre un levier d'animation des équipes soignantes en permettant à chacun de développer ses compétences ».

La manière dont l'évaluation est menée renseigne sur la prédominance du sens qu'on lui donne : elle sous-tend les valeurs managériales. Les personnes interrogées nous permettent de mettre en valeur plusieurs types d'évaluation :

- L'évaluation contrôle : elle répond à un modèle mécaniste des organisations de travail. Dans ce cas l'évaluation porte essentiellement sur la mesure des écarts entre la procédure et l'existant.
- L'évaluation qui régule : l'évaluateur et acteur et producteur de sens et cherche la valorisation et la reconnaissance de l'évalué et les erreurs sont repérées pour être analysées afin de trouver des réajustements.
- L'autoévaluation : elle demande à l'évaluateur d'être auteur de sa pratique. Ce mécanisme est vecteur de sens, l'individu se questionne sur l'intérêt de ce qu'il fait.

L'évaluation est donc complexe, elle fait appel à toutes ces logiques. La finalité est de conjuguer les projets de professionnalisation des individus avec les exigences des activités des organisations.

L'enquête auprès des personnes interrogées témoigne certes que l'autoévaluation est une démarche propice à l'amélioration perpétuelle des compétences, je valide donc la 3eme hypothèse. Cependant leurs témoignages appuient davantage sur son utilité dans l'impulsion d'une dynamique et une cohésion de groupe. Ma question de départ mérite donc d'être complétée par cette notion.

Par ailleurs j'infirmes les hypothèses 1 et 2. Les IDE intègrent l'utilité de l'autoévaluation, la pratiquent et la mettent également en place quand ils se positionnent eux même comme évaluateur. Les cadres favorisent cette démarche, leur témoignent l'importance de cette démarche et nous expliquent la proposer lors des Entretiens annuels d'évaluation ou en réunion de service.

Nous avons vu que l'être humain a besoin d'être valorisé. Le Cadre de santé doit régulièrement préciser individuellement et collectivement les points à améliorer mais aussi exprimer sa reconnaissance de leur travail et efforts fournis.

Alors mes interrogations évoluent et je me pose de nouvelles questions.

**Les cadres utilisent-ils toujours l'intégralité des bénéfices que peut apporter l'évaluation ?**

**En quoi la reconnaissance au travail peut-elle être une stratégie managériale ?**

## 10. Un véritable apport dans ma pratique de CDS

En tant que Cadre de Santé j'aurai pour responsabilité de développer les compétences du personnel d'une unité de soins. Pour cela je devrai veiller à ce que les missions, les activités, et les compétences des IDE soient en adéquation avec l'activité et les besoins du service. J'aurai donc pour rôle d'évaluer leurs compétences. Cette mission, nous l'avons constaté grâce aux recherches théoriques et aux résultats de l'enquête, est une mission riche et complexe.

Le cadre n'est pas simplement un porte-parole, un leader ou un gestionnaire mais il est aussi un évaluateur. Il est garant d'un projet de l'établissement, et il représente au quotidien « *le tiers représenté : l'Institution* »<sup>39</sup>. C'est-à-dire qu'il incarne les valeurs professionnelles et porte l'effigie du corps professionnel infirmier donnant ainsi des repères pour que les infirmiers offrent une qualité et une sécurité des soins toujours meilleures.

Ces valeurs que les cadres représentent doivent être impulsées dès l'arrivée d'un agent dans un service, c'est pourquoi je pense aussi à l'importance d'apporter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveaux agents.

Je retiens aussi que j'aurai un rôle dans la satisfaction du personnel. Pour cela, je devrai veiller à ce que les valeurs, les missions, les activités et les compétences des IDE et AS soient en adéquation avec l'activité du service mais surtout, apporter de la reconnaissance et valorisation collective et individuelle.

Grace à ce travail j'ai pu me rendre compte que l'évaluation peut être un outil à disposition du CDS pour améliorer la satisfaction des soignants. Pour assumer ce rôle l'entretien annuel d'évaluation, les EPP, les analyses de pratiques ou encore l'observation au quotidien constituent une aide légitime. Mais cela ne reste que des outils. C'est en parallèle avec mes valeurs et mon management que je pourrai utiliser au mieux les évaluations pour accompagner les infirmiers, favoriser leur satisfaction et développer leurs compétences. Pour pouvoir réaliser un accompagnement de qualité le but n'est pas de fixer un objectif et d'en évaluer l'atteinte l'année suivante. Cet accompagnement se réalise au quotidien, sur des points précis d'évolutions, en favorisant une écoute régulière, des échanges constructifs une observation bienveillante, et un regard sur ses propres pratiques. Le cadre doit en effet pour lui aussi favoriser cette autoévaluation afin de questionner ses pratiques et son management et connaître ses limites. La notion de justesse me semble également primordiale. Le cadre de santé doit intervenir avec impartialité et précision afin de favoriser une relation de confiance avec l'équipe soignante.

Ce travail a donc été riche et intéressant d'un point de vu professionnel, formatif et personnel.

---

<sup>39</sup> M. VIAL, « Evaluer les compétences professionnelles : les missions du cadre de santé », Conférence/ débat e 2001 de l'Institution de Formations des Cadres de Santé : Contribution des cadres au développement des compétences professionnelles, Aix en Provence

## CONCLUSION

Je pense que les compétences représentent une des bases d'une unité de soins. C'est en portant attention à cette notion qu'elles seront une source inépuisable en faveur de la qualité et de la sécurité des soins d'un établissement. Ainsi, le cadre de santé a un rôle primordial dans le développement des compétences des professionnels soignants. Il doit après avoir appréhendé les compétences propres à chacun, les développer et les maintenir tout au long de la vie professionnelle afin d'améliorer les pratiques soignantes individuelles et collectives au sein de l'équipe pluridisciplinaire dont il a la responsabilité.

Cette mission suppose que le Cadre de santé soit attentif aux besoins et aux attentes du personnel soignant et impose donc d'évaluer les performances collectives et individuelles afin d'améliorer continuellement une qualité de soins. Evaluer... Mais de quoi parle-t-on ? Comme nous avons pu l'observer durant les enquêtes de terrain, l'évaluation reste difficile à définir, à cerner, à expliquer, parce qu'elle ne se résume pas à une seule opération. Inscrite dans un système de relations dynamiques entre les acteurs, les pratiques, des intentions, un contexte, elle est avant tout, une activité sociale et à chaque fois singulière. Elle suppose une remise en question salutaire à l'amélioration des pratiques, et chaque personne a sa place dans ce processus. L'autoévaluation prend alors ici toute sa place. Cadres et infirmières investissent l'importance de cette remise en question afin d'enrichir leurs compétences mais vont même plus loin. J'ai en effet pu découvrir que cette autoévaluation se réalisant de façon individuelle et collective favorise la notion de dynamique et de cohésion de groupe, éléments fondamentaux et indispensables dans leur construction d'identité professionnelle. L'accompagnement quotidien des Cadres de Santé favorise cet esprit d'équipe, véritable levier de développement des compétences. Cependant d'autres éléments se révèlent nécessaires à cette cohésion de groupe : la valorisation et la reconnaissance. Cette reconnaissance ne se résume pas à une vision financière pouvant être identifiée à une notation ou une prime... Elle implique d'identifier et de renforcer de manière positive la performance du ou des collaborateurs, véritable gage de bien-être et de motivation au travail.

Le management bientraitant, empreint d'humanité, respectueux et soucieux des autres peut alors être un fort levier pour permettre de connaître les attentes et les besoins des collaborateurs, évaluer leurs performances et tenter de les enrichir et ainsi contribuer à nourrir leur motivation et bien-être au travail.

En concluant ce travail, je continue à m'interroger sur le management des hommes comme véritable stratégie institutionnelle au sein d'un établissement. A l'hôpital, ou la réflexion éthique est au cœur des situations de soins, comment favoriser une culture de la réflexion éthique en faveur du personnel soignant ? Et qu'en est-il de la bienveillance concernant les cadres de santé ?

## BIBLIOGRAPHIE

- OUVRAGES

DEJOUX C., Gestion de compétences et GPEC, Paris, Edition Dunod, 2008.

DIETRICH A., GILBERT P, PIGEYRE F., Management des compétences, enjeux, modèles, perspectives, Paris, Edition Dunod, 2010.

FOUDRIA M., Sociologie des organisation, Paris, 2eme édition, Edition Pearson Education, Février 2007, Chapitre 4.

HESBEEN W., Cadre de santé de proximité, un métier au coeur des soins, Paris, Editions Masson, 2011

LE BOTERF G, Construire les compétences individuelles et collectives, agir et réussir avec compétences, Paris, Edition Eyrolles, 2010.

LE BOTERF G, Ingénierie et évaluation des compétences, Paris, 6ème Edition Eyrolles,2006, P.88.

LE BOTERF G., Compétence et navigation professionnelle, Paris, Éditions d'organisation, 2000.

LEVY LEBOYER C, Evaluation du personnel, quels objectifs ? Quelles méthodes ? Paris, Edition des organisations, 1996.

LETEURTRE H., L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital, Paris, Edition ESF,1991.

LHERMIE S., L'évaluation professionnelle, Paris, Edition Gereso, 2015.

MENASSE HC, L'analyse de la pratique en institution : scènes, jeux, enjeux, Toulouse, Eres, 2009, P. 39

VIAL M., Se repérer dans les modèles d'évaluation, Paris, Edition Deboeck supérieur, 2012, p7.

- DOCUMENTS EXTRAIT D'UN SITE INTERNET :

Haute Autorité de la Santé. Evaluation des pratiques professionnelles.

[Consulté le 01/02/2017]

Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles)

Haute Autorité de la Santé. Le circuit du dossier d'auto-évaluation.

[Consulté le 02/02/2017]

Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424\\_e2\\_dossier\\_ae.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/20120424_e2_dossier_ae.pdf)

Larousse. Définition de la compétence.

[Consulté le 12/12/2016].

Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%c3%a9tence/17648?q=competence#17517>

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

[Consulté le 04/02/2017]

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000720668&categorieLien=id>

LEVY-LEBOYER. La motivation n'est pas un trait de caractère.

[Consulté le 01/05/2017]

Disponible : [http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation\\_leboyer.shtml](http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation_leboyer.shtml)

MG Form. La compétence du professionnel.

[Consulté le 12/02/2017]

Disponible : [http://www.mgform.org/referentiel/la\\_competence\\_du\\_professionnel\\_.htm](http://www.mgform.org/referentiel/la_competence_du_professionnel_.htm)

MOTTA JM. La dynamique des groupes.

[Consulté le 09/05/2017]

Disponible : <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-83.pdf>

NOSENT JP. Evaluation ou contrôle : repères.

[Consulté le 06/02/2017]

Disponible : [http://www.ihoes.be/PDF/JP\\_Nossent-Evaluation\\_Controlle.pdf](http://www.ihoes.be/PDF/JP_Nossent-Evaluation_Controlle.pdf)

PICAULT F. La professionnalisation.

[Consulté le 27/02/2017]

Disponible : [http://tutofop.ressources.educagri.fr/fileadmin/ressources/Professionnalisation/RC\\_Professionnalisation\\_FP\\_01.pdf](http://tutofop.ressources.educagri.fr/fileadmin/ressources/Professionnalisation/RC_Professionnalisation_FP_01.pdf)

- REVUES :

ABIKHZER K., La quête d'une nouvelle identité des professionnels de santé, Soins Cadres, Février 2013, Vol 22, n°85, P. 49-52

BRUN JP., La reconnaissance au travail, Sciences humaines, Novembre 2008 n°12, P. 64-65

COTTRET Y., L'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales, culte ou culture ? Soins Cadres, 2006, Vol 15, n°59, P73-76

DORY V, DE FOY T, DEGRYSE J, L'auto évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Pédagogie Médicale, 2009, Vol 10, n°1, P.47

MELLIER D., L'équipe c'est aussi un groupe, Enfance et psy, Mars 2002, n°19, P. 22 à 28

ORLUK C, Cadre de santé, manager des compétences professionnelles, Soins Cadres, mai 2014, Vol 23, N°90, P. 56-58

PAUL M., L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, Recherches en soins infirmiers, Mars 2012, n°110, P. 13 à 20

ROUSSELY B., Analyses de pratiques et sens au travail, Soins cadres, Aout 2013, Vol 22, n°87, P. 36-39

SAINT PIERRE L, L'habileté d'autoévaluation : pourquoi et comment la développer ? Pédagogie collégiale, Octobre 2004, Vol 18 n°1, P.34

## CONFERENCE :

VIAL M., Evaluer les compétences professionnelles : les missions du cadre de santé, Conférence/ débat : Contribution des cadres au développement des compétences professionnelles, 2001, Aix en Provence, Institution de Formations des Cadres de Santé, P. 1-9.

## TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Fiche métier du cadre de santé

Annexe II : Décret 2010 \_1153 du 29 septembre 2010 relatif à l'entretien annuel d'évaluation

Annexe III : Enquête exploratoire auprès des Cadre de Santé et IDE

Annexe IV : L'article L814 du code de la Santé Publique, relatif au système de notation

Annexe V : Guides des entretiens semi directifs des Cadres et santé et IDE

Annexe VI : Intégralité d'entretien semi directif avec un Cadre de Santé

Annexe VII : Intégralité d'un entretien semi directif avec une infirmière

Annexe VIII : pyramide d'H. Maslow

**Annexe I : Fiche métier du Cadre de Santé du « Répertoire  
des métiers de la fonction publique hospitalière »**



## Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

**Famille :** SOINS  
**Sous-famille :** Management des organisations des soins  
**Code métier :** 05U20

### ▶ Information générale

#### Définition :

Organiser l'activité de soins et des prestations associées,  
Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotextuelles 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.

#### Autres appellations :

Cadre de santé

#### Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé

### ▶ Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

### ▶ Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau

**Annexe II : Décret 2010 \_1153 du 29 septembre 2010 relatif à l'entretien annuel d'évaluation, tiré du site « Legifrance »**

**Décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière**

NOR: SASH1008640D

Version consolidée au 8 mai 2017

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment son article 65-1 ;

Vu la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, notamment son article 44 ;

Vu le décret n° 91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière du 9 mars 2010 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu,

Décète :

## **CHAPITRE IER : DE L'ENTRETIEN PROFESSIONNEL**

### **Article 1**

Sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, après avis du comité technique d'établissement, les fonctionnaires et les agents contractuels employés à durée indéterminée, à l'exception des personnels de direction et des directeurs des soins, peuvent faire l'objet, à titre expérimental, d'une évaluation ayant pour but d'apprécier leur valeur professionnelle dans les conditions fixées par le présent décret.

Dans ce cas, les dispositions de l'arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics cessent d'être applicables.

## **Article 2**

L'agent bénéficie chaque année d'un entretien professionnel qui donne lieu à un compte rendu.

## **Article 3**

L'entretien professionnel est conduit par le supérieur hiérarchique direct de l'agent. Il porte principalement sur :

1° Les résultats professionnels obtenus par l'agent eu égard aux objectifs qui lui ont été fixés et aux conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure dont il relève ;

2° Les objectifs fixés à l'agent pour l'année à venir et les perspectives d'amélioration de ses résultats professionnels, compte tenu, le cas échéant, des perspectives d'évolution des conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure ;

3° La manière de servir de l'agent ;

4° Les compétences acquises au cours de l'expérience professionnelle ;

5° Les aptitudes aux fonctions d'encadrement pour l'agent qui les exerce ;

6° Les besoins de formation de l'agent ;

7° Les perspectives d'évolution professionnelle de l'agent en termes de carrière et de mobilité.

## **Article 4**

Les critères à partir desquels la valeur professionnelle de l'agent est appréciée au terme de cet entretien sont fonction du métier, du corps d'appartenance, de la nature des activités exercées et des compétences attendues relatives au niveau des responsabilités confiées.

Un arrêté du ministre chargé de la santé définit en tant que de besoin le modèle de compte rendu de l'entretien professionnel.

## **Article 5**

L'agent est convoqué par son supérieur hiérarchique direct à l'entretien professionnel dans un délai de huit jours au moins avant la date fixée pour celui-ci. Le support du compte rendu est adressé en même temps que cette convocation.

Le compte rendu de l'entretien professionnel se réfère obligatoirement aux thèmes énumérés à l'article 3 du présent décret et comporte une appréciation générale exprimant la valeur professionnelle de l'agent.

Il est établi et signé par le supérieur hiérarchique direct de l'agent.

Il est visé par l'autorité investie du pouvoir de nomination qui, le cas échéant, le complète de ses observations.

Le compte rendu est alors notifié à l'agent, qui le signe, pour attester qu'il en a pris connaissance, après l'avoir, le cas échéant, complété de ses observations.

Il est ensuite transmis à l'autorité investie du pouvoir de nomination et versé au dossier de l'agent.

## **Article 6**

L'autorité investie du pouvoir de nomination peut être saisie par l'agent d'une demande de révision du compte rendu de l'entretien professionnel.

Cette demande de révision est présentée dans un délai de quinze jours francs suivant la notification à l'agent du compte rendu de l'entretien. L'autorité investie du pouvoir de nomination notifie sa réponse dans un délai de quinze jours après la demande de révision de l'entretien professionnel.

Les commissions administratives paritaires peuvent, à la demande de l'intéressé et sous réserve qu'il ait au préalable exercé la demande de révision mentionnée à l'alinéa précédent, proposer à l'autorité investie du pouvoir de nomination la modification du compte rendu de l'entretien professionnel. Dans ce cas, communication doit être faite aux commissions de tous éléments utiles d'information. Les commissions administratives paritaires doivent être saisies dans un délai d'un mois franc suivant la notification de la réponse formulée par l'autorité investie du pouvoir de nomination dans le cadre de la demande de révision.

L'autorité investie du pouvoir de nomination communique au fonctionnaire, qui en accuse réception, le compte rendu définitif de l'entretien professionnel.

## **CHAPITRE II : DE LA RECONNAISSANCE DE LA VALEUR PROFESSIONNELLE**

### **Article 7**

Pendant l'expérimentation, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut moduler la durée du temps passée dans les échelons, dans la limite des durées prévues par les statuts particuliers et après avis de la commission administrative paritaire compétente, pour les agents dont la valeur professionnelle, appréciée dans le cadre de l'entretien professionnel et exprimée dans le compte rendu de l'entretien professionnel, le justifie.

### **Article 8**

Pour l'établissement annuel du tableau d'avancement prévu à l'article 69 de la loi n°

86-33 du 9 janvier 1986 susvisée, il est procédé à un examen de la valeur professionnelle des agents remplissant les conditions pour être promus, compte tenu notamment :

1° Des comptes rendus d'entretiens professionnels ;

2° Des propositions motivées formulées par l'autorité investie du pouvoir de nomination, notamment au regard des acquis de l'expérience professionnelle de l'agent ;

3° Pour la période antérieure à l'entrée en vigueur du présent décret, des notations et des appréciations générales.

### **Article 9**

Pendant l'expérimentation, lorsqu'une modulation des montants ou taux des primes et indemnités en fonction de la valeur professionnelle est prévue par les textes, celle-ci est appréciée au vu du compte rendu de l'entretien professionnel.

### **Article 10**

Un bilan de l'expérimentation est présenté au comité technique d'établissement au titre de 2011 avant le 31 juillet 2012, au titre de 2012 avant le 31 juillet 2013 et au titre de 2013 avant le 31 juillet 2014.

### **Article 11**

Le bilan annuel de cette expérimentation, mentionné à l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 susvisée, est communiqué au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

### **Article 12**

Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le secrétaire d'Etat chargé de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 29 septembre 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,  
Roselyne Bachelot-Narquin

Le ministre du travail, de la solidarité  
et de la fonction publique,  
Eric Woerth  
Le ministre du budget, des comptes publics  
et de la réforme de l'Etat,  
François Baroin  
Le secrétaire d'Etat  
chargé de la fonction publique,  
Georges Tron

**Annexe III : Enquête exploratoire auprès des Cadre de  
Santé et IDE**

Pour les cadres, les questions ouvertes abordées ont été :

- 1) Selon vous quels impacts peuvent avoir les EAE ?
- 2) Comment le cadre favorise le développement des compétences et s'assure de sa pérennité ?
- 3) A quoi vous fait penser l'autoévaluation dans vos pratiques au quotidien et celles de vos agents ?

Pour les IDE, les questions ouvertes abordées ont été :

- 1) Qu'attendez-vous des cadres de votre équipes lors d'un EAE ?
- 2) Selon vous qu'est ce qui favorise la mise en évidence de vos compétences ?
- 3) Est-ce que vous vous êtes déjà autoévalué et si oui dans quel contexte ?

**Annexe IV : L'article L814 du code de la Santé Publique,  
relatif au système de notation, extrait du site « Legifrance »**

## **Article L814**

- Modifié par [Loi 74-873 1974-10-22 art. 1 JORF 23 octobre 1974](#)
- Abrogé par [Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 - art. 133 JORF 11 janvier 1986](#)

« Il est attribué chaque année, à tout agent en activité ou en service détaché, une note chiffrée accompagnée d'une appréciation écrite exprimant sa valeur professionnelle. L'autorité investie du pouvoir de nomination note les agents après avis du chef de service et, éventuellement, du directeur de l'établissement, consigné sur la feuille de notation.

Les notes chiffrées ainsi attribuées sont obligatoirement portées à la connaissance des intéressés et des commissions paritaires. Celles-ci peuvent, à la requête de l'intéressé, proposer la révision de la note attribuée. Dans ce cas, communication doit être faite à la commission de tous les éléments d'information utiles.

Les éléments entrant en ligne de compte pour la détermination des notes seront fixés par arrêtés du ministre de la santé publique et de la population, après avis du comité supérieur de la fonction hospitalière. »

**Annexe V : Guides des entretiens semi directifs des Cadres  
et santé et IDE**

## Guide des entretiens semi directifs des Cadres de santé élaboré par thème :

### Thème compétence :

- 1) Qu'est-ce qu'évoque pour vous le terme compétence ?
- 2) Selon vous quels sont les temps où vous participez/favorisez le développement des compétences des équipes soignantes ?
  - Avez-vous un exemple ?
- 3) Le cadre évalue chaque année les compétences de chaque soignant de l'unité de soin, de quelles compétences s'agit-il ?

### Thème évaluation :

- 4) Que représente pour vous l'évaluation ?
- 5) Racontez-moi les situations d'évaluation que vous exercez au quotidien (*qu'évaluez-vous ? quand ? Qui ? Comment ?*)
- 6) Que recherchez-vous à faire émerger chez l'agent évalué lors d'une évaluation ? (sur quoi aimeriez-vous que votre agent s'exprime ?)
- 7) Quels moyens utilisez-vous pour évaluer les compétences des membres de votre équipe soignante ? (*Comment vous y prenez-vous pour évaluer ? Avez-vous une méthode ? existe-il un protocole ?*)
- 8) Rencontrez-vous des difficultés à évaluer ? Et si oui lesquelles ? A quoi les attribuez-vous ?

### Thème autoévaluation :

- 9) Si je mentionne le terme « autoévaluation » qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- 10) Quel est votre sentiment/ point de vue par rapport à l'autoévaluation ?
- 11) Voyez-vous différentes modalités d'autoévaluation ? (Analyse de pratique, réunion service, informel... ?)
- 12) En quoi pourriez-vous penser que cette autoévaluation pourrait être au service du collectif ?
- 13) Selon vous, quel est votre rôle de cadre dans ces différentes modalités d'autoévaluation ?

## Guide des entretiens semi directifs des IDE élaboré par thème :

### Thème compétence

- 1) Pouvez-vous me raconter vos activités professionnelles ? *Pour mener à bien ces activités de quoi avez-vous besoin ? (Ressources, connaissances, expérience ?...)*
- 2) Qu'est ce évoque pour vous le terme compétence ? (Relance : Quel lien faite vous avec les compétences ?)

### Thème de l'évaluation :

- 3) Que représente pour vous l'évaluation ?
- 4) Pouvez-vous m'expliquer quand et comment sont évaluées vos compétences ?
- 5) J'imagine que vous avez été évalué par votre cadre ou que vous avez-vous-même déjà évalué, décrivez-moi ces situations d'évaluation. Comment vous y prenez-vous ?
- 6) Avez-vous pris le temps de préparer cette évaluation ? (si oui comment, si non pourquoi ?)
- 7) Si je mentionne le terme « autoévaluation » qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- 8) Quel est votre sentiment/ point de vue par rapport à l'autoévaluation ?
- 9) Selon vous comment votre Cadre de Santé favorise t'elle l'autoévaluation dans votre service ?
- 10) En quoi pourriez-vous penser que cette autoévaluation pourrez être au service du collectif ?

**Annexe VI : Intégralité d'entretien semi directif avec un  
Cadre de Santé**

Depuis quand êtes vous cadre ? 4ans (et 6ans auparavant de ffc)

Ancienneté dans cette unité de soin ? 4ans

Quelle est votre filière professionnelle d'origine ? ide

Etablissement ? hôpital public

### Thème compétence :

#### **14) Selon vous quels sont les temps où vous participez/favorisez le développement des compétences des équipes soignantes ?**

- **Avez-vous un exemple ?**

CADRE : Les temps dédiés, oui il y en a... lors de l'embauche, à savoir que lorsque j'embauche quelqu'un et que je sais que je vais finaliser avec cette personne je lui remets un livret sur lequel je lui demande de s'autoévaluer sur des compétences diverses et variées. Je vous en donnerai un si vous le voulez. Et.... Je leur demande le jour J, le 1<sup>er</sup> jour qu'elles arrivent avec ce document la afin que je puisse cibler l'encadrement par rapport à leur manquement. Je leur demande d'être le plus objectif possible.

Après c'est lorsqu'il y a des problèmes de prise en charge, ça c'est au quotidien, si... je me rend compte que des process ne sont pas bien appliqués ou qu'il y a des plaintes de patients ou que l'agent vient me voir pour me signifier qu'il ne maîtrise pas quelque chose, bon ben voilà ça ça va être une évaluation de la compétence afin de trouver des moyens afin de pallier à son manquement.

Après il y a l'évaluation annuelle... et puis... mon observation au quotidien...

#### **15) Le cadre évalue chaque année les compétences de chaque soignant de l'unité de soin, de quelles compétences s'agit-il ?**

CADRE : Alors... plein.... Ça va être des compétences sur le comportement, ou une façon d'être, leur manière de servir... si on est en relation avec le public c'est très important. Après je vois toute la technique, les nouveaux process qu'on nous demande de mettre en place, nouveau protocole, ou lorsqu'il y a des mutualisation avec d'autres secteurs ou forcément les compétences demandés ne sont pas les mêmes, je travaille avec une de mes collègue cadre, c'est ce qu'il se passe en ce moment d'ailleurs, sur le service ORL ou justement personne ne veut venir chez elle parce que les filles ne maîtrisent pas certains soins comme les trachéos etc... ça les effraie donc du coup il y a plein de cours qui vont être donnés, plein de choses super chouettes qui vont être misent en place sur ce service là pour permettre à nos soignants à nous de démystifier certains soins et de pouvoir aller après améliorer leur prise en charge, diminuer leur stress et donc au final augmenter leurs compétences. A l'issu il y aura un petit livret qui retrace les soins spécifiques.

Etudiante CDS: « ils seront donnés pas qui ces cours ? »

Cadre : « par les médecins du service ORL. Je trouve que ce principe est super, et cela permet d'avoir une bonne cohésion inter équipe.

### Thème évaluation :

#### **16) Que représente pour vous l'évaluation ?**

CADRE : Ah... c'est un bon moment d'échange. D'ordinaire, vous avez dû voir je suis quelqu'un de très humain et facile d'accès, mais c'est un moment où je me rends encore plus accessible et à l'écoute de l'autre. C'est un moment... oui, de réel échange... ou l'agent peut me dire quelles sont ses attentes et ou je vais essayer, mais vraiment... d'accéder à toutes ses demandes. Les demandes de formation notamment ou je peux donc anticiper les dates à l'issue de l'entretien pour planifier l'agent sur les prochaines formations. C'est vraiment un moment où... voilà, on se met à l'aise ou le respect est toujours là, oui un réel moment d'échange.....

Etudiante Cadre de santé: « Est-ce que vous voyez autre chose... ? »

CADRE : « oui... c'est une remise en question de ses pratiques, de... enfin je trouve qu'il doit y avoir évaluation dans les deux sens.... Remise en question également du cadre, de sa façon d'appréhender les différentes problématiques. L'évaluation à sert à ça, c'est vraiment dans les 2 sens. Comment les agents me font remonter également des choses qui ont pu les déranger ou au contraire leur ont plu... Enfin moi je me sers de ça pour être efficace et essayer de faire mieux pour qu'ils soient bien. L'idéal dans l'absolu c'est que mes agents se sentent bien, pour qu'ils puissent être fidélisés, qu'ils aient envie de rester, de se perfectionner.

**17) Racontez-moi les situations d'évaluation que vous exercez au quotidien (qu'évaluez-vous ? quand ? Qui ? Comment ?)**

CADRE : Ben... ça commence dès les transmissions... j'écoute ce que racontent les agents, si elles arrivent à faire des liens... Quand je fais la visite des patients le matin, c'est le petit coup d'œil sur l'état de la chambre, c'est un côté informel mais... qui parfois prend le dessus sur justement le formel car il est réel... il est devant nos yeux et ça en dit long. C'est l'écoute également du patient, ce matin il y a un patient qui s'est plaint d'une prise en charge, donc ça m'a permis de convoquer les AS pour voir ce qu'il s'était passé et tout de suite corriger un éventuel conflit qui aurait pu y avoir. Voilà l'évaluation passe par ça aussi. Juste avant que vous arriviez je viens d'évaluer mes moyens humains afin de pallier à un arrêt maladie... donc l'évaluation de l'effectif par rapport à la charge de travail, par rapport à la disponibilité des agents...

Etudiante Cadre de santé: « Qui évaluez vous ? »

CADRE : « ASH, AS, IDE... enfin c'est tout le monde... même vous... (rire)

**18) Que recherchez-vous à faire émerger chez l'agent évalué lors d'une évaluation ? (sur quoi aimeriez-vous que votre agent s'exprime ?)**

CADRE : Qu'il prenne conscience qu'il a du potentiel, qu'il arrête de douter de lui et qu'il prenne conscience que c'est quelqu'un de bien et d'utile. Jamais jamais je suis avare de compliments, systématiquement quand le boulot est bien fait je les valorise tout de suite. Je suis très sévère et je dois être une des rares à appliquer les process

comme il le faut... alors c'est vrai qu'elles ont menées à la dure mais la reconnaissance je leur donne. Comme je leur dit, je n'ai pas d'argent alors lors d'évaluation elle auront le mérite d'augmenter leur note, ou quand elles ont besoin d'un repos supplémentaire je me décarcasse comme je peux pour faire en sorte qu'elle puisse avoir leurs désirs réalisés. C'est ma façon à moi, quand elles ont besoin de parler c'est sans rdv etc... Voilà, je prends le temps même quand je crois ne pas l'avoir. Elles savent qu'elles peuvent compter sur moi. Mais.... J'attends d'elles aussi ce retour. Voilà ont a établi ce rôle... c'est du donnant donnant, c'est une véritable relation de confiance. Et c'est ce que je recherche, qu'elles travaillent en toute confiance. Quand il faut les défendre je suis là. Quand il faut râler je suis là. Cette notion de justesse aussi leur donne confiance et quand on évalue c'est ce qu'il faut faire ressortir. Et je trouve que ça fonctionne bien pour l'instant.

**19)Quels moyens utilisez-vous pour évaluer les compétences des membres de votre équipe soignante ? (Comment vous y prenez-vous pour évaluer ? Avez-vous une méthode ? existe-il un protocole ?)**

CADRE : Déjà l'infrastructure fait que je peux facilement avoir un œil partout, je suis dans une pièce centrale donc de façon informelle ben... c'est mon oreille... le visuel comme je vous l'ai dit c'est quand j'assiste aux visites, quand je rentre dans les chambres ou dans le poste de soins, quand je suis dans le couloir...Quand aussi je fais des audits. Je réalise soit des audits forcés que nous envoie le CLIN, le CLUD ... ça me permet de voir ou elles en sont mais c'est aussi des audits que moi je peux concevoir moi-même ou me dire ben tiens aujourd'hui je vais voir ou elles en sont niveau respect des règles d'hygiène, comment elles font... enfin voilà. C'est à un moment T, c'est comme ça, à l'improviste sauf quand c'est institutionnel là je les préviens. Mais sinon j'aime bien de temps en temps sans qu'elles sachent les observer... et je leur dis après...

**20)Rencontrez-vous des difficultés à évaluer ? Et si oui lesquelles ? A quoi les attribuées vous ?**

CADRE : Oui la nuit parce que ici on est responsable 24h/24h du service donc s'entend la nuit. Il y a un cadre de nuit qui est en transverse sur plein de service mais qui ne passe donc pas tout son temps dans un service. Donc à ce jour c'est un non-sens complet... Alors je sollicite mes collègues de nuit qui font leur tour... et je leur demande si ils ont des retours à me faire... Alors des fois je peux ressentir des choses car je vois leur travaille quand même dans les transmissions, la qualité de la prise en charge, ou quand j'entends les collègues qui râlent un peu, je m'interroge sur ce qu'il s'est passé et je regarde le dossier, et puis ça peut m'alerté et la je demande directement au cadre de nuit d'être plus vigilant sur tel ou tel point.

Etudiante Cadre de Santé ; « Ok... et, pour celles de jours est ce qu'il a des difficultés rencontrées... ? »

CADRE : « pas nécessairement. Ça prend beaucoup de temps quand on veut le faire au quotidien et beaucoup d'énergie, de vigilance, d'attention...Il faut aussi bien savoir exprimer ses attentes ou ses remarques afin que l'agent puisse rebondir sur mes remarques et progresser... Voila... Mais ça s'apprend sur le tas... »

**21) Si je mentionne le terme « autoévaluation » qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**

CADRE : A ben c'est ce que je leur demande systématiquement mais qu'elles n'arrivent pas à faire... Comme je vous l'ai dit dès l'embauche je leur demande puis lors de l'évaluation annuel je leur demande de faire un auto bilan de l'année passée, ce qu'il va ce qu'il ne va pas et... dans tout... leur qualité de travail, leurs ressentis etc...

Alors voilà... c'est très compliqué pour elles... j'essaye vraiment de leur faire comprendre l'intérêt et je vais même jusqu'à leur dire que je ne les évaluerai pas si elles ne réalisent pas cette autoévaluation. Elles ont du mal...

Etudiante Cadre de Santé : « Comment se présente cette autoévaluation ? »

CADRE : « J'ai essayé dans un 1<sup>er</sup> temps par le biais d'une grille mais au final elles ne verbalisé pas autant que lorsque qu'elles s'expriment uniquement à l'oral... Donc maintenant je leur donne des grandes lignes comme soins techniques, qualité de vie au travail etc... voilà et je les laisse s'exprimer. Mais souvent elles ne s'y préparent pas assez. Il faudrait vraiment qu'elle l'anticipe.

L'autoévaluation se fait aussi quand je vois un soin mal exécuté, je me permet d'aller en parler avec elle et de lui demander ce qu'elle en pensais... Alors ça rejoint un peu la pratique qu'on demande aux étudiants maintenant. Quelque fois une IDE pren partie dans la réalisation d'un soin qu'elle pense devrai être fait de telle manière et l'étudiant d'une autre manière et bien j'essaye de leur demander de prendre du recul sur leur pratiques, d'en parler pour au final nous rendre compte que personne n'avait tors et qu'il n'existe pas toujours qu'une seule façon de faire... J'essaye de leur inculquer ces notions la...

Etudiante Cadre de Santé: « Et est-ce que vous vous arrivez à le pratiquer »

CADRE : « oui, ça j'assume complètement, je connais mes faiblesses et j'essaye souvent d'y travailler dessus. C'est pas parce que je suis cadre que j'ai tout de temps raison... je peux me tromper et je peux l'entendre et travailler dessus tant que l'on me le fait remarquer avec respect tout se passera bien et on partira sur un échange un dialogue...

Voilà... tout ça pour dire que je pense que ce n'est pas innée... c'est très utile dans la construction de soi... dans sa progression professionnel... mais qu'il faut le travailler un petit peu chaque jour et faire un pas de coté sur ce que l'on fait ou dit.

**22) Quel est votre sentiment/ point de vue par rapport à l'autoévaluation ?**

• **Freins ? (Organisationnel...)**

CADRE : Ce n'est pas chose aisé que d'être capable de voir ce dont on est capable ou pas ! Pourtant en tant qu'étudiant on vous demande tout le temps d'avoir ce regard la sur soi... du comment j'aurai du faire pour faire mieux ou pour arriver à mes fins...

Alors... il faut pas être trop sûr de soi... je sais pas... ça peut être venir des façon d'être de la personne ou de tout une génération... Je sais pas... cette nouvelle

générations est souvent sur de leurs pratiques... sur d'avoir raison pour tout... alors est ce que c'est un moyen de se protéger... ? ou de dédramatiser... je ne sais pas... Alors elles ne le formulent pas hein.. mais c'est vrai que je cravache un petit peu plus avec les nouvelles IDE par rapport à ce tempérament de...mais « ou est le problème... ? j'ai bien fait... ». Alors est ce un problème générationnel... ?

- **Leviers ?( que pourrait elle vous apporter ?)**

CADRE : Ben...la bonne entente dans un service, le fait de reconnaître ses erreurs et donc de s'améliorer, de faire mieux, ça ne peut créer que quelque chose de positif. En ce moment... je fais des réunions tous les deux mois avec les AS parce qu'elles ont un problème de communication...elles ont tellement la tête dans les soins qu'elles n'ont pas le temps de se parler ce qui crée beaucoup de tensions... du coup j'ai ouvert une boîte à dialogue ! Alors je leur dit on se réunit et on se dit tout, on se parle de nos problèmes respectifs organisationnels, techniques voir personnels quand cela empiète sur le travail au quotidien... toujours dans le respect... et on essaye de progresser... Et je trouve que petit à petit elles prennent conscience qu'elles sont une équipe... qu'il est de leur intérêt à chacune d'aller dans la même direction... Après si ça se passe mal je peux intervenir pour remettre à l'ordre les bonnes pratiques... mais c'est seulement si elles me le demandent lors de ces temps. Et du coup le fait d'échanger comme ça ça a été super positif parce que desfois sous forme de rigolade elles ont toute accepté le fait que tel ou tel personne à ses contraintes... Elles réussissent à se le dire et à l'entendre...et surtout à moins se demander « mais ils y a plein de problèmes mais que fais le cadre !!!? » . Donc je continue à l'organiser et elles sont partantes... Je pense l'étendre aux IDE.

### **23) Voyez vous différentes modalités d'autoévaluation ? (Analyse pratique, réunion service, informel... ?)**

CADRE : Alors hormis à l'embauche... l'EAE, les petites réunions des AS, je suis en train de travailler sur quelque chose. Quand j'étais IDE aux urgences ont avait un chef qui nous faisait faire des QCM tous les mois de mémoire... ou il nous mettait de sacrée boulettes et d'autres qu'ils fallait savoir impérativement faire... exemple.... : devant une douleur abdo je fais toujours une bandelette urinaire vrai ou faux ? Voilà... et heu.. en prenant ça comme un jeu, ce n'était pas prise de tête, et quelque part ça nous faisait des piqures de rappel et après par l'intermédiaire du cadre on avait un retour autour d'un petit café ou la cadre nous disait s'il fallait refaire un petit topo sur telle ou telle prise en charge...Ca permet sous forme ludique... tu le remplis tant mieux... tu le remplis pas ben tiens ça va m'interpeller à savoir pourquoi elle ne le fait pas et du coup je vais chercher à savoir... En tout cas moi quand j'étais soignante ça me plaisait beaucoup donc je pense faire ça dans mon service.

Alors il y a aussi les analyse de pratiques... mais ce n'est pas moi qui les animent, c'est souvent l'IDE du CLIN ou du CLUD et elles ne se font que lors qu'il y a eu un évènement indésirables particulier, ou quand il y a un problème... et du coup les IDE qui y vont les subissent un peu car elles sont obligés d'y aller quand cela les concerne. Donc c'est à améliorer pour le généraliser un peu... de toute façon ça rejoint un peu mes réunions que je fais avec mes AS. Mais voilà... ça nécessite beaucoup de temps. Par contre elle ont la culture de l'évènement indésirable... et quelque part c'est aussi une analyse d'un dysfonctionnement... donc on pourrait peut-être partir de là pour insuffler ça dans le service.

**24) En quoi pourriez vous penser que cette autoévaluation pourrez être au service du collectif ?**

CADRE : Ben elle est au service de la dynamique de groupe. Si on assume ses erreurs, si on est capable de rectifier ses pratiques il y a plusieurs conflits entre soignants qui pourraient être évités... et ce serai au bénéfice de tout le monde y compris le patient... Par exemple je surveille pas ma perf, je la change sans vérifier le reflux, il y a une lymphangite ben ça aura un impact sur la prise en charge de la relève qui va revenir avec une hyperthermie, un bras impicable et un patient mécontent... Et puis on peut arriver, et ça j'en suis convaincu, à avoir une véritable âme de service quand chacun met de l'eau dans son vin et reste à l'écoute de l'autre. Cela peut créer une cohésion d'équipe qui peut les aider chaque jour à bien faire leur travail et surtout se sentir bien au travail et en confiance.

**25) Selon vous, quel est votre rôle de cadre dans ces différentes modalités d'autoévaluation ?**

CADRE : Je dois les sensibiliser à cette pratique, et surtout la pratiquer moi-même pour le bien de tous... les soignants, moi et l'institution.

**Annexe VII : Intégralité d'entretien semi directif avec une  
IDE**

Quelle est votre année d'obtention de diplôme ? 6ans

Ancienneté dans ce service ? 5ans

Etablissement ? Hôpital public

### **Thème compétence**

#### **1) Pouvez-vous me raconter vos activités professionnelles ? Pour mener à bien ces activités de quoi avez-vous besoin ? (Ressources, connaissances, expérience ?...)**

Ben tous les soins... soins techniques... soins de base sur rôle prescrit et rôle propre... soins relationnel... et tout ce qui est administratif, les périodes de transmissions écrites et orales... Et j'ai besoin de temps ! De pas être dérangé... chose qui nous arrivent tout le temps... J'ai besoin... de savoir communiquer... je veux dire de façon adéquat et sans cesse m'adapter à l'interlocuteur qu'il soit médecin, infirmier ASH ou membre de la famille, les enfants... Il faut du matériel et ne pas avoir besoin de passer à la pharmacie toutes les quatre heures... Des ressources humaines... disponible pour nous répondre quand on a des questions... donc la cadre ou les médecins... des connaissances... J'ai besoin d'avoir une bonne organisation surtout.

#### **2) Qu'est ce évoque pour vous le terme compétence ?**

C'est toutes les choses que je suis capable de faire ! C'est aussi bien des actes physiques que des qualités finalement, c'est la patience, l'écoute l'empathie... Ça fait partie des compétences de l'IDE qui sont indispensables. Ça me fait penser aux connaissances... acquises à l'école et sur le terrain. On apprend beaucoup sur le tas... en observant les collègues, en se renseignant sur les protocoles existants. Moi je suis dans un groupe de travail donc les protocoles qu'on monte ensemble, qu'on met à jour donc ça ça m'aide beaucoup... à évoluer... Ça fait partie des outils qu'on utilise pour mettre en œuvre nos compétences.

### **Thème de l'évaluation :**

#### **3) Que représente pour vous l'évaluation ?**

C'est connaître mes capacités... mes compétences justement, heu... Après moi en tant qu'IDE qui encadre beaucoup de stagiaire on les évalue en faisant le point sur ce qu'elles savent et ce qu'elles savent pas et ce qu'elles pourraient apprendre de plus dans le service, ce qu'elles ont déjà acquis, ce qu'elles peuvent découvrir... Et je leur demande de se remettre en question... La façon dont elles ont fait tel ou tel soin qu'est ce qu'elles en pensent, qu'est ce qu'elles pourraient améliorer. Il faut aussi se remettre en cause pour être une bonne professionnelle. On est de toute façon dans un boulot ou on doit toujours s'adapter et ou on apprend toujours de nouvelles choses...

#### **4) Pouvez-vous m'expliquer quand et comment sont évaluées vos compétences ?**

Une fois par an par la cadre de santé lors de l'entretien annuel. Et puis par l'observation de notre cadre au quotidien. Dès qu'il y a quelque chose qu'on aurait pu faire de mieux elle nous le dit... souvent en nous prenant en individuel.

**5) J'imagine que vous avez été évalué par votre cadre ou que vous avez-vous-même déjà évalué, décrivez-moi ces situations d'évaluation. Comment vous y pensez-vous ?**

Heu quand j'évalue quel qu'un... déjà on se pose au calme... Ce qu'on fait c'est qu'au cour du stage on donne à l'étudiante une feuille d'évaluation de soins qu'elles peut voir dans le service et elle doit le remplir suivant ce qu'elle à déjà fait ou non puis on analyse ça ensemble. On évalue toujours avec la personne car dans son dos ça ne sert à rien. J'ai souvent besoin d'en parler entre collègues aussi pour avoir différents points de vue. Puis je demande toujours si la personne est d'accord avec ce que j'ai ressentis. C'est une discussion plutôt qu'une évaluation... On est pas à l'école... On établit les choses ensemble et on se sert de son support.

Après hormis l'entretien annuel notre cadre nous évalue en nous observant, elle vient pendant qu'on est en soin donc elle voit ce qu'on fait. Mais ce sera à d'autres moment où elle nous dira « j'ai observé ceci j'ai observé cela ». Mais on a vraiment pas des retours régulier... Bien loin de la...

**6) Avez-vous pris le temps de préparer cette évaluation ? (si oui comment, si non pourquoi ?)**

Oui vite fait... Bof non pas trop en fait... Il fallait remplir 5 page en fait sur la grille d'autoévaluation... Mais c'est rébarbatif... C'est plus simple quand c'est abordé à l'oral.

**7) Si je mentionne le terme « autoévaluation » qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**

Ecole ! Et c'est vraiment pas positif...

Ben c'est super difficile... c'est se remettre en question... et souvent on a tendance à pas bien se voir comme les autres nous voit. On a une grille d'autoévaluation que nous distribue notre cadre avant nous entretiens annuels et il y a plusieurs item... par exemple est ce que vous êtes compétences dans tel domaine : acquis/ en cour d'acquisition/ non acquis. Et souvent on tombe pas toujours d'accord... Elle m'a dit sur certains points « ben si la tu es compétente parce que t'es capable de le transmettre... » Aussi être capable de transmettre quelque chose c'est aussi être compétente sur la chose parce que si tu peux pas le faire c'est que tu n'es pas à l'aide sur la chose... Il faut d'abord être sûr de soi un minimum pour apprendre à l'autre.

Après... quand je ressens que je en suis pas satisfaite après un soin ou ma façon de faire... on a désfois tendance à se demander pourquoi quand même... Mais c'est hyper chronophage... C'est plus une remise en question.

**8) Quel est votre sentiment/ point de vue par rapport à l'autoévaluation ? Freins ?**

Tout ce qu'on nous demande sous forme écrite... Vraiment répondre à un questionnaire j'aime pas ça... Ce n'est pas spontané. Je préférerais parler en confiance plutôt que d'écrire et... du coup on retranscrit pas la vraie vérité je pense...

### **Leviers ?**

C'est essentiel pour être une meilleure professionnelle chaque jour... on doit se remettre en question pour améliorer notre façon de faire et donc le bien-être de notre patient. Je le vois mal si un soin ne se passe pas correctement surtout auprès d'enfants... donc parfois on a pas le choix de se remettre en question.

### **9) Selon vous comment votre Cadre de Santé favorise-t-elle l'autoévaluation dans votre service ? (grille lors des EAE, analyse de pratique ? vous sentez-vous sensibilisé à cette notion ?**

Hormis ces feuilles de l'entretien annuel... heu je ne sais pas... Ce que je vois en ce moment par exemple... on a un service extrêmement compliqué et on a tiré la sonnette d'alarme et elle nous a regroupé pour une réunion pour qu'on soumette chacun des propositions pour améliorer l'organisation du service. Mais c'est de l'évaluation générale du service j'ai plus l'impression... Elle essaye de réduire le temps de transmissions pour qu'on en ait plus pour les soins... Et voilà... bon elle nous en fait des retours parfois... mais avant que ça bouge ça et longtemps...

Donc voilà ces réunions c'est pour travailler ensemble... ça dépend de nous quand même... Dernièrement on a des étudiantes ergonomes qui sont passées dans notre service sur plusieurs jours, elles nous ont suivi, et elle ont vu l'étendu de notre travail, elle était horrifiée. Et ça ça devrait remonter à la cadre sup et j'attends tellement qu'elle le fasse... Et du coup ça été d'un bonheur de voir que c'était reconnu, qu'on bossait comme des dingues en faisant tout ce qu'on peut... ha ça fait du bien d'être reconnu ! Je sais pas si c'est en lien avec ce que je te dit mais bon !

Etudiante Cadre de Santé : est-ce que tu vois autre chose qui te fait penser à de l'autoévaluation ?

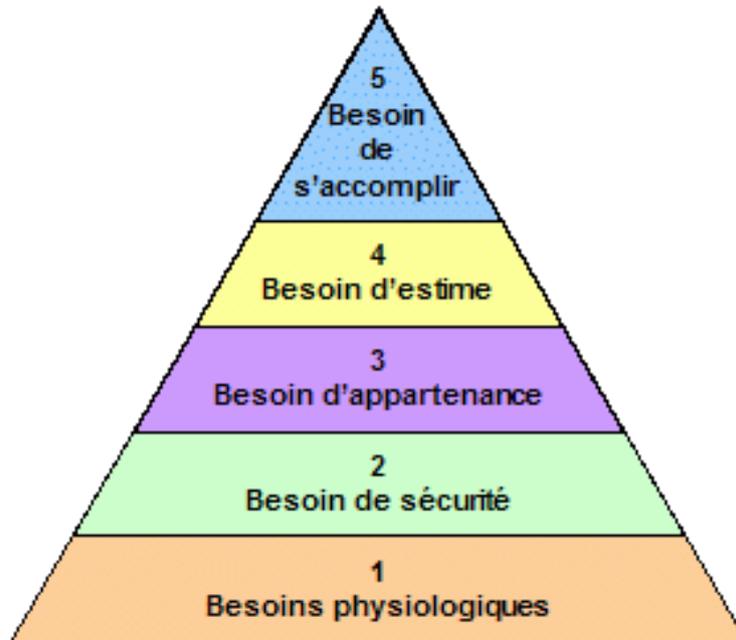
IDE : le travail en groupe... oui voilà...

### **10) En quoi pourriez-vous penser que cette autoévaluation pourrait être au service du collectif ? (serait-il plus bénéfique de l'utiliser en collectif ?)**

Ça peut accorder nos pratiques... Ça passe par la communication, la parole entre une équipe... et qui peut apporter une entente entre nous... une cohésion et un meilleur déroulement des soins. Parce qu'on fait rien l'un sans l'autre... que ce soit ide, kiné as...

**Annexe VIII : pyramide d'Abraham MASLOW**

## Pyramide d'A. Maslow :



Selon A. Maslow, quelle que soit sa culture, une personne puise sa motivation dans cinq besoins qui sont hiérarchisés, chaque besoin non satisfait constituant une source de motivation potentielle. Ce classement correspond à l'ordre dans lequel ils apparaissent à l'individu ; la satisfaction des besoins d'un niveau engendrant les besoins du niveau suivant.

Les besoins d'appartenance font par exemple ici référence à la notion d'appartenance à un groupe. Et le besoin d'estime à celui de la reconnaissance.

Du point de vue managérial, il faut commencer par garantir les besoins de base (physiologiques et de sécurité) pour pouvoir ensuite travailler sur les besoins sociaux et psychologiques. Selon l'auteur, il est vain de répondre au besoin supérieur si celui qui est inférieur n'est pas traité.

Selon un exemple d'A. Maslow, il est inutile d'escompter des résultats d'une politique de la reconnaissance individuelle si en interne le climat social est détestable et que les personnes aspirent avant tout à bénéficier d'une ambiance de travail saine.

## Les limites de cette théorie résident en trois points :

- le principe selon lequel il est nécessaire de satisfaire le besoin inférieur avant le besoin supérieur est discutable: en effet, cette logique peut être remise en question par de sérieux contre-exemples, comme celui d'un salarié qui, avant de chercher l'appartenance, recherche la reconnaissance, sans laquelle il se met à l'écart du groupe

- le principe de hiérarchisation universelle est discutable, les personnes ne fonctionnant pas de la même façon selon les cultures et les schémas de vie
  
- cette théorie ne donne aucune piste sur l'explication et le traitement de situations de démotivation