



**HAL**  
open science

## Développement des compétences des agents en EHPAD : un défi pour le cadre de santé

Marie-Christine Bouchery

► **To cite this version:**

Marie-Christine Bouchery. Développement des compétences des agents en EHPAD : un défi pour le cadre de santé. Sciences de l'Homme et Société. 2017. dumas-01709808

**HAL Id: dumas-01709808**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01709808v1>**

Submitted on 30 Jan 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut de Formation des Cadres de Santé

IFsanté

Université Catholique de Lille

MEMOIRE DE RECHERCHE

pour l'obtenir le diplôme de

CADRE DE SANTE

Présenté par BOUCHERY épouse BOURRIEZ Marie-Christine

*Promotion 2016-2017*

Le 06 juin 2017

**Développement des compétences des agents en EHPAD :  
un défi pour le cadre de santé**

Sous la direction de Mr LESIEUR Franck

Docteur en Droit Public

Maître de Conférences

Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille

Institut Universitaire Santé Social

Sous la guidance de Mme AMARGLISSE Leïla

Cadre de Santé

Centre Hospitalier de Watrelos

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur Franck Lesieur et Madame Leila Amarglisse pour m'avoir guidée, accompagnée tout au long de la recherche.

Leurs expertises, leurs conseils ont permis l'élaboration ce travail durant ces mois.

Je remercie ma tutrice de mémoire Madame Lise Deloffre pour ses encouragements, son aide, sa disponibilité.

Je remercie également Doriane et Kévin pour avoir été un excellent trinôme.

Merci à mes camarades de promotion et amis qui m'ont apporté leur soutien tout au long de l'année.

Je remercie également Madame Marie-France Pélissier et Madame Catherine Lefebvre pour m'avoir aiguillé, accompagné pas à pas tout au long de la formation.

Et enfin que je remercie les membres de ma famille, en l'occurrence ma fille, Lucie pour sa patience durant cette année de formation, également mes parents et plus particulièrement mon papa, qui a été un guide, qui m'a encouragé de là où il se trouve.

## ABSTRACT

**Keywords :** healthcare manager, management, skills, coaching, career management, to take care, mobility

By maintaining elderly people at home and increasing the life expectancy of older people, entry into Residential accommodation for dependent elderly people is occurring at an increasingly late stage. However, residents are very often poly pathologists. Faced with this, the healthcare framework must ensure the maintenance and development of the agents' skills.

The study carried out raises the following question: how can the healthcare framework accompany the healthcare team towards a process of professionalisation in the context of the evolution of care practice in nursing home for dependent elderly people?

To answer our problem, we treated 2 types of possibility. In the first place, the framework of health by its accompaniment must favor a management by skills, coaching for a management of the careers of the teams. And second, the framework through its management by the sense, in a context of evolutive care must contribute to the mobility of agents in order to enhance and develop their skills.

By means of semi-structured interviews conducted in the field, we investigated healthcare executives in the public, private old people's home sector, attached or not to a hospital center.

The healthcare framework is therefore the central point of the team, it must take care of them and encourage their skills by encouraging training and mobility.

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	1
<b>A Le cadre de santé par le management par compétences</b> .....	19
1. Le cadre et l'accompagnement.....	20
2. Le management par compétences.....	25
3. Par le coaching.....	32
4. Par la gestion de carrières appelée GPEC.....	37
<b>Conclusion 1<sup>ère</sup> partie</b> .....	48
<b>B Le cadre de santé par le management par le sens</b> .....	50
1. Sur le plan philosophique du mot sens.....	51
2. Par le prendre soin.....	53
3. Généralités sur la composition de la pyramide des âges au sein des EHPAD .....	56
4. Par la mobilité.....	60
5. Développement des compétences par la formation.....	77
<b>Conclusion 2<sup>ème</sup> partie</b> .....	94
<b>Conclusion</b> .....	96
<b>Bibliographie</b>	
<b>Annexes</b>	
<b>Table des matières</b>	



## **Introduction**

Après avoir travaillé 13 ans en tant qu'infirmière en milieu hospitalier où j'ai découvert différents services comme la pneumologie, la gastro-entérologie, l'hémodialyse et les soins palliatifs, puis 7 ans en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et enfin 4 ans occupant le poste de faisant fonction de cadre de santé dans un autre établissement médico-social, j'ai rencontré des agents qui travaillaient depuis plus de 10 ans, voire 20 et 30 ans dans le même secteur d'activité qu'est l'EHPAD.

J'avoue être très étonnée de ce fait. Car pour ma part, je suis restée maximum 7 ans dans le même service. Cela m'a permis de découvrir d'autres techniques de soins, d'autres pathologies, d'autres structures et prise en soins auprès des patients. J'ai pu m'enrichir grâce aux différents professionnels et patients, familles rencontrés tout au long de ma carrière.

Mais les motivations de ces agents qui restent plusieurs décennies dans le même établissement, dans le même service sont-elles toujours présentes, identiques au bout de tant d'années ?

La routine ne risque-t-elle pas de s'installer ? N'y-t-il pas de perte de compétences en restant en EHPAD ? Le directeur de l'établissement où je travaillais, avait obligé il y a quelques années, les infirmières à aller travailler 1 mois aux urgences d'un hôpital, afin de « réactualiser » leurs connaissances. Est-ce la solution ? Comment l'ont-elles appréhendé ?

Selon la DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques : « après 75 ans, une personne sur douze vit en institution. L'entrée dans l'établissement pour personnes âgées est souvent liée à des problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie. »<sup>1</sup>. Ainsi la population vieillissant et grâce au maintien à domicile des personnes âgées, celles-ci entrent de plus en plus tardivement en EHPAD, ainsi cette étude indique que nos aînés atteignent l'âge moyen proche de 85 ans. Une autre enquête menée par le même organisme ministériel auprès des établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA) de 2011, précise : « Les résidents en EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies. Neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques. Le nombre de pathologies et leur gravité sont très liés au niveau de dépendance. Ainsi environ 37 % des résidents en EHPAD souffrent d'au moins une pathologie chronique non stabilisée et 15 % d'au moins une pathologie aiguë »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Calvet L, *Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile*, Etudes et Résultats n°988, DREES, décembre 2019, consulté le 9 avril 2017, <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

<sup>2</sup> Makdessi Y, Pradines N, *EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*, Etudes et Résultats n°989, DREES, décembre 2016, consulté le 9 avril 2017, <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>



Nous voyons bien que l'entrée des futurs résidents en structure médico-sociale est de plus en plus avancée, ceux-ci sont poly pathologiques Certains sont équipés d'appareillages complexes, cela nécessite donc des formations, des connaissances plus importantes. L'évolution du matériel est tellement rapide, comment ne pas avoir peur de ce changement ? Comment ne pas être inquiet et méfiant face à ces nouvelles technologies ?

J'ai le souvenir d'un agent AMP (Aide Médico-Psychologique) qui m'avait interpellé sur la prise en soins d'un résident qui possédait une sonde d'alimentation, elle m'expliquait à juste titre, que son degré de compétence ne lui permettait pas cet accompagnement. Elle m'expliquait son mal-être, sa peur même de mal faire auprès de ce résident. Elle se sentait seule, pas comprise par ses collègues, se sentait démunie face à son ressenti. Mais comment concilier compétences professionnelles et évolution, changement multiples et variés des pathologies et de leurs prises en soins ?

Comment maintenir ou développer les compétences des agents ?

Le thème de ce mémoire portera sur l'accompagnement face à ces changements :

- quel est le rôle du cadre dans sa fonction managériale pour valoriser les compétences des agents ?

Dans le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, nous pouvons retrouver la fiche de poste du cadre de santé qui explicite les activités et les savoir-faire :<sup>3</sup>

- « *Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales,* »

- « *Encadrement de proximité d'équipes, gestion et développement des personnels* »,

- « *Evaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs* »,

- « *Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles* »,

- « *Piloter, animer, communiquer, motiver une ou plusieurs équipes* ».

Le rôle du cadre de santé dans ce milieu professionnel est donc garant de la qualité des soins que prodigue le personnel auprès des patients au sein de l'unité où il travaille. Il doit s'assurer que les compétences sont requises pour que les agents puissent à mener à bien leur travail au quotidien.

---

<sup>3</sup> Définition issue du Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière

Mais comment peut-il améliorer leurs compétences, leurs connaissances ? Nous pensons qu'il n'y a pas de réponses toutes faites, de recettes toutes faites.

Attardons-nous tout d'abord sur ce rôle de cadre de santé qui doit avant tout être un manager au sein d'une équipe de soin. Mais que signifie manager ? Selon B. Diridollou<sup>4</sup> : « *C'est un meneur d'hommes, il doit mettre en œuvre au quotidien les savoir-faire, le savoir-être adapté à chaque situation.* ». Cet auteur précise que le manager doit organiser, accompagner le travail de son équipe entre autres.

Sur le plan étymologique et historique, dans le dictionnaire en ligne, « Trésor langue française »<sup>5</sup>, le mot management provient de l'anglais : « *action de conduire, de diriger, d'entraîner* » dérivé du verbe *to manage, manager*. *A partir du XVIe et jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, ce terme désignait un ensemble de personnes chargées de l'administration, la gestion ou la direction d'une institution, d'un organisme ou d'une entreprise. Ce terme a ensuite été admis par l'Académie Française (Arrêté du 12 janvier 1973, Journal officiel, 18 janvier 1973).* »

Ces termes reprennent bien les verbes issus de la fiche de poste précitées ci-dessus.

D'autres auteurs, conférenciers, experts en leadership comme A. Gaunand<sup>6</sup> différencient le leader et le manager. Pour lui, le manager : « *est désigné par sa hiérarchie, c'est un chef imposé à une équipe. Etre manager est avant tout un statut. Le pouvoir du manager trouve son fondement dans l'organisation hiérarchique.* ». Cet expert précise : « *le manager est lié à la tâche, il dispose d'une équipe formelle, il organise, coordonne, contrôle l'activité, il a des objectifs et cherche à les atteindre.* ». Cette définition correspond au cadre de santé, qui est en fait nommé par la direction dans un service de soin, l'équipe ne l'a pas choisi. La direction lui donne cet attribut, ce pouvoir hiérarchique entre l'équipe et elle. Elle mentionne de façon identique ses missions, comme vu précédemment dans sa définition.

Alors que le leader, toujours par le même auteur, le définit comme : « *une reconnaissance, non un statut. Le leader tire son pouvoir des relations qu'il noue avec les autres membres du groupe.* ». Ce conférencier précise : « *Il est centré sur les personnes, il est au centre du groupe, il propose, influence et est moteur auprès d'eux. Il a une vision et cherche à la réaliser.* »<sup>7</sup> Cette définition correspond aussi au cadre de santé puisqu'il a pour mission de fédérer, de motiver les agents de son équipe.

Mais un manager est-il un leader ? Et un leader est-il un manager ? Pas forcément, mais dans le cas du cadre de santé, cela nous semble important, voire indispensable. Ceci permet la bonne marche, le bon fonctionnement du service de l'établissement. Dans la

---

<sup>4</sup> Diridollou B, *Manager son équipe au quotidien*, Edition Eyrolles, 4<sup>ème</sup>, Paris, 2015.p11

<sup>5</sup> Atilf, le dictionnaire en ligne, définition de management, consulté le 25 mars 2017, <http://www.atilf.fr/tlfi>

<sup>6</sup> Gaunand A, *Leader ou manager ?* consulté le 26 mars 2017, <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/leader-ou-manager>

<sup>7</sup> Gaunand A, *Une définition du leadership : influencer et fédérer*, consulté le 26 mars 2017, <http://antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer>

définition générale du cadre de santé au sein du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, nous retrouvons le verbe « *manager*. » Il est suivi du verbe « *coordonner les moyens d'un service de soins* ».

Nous poursuivons la lecture des termes plus spécifiques de la fiche de poste du cadre de santé, notamment par : « *Encadrement de proximité d'équipes, gestion et développement des personnels* » et « *Evaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs* », pour développer l'objet de notre étude, de notre travail de recherche.

Le cadre est donc au cœur de l'activité de soins, en proximité avec l'équipe. Il lui est demandé d'accompagner les agents dans leur mission, de favoriser, de développer leurs compétences.

Selon H.Mintzberg<sup>8</sup>: « *Le but du manager, consiste à faire en sorte que les choses s'accomplissent au sein des organisations. Le management peut s'exercer « au centre d'un triangle à la confluence de l'art, de l'artisanat et la science.* » Il est vrai que le cadre doit être imaginaire, ingénieux parfois avec son équipe.

Cependant, selon P. Conjard, coordinateur à l'Agence Nationale pour les Conditions de Travail (ANACT) : « *Le management a perdu de vue son rôle de soutien et de régulation, et s'est éloigné de la mission fondatrice de sa fonction : comprendre et soutenir ses équipes, faciliter les coopérations entre individus, développer la capacité des salariés à réaliser des arbitrages pertinents, s'assurer qu'ils ont des objectifs clairement hiérarchisés, consolider le jugement en situation.* ». Le cadre doit jouer le rôle du prendre soin, prendre soin de son équipe, des patients, des familles : il est nécessaire que cela passe par la communication afin que la coopération s'instaure entre les différents acteurs que sont les soignants.

Nous vous proposons de délimiter l'étude par quelques définitions et concepts, afin de mieux cerner le sujet et de le délimiter.

Tout d'abord, définissons le mot accompagnement : selon le Larousse et sur le plan étymologie : *ad* signifie mouvement, *cum panis* définie par avec pain, c'est aussi l'action d'accompagner, d'aller à la suite de quelqu'un, avec lui, ajouter, c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui.

Ce terme est ancien, car lors de l'ère moyenâgeuse, nous parlions déjà d'être : « *côte à côte ou s'accompagnant réciproquement* »<sup>9</sup> par les pèlerins qui voyageaient vers des lieux spirituels.

Ainsi depuis une trentaine d'années, ce terme d'accompagnement est utilisé dans la vie professionnelle de tous les jours. Aussi, G.Le Bouëdec l'explique dans un article de F.

---

<sup>8</sup> Mintzberg H. « *Manager* » ce que font vraiment les managers Edition Vuibert 2009 p 20-21

<sup>9</sup>Paul .M : *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, Edition L'Harmattan. 2004. p 8 à 63

Denvers <sup>10</sup>: « *L'accompagnement dans le domaine de la formation professionnelle continue des adultes touche à la fois des projets collectifs d'une équipe de travail et des projets individuels de personnes en insertion ou en réinsertion. Le domaine socio-économique avec l'émergence du management, voit apparaître diverses formes d'accompagnement de personnel.* »

C'est ce que côtoie régulièrement le cadre de santé au cours des différents projets d'établissement avec ses équipes de soins et lors des entretiens individuels annuels. C'est ce qui constitue son travail de manager.

L'accompagnement ne se réduit donc pas par des actes de soins, ni au soutien psychologique. Son efficacité a donc lieu dans la création d'un projet qui favorise une évaluation en continu.

Ainsi en parallèle, une réflexion a lieu dans de nombreux domaines professionnels que sont l'éducation, la justice, le milieu social pour les personnels qui y travaillent. Ils doivent « accompagner » un collègue, un malade, un étudiant, un stagiaire pour l'aider, le soutenir, pour lui apporter leur aide.

Pour W. Hesben,<sup>11</sup> il définit la raison de la présence d'un cadre de proximité dans une unité de soins par : « *d'accompagner les professionnels dans leur quête de ce qui est bien pour cet autre, dans la quête du bonheur parfois infime qu'ils peuvent apporter à cet humain singulier.... Accompagner n'équivaut pas à faire à la place de. Accompagner c'est partager du temps en vue de faire un bout de chemin avec.* » Donc, le cadre permet de donner des repères aux professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. Il doit donc avant tout, avoir une capacité pour accompagner son équipe, il l'accompagnera de par sa réflexion à enrichir leurs regards, leurs ambitions afin d'améliorer leur pratique.

Ce dernier auteur a permis justement de faire apparaître dans le langage des soignants le terme, prendre soin, expression signifiant de pourvoir aux besoins de quelqu'un, à ses nécessités. Terme récent, apparu en France : le Care, provenant des Etats Unis, qui désigne d'une part les soins que l'on donne aux autres et d'autre part l'attention que l'on porte envers l'autre.

Ces mots sont souvent attribués aux soignants qui ont une démarche toute particulière à une action envers une personne. P .Molinier <sup>12</sup>précise : « *c'est différent de penser à l'autre, c'est donc de se soucier de lui de façon intellectuelle, produire un certain travail qui participe directement au maintien ou de la préservation de la vie de l'autre.* » Les équipes de soins savent que prendre soin de l'autre est une part importante de leur travail, cela engendre une énergie croissante sur le plan affectif et organisationnel. Le cadre de santé doit prendre soin

---

<sup>10</sup> Denvers F, Boutinet Jp, Denoyel N, Pineau G, Robin J-Y : *Penser l'accompagnement adulte*. Paris. Edition PUF .2007 .p 51

<sup>11</sup> Hesbeen .W : *Cadre de proximité, un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins*. Paris. Edition Elsevier Masson .2001 . p 20

<sup>12</sup> Molinier P : *Le care : ambivalences et indécentes* Revue Sciences Humaines n°177. décembre 2006. p 36

de ses équipes, s'intéresser à leurs problématiques, afin de faciliter au mieux leurs tâches quotidiennes.

P. Molinier <sup>13</sup> dit même : « *l'amour n'est pas premier dans le travail de care. Il apparaît plutôt comme une défense psychologique pour tenir, une modalité de survie psychique dans une situation d'exploitation particulière.* ». Donc cela voudrait montrer que l'on ne peut travailler correctement que si nous avons de la sympathie pour un patient ? Alors que penser du travail éprouvant pour certains aides-soignants en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) qui doivent réaliser plusieurs toilettes de résidents forts dépendants, ils le font parfois de façon mécanique, sans faire intervenir l'affect. Cela rendrait donc ce travail psychologiquement éprouvant voire difficile, est-ce que cela serait une des causes de souffrance, de malaises chez les soignants ?

Mais cela doit donner du sens à ce que l'on fait, le prendre soin est lié à la question du sens, le sens pour le soignant qui soigne, qui donne du soin dans une perspective aidant pour la personne soignée, le sens aussi pour le patient, qui comprend mieux le parcours de son chemin de vie par la maladie, la guérison et la prise en compte par les soignants.

Bien sûr, pour le cadre de santé, il doit manager par le sens. Donnons tout d'abord, la définition du mot sens du latin *sensorium*, pour le sens courant, la définition du dictionnaire de philosophie précise <sup>14</sup> : « *ensemble d'opinions ou de croyances admises dans une société déterminée, exercice du jugement dépendant des valeurs traditionnelles.* » ou d'autres philosophes précises<sup>15</sup> : « *la destination des êtres humains et de leur histoire, la raison d'être de leur existence et de leurs actions, le principe conférant à la vie humaine sa valeur.* »

Ce mot se définit de deux façons : le sens, c'est d'abord : « *la signification qu'a une chose pour une personne et constitue sa justification.* ».<sup>16</sup>

Sur le plan métaphysique, ce mot porte sur des grands thèmes que sont la vie, la mort, la nature, l'Histoire des hommes et l'existence même individuelle de l'être humain. Il a pour synonyme le fondement, la justification, la raison d'être, la valeur. Comme le dit si bien Saint-Exupéry : « *Ce qui donne un sens à la vie donne sens à la mort*<sup>17</sup>. »

Ainsi 3 thématiques principales se dégagent de ce mot, sens, selon Pierre Teilhard de Chardin, jésuite : en premier lieu au niveau axiologique, des valeurs morales, c'est la raison de par son fondement, sa justification, sa source, son origine. Puis il précise sur le plan sémantique, dans sa signification donc, dans le présent, dans l'ordonné, le compréhensible, la

---

<sup>13</sup> Opsis : p37

<sup>14</sup> Russ. J *Dictionnaire de la philosophie* Paris, Edition Bordas. 1991. p 263

<sup>15</sup> Baraquin N, *Dictionnaire de la philosophie* Edition 2007 p 311

<sup>16</sup> Atilf, dictionnaire en ligne, définition de sens, consulté le 25 mars 2017, <http://www.atilf.fr/tlfi>

<sup>17</sup> De Saint Exupéry Antoine, *Terre des hommes* .Edition Gallimard.1939. p 234

sagesse et enfin il termine sur le plan téléologique, sur la finalité, c'est par sa direction vers le futur, vers un but, une évolution.

Le but du manager est donc d'expliquer, de faire comprendre le sens, les enjeux, de montrer la voie. Il doit donc s'employer à développer le sens collégial par exemple par le poste de travail en développant les qualités relationnelles entre les collaborateurs, en les incitant à s'impliquer. Tout cela passe par la mise en place de moyens adaptés d'évolution, de perspective pour développer les compétences, par la formation.

Mais donner du sens, c'est bien sûr, donner une direction, une voie mais surtout donner une signification à ce que l'on fait comme le spécifie dans la définition du Larousse : « *donner sens à son action : raison d'être, signification.* »

Comme nous l'avons vu antérieurement, le terme compétence est important dans les missions du cadre, nous pouvons donc le définir selon le Larousse et sur le plan étymologique en latin : *competens* : cum = avec ; *petere* = aller ; ce qui signifie : convenir à, être adapté à.

Selon le lexique des répertoires des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière : « *la combinaison dynamique de connaissances générales et techniques, de savoir-faire opérationnels, d'expériences et de comportements, s'exerçant dans un contexte précis.* »<sup>18</sup> et également plus succinctement : « *la capacité à mobiliser les ressources pour exercer une activité.* »

Nous ferons la différence aussi avec le mot activité qui se définit selon le lexique précité ci-dessus comme : « *Un ensemble de tâches organisées et orientées vers un but précis, du sens.* » Elle est souvent exprimée en termes de verbes d'action, une activité regroupe ainsi un ensemble de tâches. Nous pouvons également préciser que le terme de fonction est une combinaison d'activités ou de tâches, concourant à un même but, dans la description d'un emploi ou d'un poste de travail.

De plus, ce même lexique des répertoires des Métiers définit le mot fonction par : « *Rôle et/ou mission dans le cadre d'une responsabilité réglementaire, confiée à une personne, de façon temporaire ou régulière, en complément des activités courantes de son métier.* » Ainsi, il précise également que : « *La fonction ne se substitue pas au métier.* ». Ce référentiel indique également : « *que toute activité peut s'identifier et se mesurer par rapport au temps passé, à l'inverse de la compétence : on consacre un temps à faire quelque chose. Une activité se situe dans l'espace.* ».

---

<sup>18</sup> Définition issue du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière

Alors que penser des agents qui sont en poste depuis plusieurs années dans un même service ? Leurs compétences, leurs connaissances ne sont plus mises en perspective ?

Certes, ils sont experts dans leur domaine. Comme l'indique E. Gigandet :<sup>19</sup> « Elle décrit 5 stades dans cette marche vers l'excellence, novice, débutant avancé, professionnel compétent puis efficace et enfin excellent. On acquiert l'excellence professionnelle parce que l'on a vu des situations semblables se répéter .... L'excellence n'est pas liée à un stade professionnel. On ne devient pas expert après tant d'années d'étude ou tant d'années de pratique, mais il faut une certaine quantité d'années de pratique dans un même domaine pour devenir excellente, pour autant que l'on veuille bien continuer à confronter théorie et pratique. ».

Ainsi pour cette équipe enseignante d'une école de soins infirmiers suisse: « l'acquisition et la maîtrise des techniques de soins est un processus qui commence au début de la formation et se prolonge durant toute la vie professionnelle »<sup>20</sup>.

Mais que peut faire le manager ? Selon G.Reyre<sup>21</sup> : « Le métier de cadre met en évidence le lien comme compétence pour relier les hommes, les choses, les événements et ainsi relier le cadre de santé au système. ». Le cadre est donc la cheville principale du service, il est au centre de l'organisation puisqu'il coordonne tous les acteurs qui gravitent autour du patient.

Dans un souci d'amélioration des compétences, la mobilité ne serait-elle pas un moyen pour les améliorer ? Définissons ce mot, selon le dictionnaire du Petit Larousse : du latin : mobilitas, comme étant : « Facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer. »

Le mot mobilité issu du latin « mobilitis », qui se meut et de « movere », se mouvoir. Par contre le terme mouvement, il est défini comme un déplacement, un changement de position d'un objet dans l'espace.

Cela serait-il un outil de management visant la recherche du bien-être au travail ? Cette mobilité permettrait-elle de valoriser son capital professionnel ?

---

<sup>19</sup> Gigandet E, Charmillot P.A, Clavijot M, Fleury M : *L'arbre à projets, une expérience pédagogique dans l'enseignement des soins infirmiers* Ecole de soins infirmiers de la République et Canton du Jura Editions Maloine.1993. p 133

<sup>20</sup> Weisser P: *L'arbre à projets, une expérience pédagogique dans l'enseignement des soins infirmiers*. Ecole de soins infirmiers de la République et Canton du Jura 1993 p 137

<sup>21</sup> Reyre G, *Du courage d'être manager* Edition Liaisons Collection entreprise et carrières 2004 p 25

Selon I. Lesage<sup>22</sup> : « *Les professionnels de santé sont-ils acteurs ou victimes du changement ? Les professionnels gagneront-ils plus en autonomie, en intérêt, ou en plaisir au travail grâce aux changements ?* »

Mais ces changements leur font-ils peur ? Faut-il obliger les agents à quitter de services régulièrement, I. Lesage<sup>23</sup> évoque lors de ces changements : « *l'atteinte à l'équilibre si patiemment constitué, bouleversé les repères, réduire les moyens ou créer de la confusion préjudiciable aux patients et aux équipes.* ».

La mobilité est reconnue comme un facteur d'enrichissement tant professionnel que personnel. Elle constitue un moyen pour atteindre un but. Nous pouvons nous poser cette question suivante : la mobilité rend-elle compétent ou la compétence permet-elle la mobilité ?

Le cadre ne doit-il pas contribuer à l'accompagnement au changement ?

Quel que soit le milieu professionnel, cela est important, savoir accompagner le changement est, à ce jour, essentiel, c'est une des compétences que doit avoir le manager.

Nous savons tous que le changement peut faire peur ; il crée une inquiétude, une méfiance, mais comment peut-on faciliter une approche plus positive de ce changement ? Nous pensons que c'est sur le terrain que tout se joue. En effet, le manager, doit être au plus près de ses équipes, il sera donc dans un management participatif, les acteurs sont participants, ils mobilisent leurs connaissances.

Nous pouvons parler de management humaniste, un cadre qui s'appuie sur la compréhension de la place de l'organisation, une philosophie, un penseur qui considère l'homme comme la valeur suprême.

Le cadre de santé doit repérer les angoisses des agents, il doit obtenir l'adhésion de l'équipe, de l'agent : c'est son objectif.

Le rôle du manager, du cadre de santé est indispensable. Il doit reconnaître et utiliser les talents des agents afin que les patients puissent en bénéficier ainsi que l'institution, ou du moins donner envie aux agents d'aller plus loin. Le rôle du cadre n'est-il pas de « porter les équipes plus haut ».

Tout ceci est possible grâce aux évaluations des connaissances et des capacités de chacun par le biais des entretiens individuels annuels, mais aussi lors de rencontres informelles qui peuvent avoir lieu tout au long de l'année professionnelle.

---

<sup>22</sup> Lesage I, *Le changement, danger ou opportunité* Soins Cadres Février 2016 Elsevier Masson p14

<sup>23</sup> Opsis : p14



Pour aider le cadre de santé dans sa mission quotidienne, la notion de coaching est intéressante. Elle est apparue récemment au début des années 80 et également dans les écoles de formation. De nombreux ouvrages ont publié sur ce sujet, nous pouvons le définir par un accompagnement personnel, individualisé, à côté de la personne, le conseiller, le but étant d'améliorer les compétences, la performance d'une personne, selon le Petit Larousse.

Le Petit Larousse définit le coach d'une entreprise comme un conseiller professionnel d'un salarié dont il cherche à développer les performances.

C'est ainsi que la DGAFP<sup>24</sup> a édité en novembre 2011 un document sur le coaching professionnel de la fonction publique, où elle relate que le mot « coaching » provient du monde sportif mais s'inscrit dans un processus de démarche d'accompagnement. Elle est basée sur la réalisation d'objectifs professionnels et permet à aider le bénéficiaire à trouver ses propres solutions.

Cet accompagnement se prodigue dans un cadre bien précis. En effet le coaching intervient dans un contexte professionnel, pour aider la personne ou l'équipe à atteindre des objectifs prédéfinis par elle et en mobilisant surtout des compétences qui sont identifiées et reconnues.

Le coaching est donc un accompagnement de personnes, afin d'améliorer leur performances professionnelles, grâce à un changement de leur comportement.

---

<sup>24</sup> Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

## **Problématique**

Le cadre de santé a le souci d'être à proximité de son équipe ; il doit veiller à ce que les compétences individuelles et collectives soient maintenues. La tâche n'est pas toujours aisée. En effet, dans une équipe, coexistent des générations différentes de soignants, d'agents ayant des diplômes différents ou d'absence de diplôme.

Dans l'établissement où je travaille, quelques nouvelles aides-soignantes sont arrivées dernièrement, jeunes diplômées, certaines ayant été auparavant Agent des Services Hospitaliers dans le même établissement. Elles ont donc la charge de transmettre à leurs collègues les nouvelles compétences acquises.

Mais comment peuvent-elles s'y prendre ? Certaines de leurs collègues acceptent difficilement cette remise en cause, ces nouvelles pratiques ? Comment mettre en adéquation les nouvelles connaissances des unes avec l'expertise des autres ? Comment le cadre de santé peut-il permettre, faciliter cela ?

Nous posons donc la problématique suivante :

**Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante vers un processus de professionnalisation dans un contexte d'évolution de pratique soignante en EHPAD ?**

## **Hypothèse de travail**

Les cadres et les infirmiers ont des attentes plus fortes en matière d'évolution de leur carrière et sont donc plus attentifs à la qualité de leur parcours professionnel. Plus diplômés que les aides-soignantes, les aides-médico psychologiques, les agents des services hospitaliers et plus polyvalents, ils acceptent donc facilement la mobilité. L'idée, autrefois répandue, de mener l'ensemble de sa carrière dans un même établissement est de moins en moins vérifiée.

Les agents doivent poursuivre le développement de leurs compétences. Comment peuvent-ils s'en assurer ? Quelles démarches ? Quel outil peut utiliser le cadre de santé ?

Nous nous appuyons sur une hypothèse générale et deux hypothèses de travail. Celles-ci guideront notre recherche.

L'hypothèse générale est :

« Le cadre de santé valorise les compétences des agents en EHPAD grâce à l'accompagnement individualisé. »

**1<sup>ère</sup> hypothèse** : le cadre par son accompagnement doit favoriser un management des compétences, de coaching pour une gestion de carrières des équipes.

**2<sup>ème</sup> hypothèse** : le cadre par son management par le sens, dans un contexte de soin évolutif, doit contribuer à la mobilité des agents d'EHPAD, afin de valoriser et développer leurs compétences.

## Méthodologie de recherche

Nos hypothèses sont posées. Nous voici au cœur de la démarche et de la méthodologie de recherche. Cette étude nous permet à la fin de ce travail, de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

En effet, toute personne qui utilise, qui pratique cette démarche de recherche dans le cadre d'investigations dans le secteur des sciences sociales, passe tout d'abord par l'appropriation de cette technique de recherche, afin d'optimiser les facteurs de réussite de l'enquête.

Nous nous appuyons sur les auteurs R. Quivy et L. Van Campenhoudt qui expliquent que<sup>25</sup>: « *Chaque recherche est une expérience unique qui emprunte des chemins propres dont le choix est lié à de nombreux critères comme l'interrogation de départ, la formation du chercheur, les moyens dont il dispose ou le contexte institutionnel dans lequel s'inscrit son travail.* ».

Mais quel est le but de cette recherche ? Ces mêmes auteurs indiquent qu'<sup>26</sup>: « *à mieux comprendre les significations d'un évènement ou d'une conduite... à saisir plus finement les logiques de fonctionnement d'une organisation.* ».

Pour mieux comprendre ce qu'est une démarche, nous passons par sa définition explicitée par les auteurs précédents<sup>27</sup> : « *Une démarche est une manière de progresser vers un but. Exposer la démarche scientifique consiste à décrire les principes fondamentaux à mettre en œuvre dans tout travail de recherche. Les méthodes ne sont que des mises en forme adaptées aux phénomènes et ou domaines étudiés. Mais cette adaptation ne dispense pas le chercheur de rester fidèle aux principes fondamentaux de la démarche scientifique.* ». Mais quels sont ces principes fondamentaux ? Ces auteurs citent G. Bachelard qui a résumé la démarche en quelques mots : « *Le fait scientifique est conquis sur les préjugés, construit par la raison et constaté par les faits.* »<sup>28</sup>

Donc toutes ces notions nous permettent d'avancer dans notre démarche, de nourrir notre travail, de l'enrichir. Notre travail se réalise en 3 parties suite à la question de départ avec nos lectures et notre problématique, puis nous avons construit par nos recherches, nos concepts, notre appropriation du sujet et enfin nous avons constaté par nos analyses de questionnements suite aux entretiens semi-directifs réalisés.

---

<sup>25</sup> Quivy R. Van Campenhoudt L : *Manuel de recherche en sciences sociales*, 2011, Dunod, 4<sup>ème</sup> édition, Paris p119

<sup>26</sup> Opsi: p8

<sup>27</sup> Opsi: p14

<sup>28</sup> Opsi:p 14

Nous interrogerons donc des cadres de santé en EHPAD public et privé, à but lucratif ou non lucratif, dépendant ou pas, d'un centre hospitalier. Ce qui permettra de part cet échantillon choisi d'être cohérent et pertinent selon les lieux d'exercices. Cependant, il est à mentionner que toutes les cadres de santé sont de filière infirmière.

Dans le cadre du respect de la confidentialité, les noms des structures et cadres de santé n'apparaissent pas. L'ensemble des entretiens semi-directifs est fait par enregistrement avec l'accord des personnes dont nous avons recueilli l'entretien et détruit ensuite dès que la retranscription a été réalisée.

Nous avons interrogé 6 cadres de santé en EHPAD, des cadres expérimentés ou peu expérimentés, dans le secteur public, privé, attendant ou pas à un centre hospitalier :

- Cadre de santé 1 :
  - Depuis 5 ans,
  - En poste depuis 6 ans,
  - En établissement territorial.
  
- Cadre de santé 2 :
  - Depuis 12 ans,
  - En poste depuis 5 mois,
  - En établissement privé à but lucratif.
  
- Cadre de santé 3 :
  - Depuis 14 ans,
  - En poste depuis 14 ans,
  - En établissement public rattaché à un centre hospitalier.
  
- Cadre de santé 4 :
  - Depuis 2 ans,
  - En poste depuis 5 ans,
  - En établissement public autonome.
  
- Cadre de santé 5 :
  - Depuis 12 ans,
  - En poste depuis 9 ans,
  - En établissement public rattaché à un centre hospitalier.

- Cadre de santé 6 :
  - Depuis 8 ans
  - En poste depuis 6 ans
  - En établissement associatif à but non lucratif.

Le type d'entretien adopté pour poursuivre notre démarche de recherche est l'entretien semi-directif, comme le définit R. Quivy et L. Van Campenhoudt :<sup>29</sup> *« L'entretien semi-directif, ou semi-dirigé, est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à proposer, desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé (...) Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé en vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible. ».*

Une directrice de soins précise<sup>30</sup> : *« que c'est un procédé qui relève d'une conception participative allant à la recherche des questions des acteurs et permet de restituer un discours complet et cohérent. Il permet de rentrer de manière tangible dans le système de pensée, surtout au niveau de la nuance et de l'autocritique (...). Ce procédé a l'avantage de fournir des informations qualitatives. L'entretien permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs. ».*

Ce choix d'entretien permet donc au professionnel interviewé de s'exprimer comme il le désire lors des questions ouvertes et d'apporter son expérience professionnelle.

Pour la conduite des entretiens, un guide<sup>31</sup> a été élaboré au préalable. Ce guide a permis de structurer les entretiens semi-directifs, afin que les professionnels puissent s'exprimer librement, sans influence et contrôle de notre part. Cet outil a été réalisé pour confirmer ou infirmer nos hypothèses de travail.

Après avoir retranscrit dans leur intégralité l'ensemble des entretiens menés auprès des cadres de santé, nous disposons d'un corpus, qu'il nous faudra expliciter.

---

<sup>29</sup> Opsis : p195

<sup>30</sup> Bouchaut-Rolnin M.E *Construction d'une démarche structurée d'évaluation du personnel soignant* Revue gestions hospitalières avril 2004 p277

<sup>31</sup> Guide d'entretien consultable en annexe

La place de l'analyse est importante dans le cadre de la démarche recherche sociale. Elle permet de traiter de manière méthodique les informations et témoignages recueillis lors des entretiens semi-directifs.

Les auteurs Quivy et Van Campenhoutt proposent une méthode complémentaire à l'analyse de contenu pour les entretiens semi-directifs : « *Ceux-ci ont des éléments d'information qui conviennent particulièrement bien à un traitement par l'analyse de l'énonciation et l'analyse structurale.* ». Ils définissent l'analyse de l'énonciation faisant partie des analyses formelles par : « *le discours conçu comme un processus dont la dynamique propre est en elle-même révélatrice. Le chercheur est alors attentif à des données telles que le développement général du discours, l'ordre de ses séquences, les répétitions, les ruptures de rythme, etc.* »<sup>32</sup>

De plus, pour l'analyse structurale, ils proposent : « *Ce sont celles qui mettent l'accent sur la manière dont les éléments du message sont agencés. Elles tentent de mettre au jour des aspects sous-jacents et implicites du message.* » Ils distinguent donc 2 types d'analyse : « *l'analyse des co-occurrences qui examinent les associations de thèmes dans les séquences de communication et l'analyse structurale proprement dite dont le but consiste à mettre en évidence les principes qui organisent les éléments du discours de manière indépendante du contenu même de ces éléments.* »<sup>33</sup>

C'est ainsi que les données recueillies, seront toutes analysées, mêmes les termes ou informations qui nous apparaissent inutiles.

Pour l'analyse du contenu, dans la Revue de Sociologie<sup>34</sup> selon H. Raymond, il cite Berelson qui précise : « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication.* » Ce qui signifie qu'après la retranscription des entretiens, les informations sont repérées, classées, analysées et interprétées pour en extraire les thématiques et sous thématiques afin de permettre d'identifier les similitudes entre ce que nous avons obtenu de la recherche sur le « terrain » et les concepts développés dans cette étude.

Toujours dans cette même revue, R. Muchielli conclut par : « *cette opération consiste à classer en catégories les diverses positions ou attitudes que reflètent les réponses.* » C'est ce qui sera réalisé.

---

<sup>32</sup> Opsis : p233

<sup>33</sup> Opsis: p233

<sup>34</sup> Revue de Sociologie, consulté le 01 février 2017 <http://www.persee.fr/doc/>

## **Annonce du plan**

Nous avons 2 grandes parties qui émanent de nos hypothèses, nous tenterons d'apporter des éléments de réponse suite à la problématique posée.

La première partie exposera la position du cadre de santé comme manager des compétences, grâce au le coaching proposé, son accompagnement et plus particulièrement dans la gestion prévisionnelle des métiers et compétences. Nous examinerons les différents termes exposés ci-dessus.

La deuxième partie traitera la position du cadre de santé comme manager par le sens, le prendre soin, grâce à la vigilance de l'encadrant pour le développement des compétences, la mobilité est un des moyens, des outils évoqués. Nous examinerons ces diverses thématiques cités.

Les entretiens semi-directifs conduits auparavant pourront nous illustrer, argumenter, enrichir, développer et attester les postulats que nous avons choisi de travailler.



## **A Le cadre de santé par le management par compétence**

Le cadre de santé accompagne son équipe au quotidien, il valorise le parcours professionnel de l'individu, de l'agent, le capital humain de l'organisation de service. Le cadre est donc ainsi à la frontière entre l'agent et l'institution. Il est un acteur capital, important, partenaire indispensable dans le développement des compétences de son équipe qu'il accompagne au quotidien.

## **1. Le cadre et l'accompagnement**

### **1.1 Historique du mot accompagnement**

Ce terme apparaît en 1792 avec Condorcet, député de l'Aisne lors la période post révolutionnaire française. Il propose que les adultes puissent être formés après leur scolarité de l'école primaire afin de poursuivre les savoirs acquis durant ces années. Au 18<sup>ème</sup> siècle, il n'existe pas de formateur, ce sont donc les instituteurs qui accompagnent les adultes, le soir après leur journée de travail.

Au début du 19<sup>ème</sup> siècle apparaît la formation pour adultes, les écoles naissent. Et au lendemain de la fin de la guerre 14-18, création d'une loi, la loi Astier qui permet d'instaurer des cours de formation professionnelle sur le temps de travail des jeunes adultes, apprentis de moins de 18 ans. Nous sommes au début de l'ère de l'alternance et du tutorat.

### **1.2 Définition actuelle**

Puis au 20<sup>ème</sup> siècle, dans les années 1990, nous constatons un essor important de l'accompagnement grâce aux textes officiels en 1995 dans le domaine éducatif, dans le domaine des droits du patient, des soins palliatifs.

Ainsi nous pouvons signifier que le mot accompagnement est synonyme d'escorter, de guider, de mener, de conduite. Nous voyons dans ces mots, une référence au mouvement géographique. C'est donc comme un compagnon, dont les racines en latin sont « *concomitants* » désignant le « *compagnon de route* ». Comme le définit M. Paul<sup>35</sup> : « *la notion d'accompagnement cache une tension entre 2 pôles : d'un côté, la*

---

<sup>35</sup> Paul. M : *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, Edition l'Harmattan, 2004, p 8 à 63

*dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui...et de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et logiques... »*

De plus, ce mot est repris dans différents domaines tel que la musique, dans l'aéronautique militaire comme le signale Le Bouëderc<sup>36</sup>: « *accompagner consiste, pour l'aviation de chasse, à escorter, pour les protéger, les appareils de reconnaissance, de bombardements ou de transport* » ou bien dans les chemins de fer: « *le personnel d'accompagnement des trains(...) a pour missions de vérifier le bon fonctionnement du matériel roulant.* »

Nous retrouvons également ce mot, plus particulièrement utilisé dans les ouvrages en lien avec les soins palliatifs, dans les années 1960-1970 puis dans le domaine de la formation comme la VAE (Validation des Acquis par Expérience) où le concept d'évolution professionnelle est présent.

Pour les infirmiers, les soignants, il fait partie ainsi du langage pour désigner par exemple un projet, un plan de soins, et indiquer notamment l'attitude, une relation que doit avoir le soignant face au patient.

Le plan philosophique renforce cette dimension, l'accompagnement permet que l'homme soit en relation avec quelqu'un. Il est le sujet central. Il est disponible, présent, attentionné et capable d'éveiller chez l'autre une présence, une attention. Ainsi nous parlons de relation d'accompagnement basée sur des hommes qui ont des points communs, des échanges afin de pouvoir modifier réciproquement leurs idées, leurs représentations.

Nous pouvons reprendre aussi les connotations posturales comme l'explique P.Robo<sup>37</sup>: « *une idée de protection avec les verbes aider, assister, soutenir, escorter, parrainer puis une idée de gouvernance par les verbes guider, tutorer, mentorer, conseiller, conduire et une idée d'ouverture, d'émancipation par les verbes d'orienter, éveiller, mettre en réseau.* »

Tout ceci nous indique bien que le travail d'accompagnement au quotidien du cadre de santé. Abordons maintenant ces différents modes.

---

<sup>36</sup> Le Bouëderc G, du Crest A, Pasquier L, Stathl R : *L'accompagnement en éducation et en formation : un projet impossible*. Paris Edition L' Harmattan 2001 p 23

<sup>37</sup> Robo. P : *Analyse de pratiques professionnelles et accompagnement, un panorama pour une formation accompagnante au service de formateur, de cadres, de stagiaires*, Rectorat académie de DIJON /ESSEN Colloque le 6 septembre 2010

### 1.3 Différents modes d'accompagnement

Ce dernier auteur parle de différentes typologies d'accompagnement : *« l'accompagnement pédagogique dans les dimensions éthiques, éducatives, puis l'accompagnement psychologiques par les verbes de encourager, reconnaître, soutenir, valoriser, gratifier puis un accompagnement matériel lors de prêt de document, d'outils, l'accompagnement social lors de l'intégration d'un groupe, un travail en équipe puis l'accompagnement professionnel lors du développement de compétences, aide à une qualification et enfin de l'accompagnement formatif lors d'une évaluation formative. »*

Mais toutes ces postures nécessitent une attitude de l'accompagnateur, cet écrivain signale qu'il est nécessaire d'être : *« dans l'empathie, la bienveillance, la réflexivité, la facilitation, la distanciation, la médiation, l'induction, la congruence, l'altérité, l'effacement et a priori positif. »*

Nous parlons souvent de la fonction d'accompagnement auprès des professionnels de la santé, de l'enseignement, de la consultation d'entreprise par exemple.

Un autre auteur, M. Paul nous précise les différentes postures d'accompagnement possible comme en premier : *« la posture éthique parce que nécessairement réflexive et critique. »* En effet, l'accompagné doit se poser des questions existentielles sur sa personnalité, sur le monde du travail dans lequel il se situe.

Puis : *« d'une posture de non -savoir, pour que le professionnel ne se positionne pas dans cette place de toute-puissance dans laquelle un autre peut le placer...Il soutient un questionnement plutôt que l'affirmation....se déshabitué de l'idée de comprendre trop vite l'autre, de savoir à sa place ce qu'il conviendrait de choisir. »* Cela implique que le professionnel accepte d'être parfois chahuter, chambouler par l'accompagné, le cadre doit rester humble dans sa posture, ils apprendront ensemble.

Ensuite, *« d'une posture de dialogue, c'est la modalité la plus appropriée car c'est entre autres dans les situations de dialogue, que s'exerce la place de chacun, cet échange de personne à personne, de sujet à sujet et non plus de professionnel à usager, client, ou malade. »* le cadre ne peut pas jouer de pouvoir dans cette posture, il doit être authentique. Après *« d'une posture d'écoute ; écouter, c'est être attentif certes, mais c'est surtout interagir, répondre, solliciter, dynamiser un questionnement. »* Le cadre par cette manière permettra à l'accompagné de se positionner, de faire évoluer sa démarche, bien sûr nous n'oublierons pas le silence qui permet ainsi une réflexion enrichit.

Et enfin, *« d'une posture émancipatrice, si l'on se met à deux, ce n'est pas parce que l'un serait incapable mais parce que personne ne peut apprendre seul ni grandir seul ou se construire seul, c'est toujours un travail en interaction avec les autres. »* Là nous retrouvons le travail d'une équipe de soins, le travail en binôme infirmier-aide-soignant qui permet d'avancer ensemble, dont le but commun est centré sur le patient, sur notre cœur de métier.

Mais attention de ne pas imposer cet accompagnement, de laisser le choix à l'autre, ne pas mettre en avant notre propre ambition avant le projet de l'autre, comme le souligne M. Cifali<sup>38</sup>: « *Si accompagner ne signifie pas l'annulation de ce que je suis au profit unique de l'autre, n'aboutit pas au renoncement de nos convictions, à l'effacement de notre place et du débat, alors oui, le terme accompagnement peut être intéressant à filer.* »

Il y a 2 personnes dans cet accompagnement, tout d'abord la personne accompagnée est le sujet principal, il est acteur. Selon M. Paul<sup>39</sup>: « *l'accompagnée est elle-même partie prenante de la relation au sein de laquelle se jouent son projet et les conditions de son insertion sociale et économique.* » Il doit donc s'impliquer dans cette démarche afin d'atteindre son but, point qu'il s'est choisi. Le rythme de l'avancer de ce projet varie selon la personne, selon les objectifs qu'elle s'est fixé.

Dans la définition que donne ce même auteur<sup>40</sup> sur l'accompagnement, elle précise que le cheminement se fait à 2, l'un vers l'autre, en discutant librement, dans une relation personnelle. Elle parle même de « coopération », celle-ci est le fruit : « *du partage, de la parole est partagée, les objectifs sont partagés, le questionnement est partagé.* »

Toutefois, l'accompagnant, doit-il avoir des compétences particulières pour guider l'accompagné ? Nous pensons, que non ,car seule la personne accompagnée écrit la partition de cette action, comme le précise M. Prestini-Christophe<sup>41</sup> : « *Accompagner finalement c'est entendre et autoriser cette démarche, la soutenir et la favoriser.* » Donc l'accompagnant varie entre dirigisme et poursuite, il doit s'adapter sans cesse sa conduite, M. Paul conclut : « *On en saurait réduire l'accompagnement à un mode uniforme, qu'il désigne tant une fonction qu'une posture, renvoyant à une relation et à une démarche qui, pour être spécifique, n'en sont pas moins vouées à devoir s'adapter à chaque contexte et chaque matrice relationnelle.* »

L'accompagnement dans le management est omniprésent dans la vie professionnelle du cadre. Certains référentiels de compétences du cadre de santé comme celui de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), indique que le cadre a pour mission : « d'identifier, d'accompagner, d'évaluer le développement des compétences individuelles et collectives. ». Le cadre va donc accompagner son équipe, ses membres de façon individuelle et collective. Il va devoir personnaliser son management. Certains évoque le terme de catalyseur pour cet encadrant qui permet ainsi l'identification, le développement des ressources, des compétences individuelles et la construction collective de son équipe.

---

<sup>38</sup> Cifali M : *Accompagner : quelles limites ?* Cahiers pédagogiques n°393 avril 2001 p16

<sup>39</sup> Paul M : *L'accompagnement dans le champ professionnel* Revues Savoirs n°20

<sup>40</sup> Paul M : *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique*, extrait lors d'une conférence lors des journées d'Etude de l'ARSI 2012

<sup>41</sup> Prestini-Christophe M : *L'accompagnement et ses paradoxes : Accompagnement et formation tout au long de la vie*, Colloque 2003

Nous retrouvons dans le répertoire du DGOS<sup>42</sup>, chaque métier comporte 8 à 12 activités principales, caractéristiques du métier. Nous trouvons plus particulièrement dans ce document la définition suivante que le cadre de santé a entre autre : « *l'encadrement de proximité d'équipes, gestion et développement des personnels, en lien avec le savoir-faire de l'évaluation, du développement et de la valorisation des compétences de ses collaborateurs.* »

Dans ce document de travail émanant du Ministère des Affaires Sociale et de la Santé<sup>43</sup>, le référentiel de compétences du cadre de santé responsable de secteur d'activités du soin, précise en préambule les compétences du cadre en terme de verbe d'action comme : « *anticiper, prévoir, prioriser, décider, arbitrer, négocier, gérer des conflits, organiser, piloter, déléguer, animer, encadrer, mobiliser, motiver, évaluer, valoriser et analyser.* »

Mais nous nous intéressons plus particulièrement à la compétence 4 qui relève des compétences, le texte nomme ainsi : « *Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri-professionnelle.* » Il en décline ensuite 10 points, des actions à réaliser afin de mener à bien cette thématique.

Nous en nommons les principales qui relèvent de ce sujet : « *Définir les activités et les compétences requises pour les professionnels et futurs professionnels en fonction de l'activité de la structure.* » puis : « *Evaluer les performances et des compétences, identifier les compétences acquises et à développer* » et enfin : « *Accompagner le développement des compétences.* » Le texte relate les indicateurs, les signes visibles que l'on peut observer auprès des agents, il donne ainsi quelques repères comme : « *Les activités et les compétences requises sont identifiées et expliquées, les besoins liés à l'évolution de l'activité de la structure sont identifiées, les objectifs en terme de développement des compétences sont expliquées et argumentées au niveau collectif et au niveau individuel.* »

Le contexte environnemental, nous indique que nous sommes dans une société de la connaissance, de la compétence. Ainsi quel que soit le champ disciplinaire, professionnel, la compétence est au cœur des préoccupations actuelles, dans les entreprises au sein de la gestion des ressources humaines.

---

<sup>42</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins

<sup>43</sup> Document de travail : diplôme de cadre de santé référentiel d'activités et de compétences travaux de groupe de production Cadre de Santé, décembre 2012 consulté le 07 avril 2017 <http://www.sante.gouv.fr>

## **2. Le management par compétences**

Ce terme est assez récent, ce management n'est pas uniquement centré sur les compétences requises du travail, de la tâche demandée comme peut être la gestion des compétences, mais plus centré sur les compétences que doit posséder le salarié. Selon E. Delevallée<sup>44</sup> : « *Le management par compétence cherche à valoriser- dans le sens d' « augmenter la valeur » - les compétences possédées par l'individu.* » Donc le manager doit se poser des questions concernant ses salariés comme selon ce même auteur : « *Quelles sont les compétences possédées par mes collaborateurs ? A partir de ces compétences, quelles performances peuvent-ils obtenir ? ...* »

Cet auteur annonce également qu' « *en effet, manager par les compétences, c'est aussi, et peut-être surtout, animer une équipe au sens de lui donner une âme. Une équipe ne se réduit pas aux individus qui la composent. Ce n'est pas une collection d'individus. L'animation a pour fonction de transformer une addition d'individus en un groupe vivant et vivable, transformer des compétences individuelles en performance collective. Les compétences individuelles sont des unités de base entre lesquelles existent de multiples combinaisons pour produire des performances collectives.* »

Il s'intègre dans la politique de la gestion des métiers et des compétences d'un établissement de santé que nous évoquerons ultérieurement.

Certains auteurs parlent de management des compétences comme P. Zarifian qui précise tout d'abord la définition de compétence<sup>45</sup> : « *La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté, la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquise et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente...* »

Comme nous le précise une cadre de santé dans la fonction territoriale : « *ouais, je pense, hum, parce que, je pense que chaque personne est différente, et euh... euh, ils ont tous des qualités, euh ... différentes, y en a qui seront plus accés sur des techniques, y en a en soin qui sont excellentes et je ne dois pas passer dernière elle, y en a c'est en animation, y en a c'est en psychologie euh...avec des personnes qui ont des troubles du comportement, ils vont réussir à faire des choses extraordinaires et...sans qu'on utilise euh... des contentions soit médicamenteuses ou autres... donc , je pense que chaque ...je pense que(...), ouais,*

---

<sup>44</sup> Devallée E : *La direction par les objectifs, et après ?*, consulté le 05 avril 2017  
<https://www.cairn.info/>

<sup>45</sup> Philippe Zarifian : *Le modèle de la compétence* Edition Liaisons 2004 p 81

*chaque agent...à ses qualités, donc je pense qu'on fait automatiquement, que l'on fait en fonction de ceux qu'ils sont actuellement, oui je pense* » Cadre 1 ;

Nous pensons que le cadre travaille avec des agents, des êtres humains, différents entre eux, c'est ce qui compose une équipe. Le cadre doit ainsi composer avec ceux qu'ils sont au quotidien. Nous pensons qu'il travaille avec eux dans l'individualité, dans la compétence, c'est ce que nous précise ses auteurs, A. Cohen et A. Soulier<sup>46</sup>: *« le concept de compétence est centré sur l'individu et non sur des postes. Parler de la compétence ou des compétences, c'est avant tout parler des hommes. »*

Nous pouvons dire que le cadre doit favoriser la satisfaction de chaque membre de son équipe afin de pouvoir construire ensemble un projet au sein d'un service car ils ont un but commun. Certains auteurs comme J.M Motta<sup>47</sup> l'évoque ainsi : *« le cadre doit permettre la satisfaction de chacun afin de construire le collectif. »*

Les auteurs A. Cohen et A. Soulier souligne leur concept de compétence, ainsi ils parlent d'une pyramide du management des compétences dans le milieu industriel par exemple. En effet, elles indiquent différents niveaux, le 1<sup>er</sup> est la gestion des compétences, il se présente comme le niveau de base, faisant état des lieux de l'existant, qui est piloté par la direction des ressources humaines permettant ainsi de faire le lien entre les besoins de l'entreprise des différents métiers et les besoins humains.

Puis le 2<sup>ème</sup> niveau est le management des compétences qui permet de développer les compétences des salariés en vue de faire progresser la performance des équipes et enfin le 3<sup>ème</sup> niveau est le management par les compétences, rôle de la direction générale de l'entreprise, elle établit des stratégies afin de faire des choix sur le long terme.

Bien sûr le rôle est primordial du manager au cours de ces différents niveaux, le manager est consulté dès le 1<sup>er</sup> niveau par la direction des ressources humaines, il aide cette instance à définir les métiers et compétences nécessaires.

Lors du 2<sup>ème</sup> niveau, le cadre fait évoluer cette démarche en évaluant les compétences des salariés et en développant celles-ci.

Ainsi une cadre nous l'illustre : *« (...) donc on essaye de détecter chez les agents au cours de l'entretien annuel mais aussi au cours de l'année, car j'ai des agents qui arrivent au cours de l'année, j'essaye de me dire, tient y a ce petit plus, que j'essaye déjà de détecter de lors l'entretien d'embauche, (...)pour l'EHPAD, de, le plus qu'ils apporteraient à l'EHPAD, j'ai, j'ai... besoin d'une aide-soignante, j'ai besoin d'une infirmière, j'ai besoin d'une infirmière avec un plus, c'est quoi le plus ? est-ce que c'est, j'ai une affinité de la prise en*

---

<sup>46</sup> Cohen A. Soulier A : *Manager par les compétences* Edition Liaisons 2004 p 17

<sup>47</sup> Motta JM. : *Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'un-dividu »* soignant octobre 2006 consulté le 27 mars 2017 <https://www.cadredesante.com>



*soin de la personne âgée dans sa globalité ?oui ça c'est le soin, mais c'est pas le plus, mais par contre j'ai des personnes, qui sont en, qui ont changé d'orientation professionnelle, qui sont fleuriste, par exemple, et donc le plus qu'il m'apporte, c'est sûr que...quand il anime un atelier, ou une activité l'après-midi ,on sent qu'il y a ce côté artistique qui plaît, mais Alzheimer je sais que c'est quelqu'un que je peux permettre en plus, vu la personnalité avec des personnes, qui sera très calme, très à l'écoute, d'autres qui me diront, c'est même pas la peine,(...) je prends celle qui m'apporte quelque chose, par ses compétences, par ses hobbies, par son expérience professionnelle,(...)» Cadre 3 ;*

Nous voyons que l'encadrante a pour rôle de détecter, d'amener les compétences des uns au profit des autres, c'est-à-dire de ses collègues mais aussi et surtout pour le bien fondé du résident qui est au cœur de leur travail, de leur démarche.

Et enfin lors du 3<sup>ème</sup> niveau, le manager prend en compte les stratégies faites par l'entreprise, il allie compétences collectives et macro-compétences, c'est-à-dire les compétences liées à la culture de l'entreprise et non plus uniquement basés sur les aspects techniques et les compétences spécifiques de celle-ci.

Lors des entretiens semi-directifs, les cadres de santé expriment leurs définitions de ce type de management , pour certains, cela se fait plus intuitivement : *« Ah oui, oui, après je ne l'ai fait pas consciemment tout le temps(rires) je suis désolé, c'est devient naturel, on bout de 12 ans, voilà, c'est... on début , oui, on réfléchit, on se dit, tient à elle, il faut que je lui dise ça, que je lui explique ça, puis après dans la voilà, dans la conversation, à passer des messages. »* Cadre 2 ;

Une autre cadre le définit comme : *« oui c'est nécessaire le management par compétence, individuellement, je pense, les professionnels, ils n'ont pas ce recul nécessaire, (...) puis parce que les professionnels ont la tête dans le guidon, ils se limitent à leurs activités du quotidien, et puis ne cherchent pas à développer davantage, rare, sont ceux qui viennent vers nous, en nous disant, tient, j'aimerais bien faire telle formation, ça ne ressort pas beaucoup. »* Cadre 4 ;

D'autre discours recueilli sur le terrain évoque les spécificités de service : *« Ah, je pense que oui, je pense qu'en plus c'est l'avenir, puisque justement on s'aperçoit de plus en plus, surtout quand on est dans une spécificité comme la gériatrie, je pense qu'il y a des compétences à part entière dans le métier que l'on ne peut pas apprendre quand on est en formation classique, que ce soit une infirmière, que ce soit un aide-soignant, euh... voire même le cadre, il a une posture totalement différente dans un service de soins MCO(Médecine, Cardiologie, Obstétrique) que dans un service de gériatrie, je veux dire, les besoins, ce qu'on attend de nous, les missions sont totalement différentes et donc effectivement on est obligé, je pense, c'est même pas une obligation, ça me paraît logique que de travailler avec un management par compétences car parce qu'on cible les compétences,*

*et, je pense, moi, plus ça avance, plus, je cible les compétences dès l'arrivée du nouvel arrivant en fait(...), je pense à moins sens, je le cible, pour le coup, je le cible ça très vite, parce que, c'est très important, très important, pour la bonne marche de l'organisation de l'EHPAD. » Cadre 5*

Nous pouvons penser que ce management est très présent dans le secteur de la gériatrie, de l'EHPAD, il permet au cadre de cibler les compétences requises des agents pour travailler dans ce lieu.

## **2.1 Définition de compétence**

Un auteur, G. Le Boterf définit le mot compétence plus précisément, il parle de différence entre être compétent et avoir de compétences<sup>48</sup> : *« Etre compétent : c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de soin. C'est donc mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation ; tout en mobilisant une combinaison appropriée de ressources ».*

Le cadre doit valoriser les compétences, il doit faciliter les transmissions des valeurs, comme le précise le référentiel de compétences des cadres : *« Reconnaître et valoriser les compétences et les performances individuelles et collectives. »*

Il est important que le cadre valorise les membres aussi de son équipe quant à leur qualité de travail, leur investissement. Nous devons toujours avoir à l'esprit d'utiliser les moments d'échanges, lors des transmissions, lors des rencontres informels pour complimenter, féliciter l'équipe de soins.

Mais une cadre explique que la reconnaissance est encore difficile même auprès de leurs pairs : *« que quand on s'y sent mal, ou mal reconnu, alors je pense que la reconnaissance, ils ont toujours l'impression en EHPAD, le travail est très dur, et ils ont toujours l'impression que justement, c'est un travail difficile, qui n'est pas reconnu par leurs pairs, donc, ils l'ont, on l'entend de moins en moins, mais on l'entend encore, et euh... ça reste un vieil à d'âge, ça reste, voilà, et...je crois, que ça continue de peser même, et on le sent très vite même sur les petits nouveaux, qui sont attirés par la personne âgée mais que les discours extérieurs, euh... ils sont influencés, ah, là, là ...c'est incroyable, et donc, c'est tout ça à démystifier quoi, et après, la fierté de les entendre dire à l'extérieur, mais moi, je ne veux pas quitter l'EHPAD pour rien au monde, j'y suis bien, voire même les CDD qui*

---

<sup>48</sup> Le Boterf. G : *Construire les compétences individuelles et collectives* Juillet 2015 Edition Eyrolles Paris p70-71

*arrivent qui savent très bien qu'ils sont en contrat plus ou moins courts, et du coup, quand on les fait changer parfois, ils disent, oui peut-être que je vais aller ailleurs, mais je mettais bien habituer, etc...je me sens bien, et voilà... » Cadre 5 ;*

Nous croyons donc que la reconnaissance hiérarchique est indispensable pour les agents au sein d'une équipe. Cela contribue aussi au bien être des agents, au prendre soin que nous traitons ultérieurement dans la 2<sup>ème</sup> partie.

La reconnaissance selon F. Dubourg<sup>49</sup> : *« peut –être défini, compris dans 2 acceptations : celle d'une demande de revalorisation financière ou celle d'une prise en compte de sa valeur personnel. »* Cet auteur poursuit en citant Hertzberg : *« il a donné une explication utile du lien entre ces deux valorisations : ne pas être suffisamment rémunéré pour son travail va être une source de démotivation, tandis qu'être reconnu, d'une façon verbale, pour sa valeur est une source de motivation. »*

Nous estimons qu'il est important que le cadre valorise son équipe quant à leur investissement et leur qualité de travail. P. Colombat,<sup>50</sup> chef de service d'hématologie en 1988 au CHU de Tours indique : *« Je lis au cours des staffs toutes les lettres de témoignage envoyées par les patients ou les familles de patients. L'ordre de prise de parole au cours des staffs où l'aide-soignante présente la problématique des patients avant les infirmières et les médecins est aussi une manière de valoriser les membres de chaque profession, cet ordre permettant à chacun de s'exprimer alors que la prise initiale de parole par le médecin bloque souvent la prise de parole des infirmières et plus encore des aides-soignantes. »*

Ainsi l'exemple que mentionne cette professionnelle de l'encadrement fait référence à la valorisation également : *« alors, euh...on , ici ,on essaye de... moi, j'essaie d'utiliser, c'est pas le bon terme, mais les affinités de certaines pour leur donner des responsabilités sachant que c'est quelque chose auxquelles, elles tiennent, par exemple, les protections, j'ai une aide-soignante qui a pour mission, la gestion, l'évaluation, de l'incontinence chez les résidents, ça lui tient à cœur, (...) Cadre 3 ;*

Les professionnels « référents » permettent au cadre de manager en valorisant aussi les différences de chacun autour d'un but commun.

---

<sup>49</sup> F. Dubourg *Qualité de vie au travail et management participatif* sous la direction de P.Colombat Edition Lamarre 2012 p 16

<sup>50</sup> P. Colombat *Qualité de vie au travail et management participatif* Editions Lamarre 2012 p172

Et une cadre conclue ainsi: « (...) et nous, notre rôle, il est là, à valoriser, déjà, à valoriser leur travail, pas seulement dire, quand ça va mal mais surtout dire quand ça va bien, voilà...euh... il faut les cocooner, moi, je dis toujours les aides-soignants en EHPAD et mêmes les infirmières, ce sont des personnels à cocooner, (...) ils ont besoin de ce soutien, je pense qu'un EHPAD si y a pas de cadre derrière, si y a pas de management derrière, de manière adapté aussi, encore une fois, on est pas manager en EHPAD comme on est manager dans un service de chir, je crois, à moins sens, maintenant, je me trompe peut-être, mais à mon sens, et là, c'est très important pour eux, parce que s'ils ne sentent pas soutenus sinon(...) Cadre 5 ;

Toujours selon G. Le Boterf, il poursuit en mentionnant qu' « avoir des compétences : c'est avoir des ressources (connaissances scientifiques et techniques, gestes opératoires appropriées, savoir-faire relationnel avec les patients)... pour agir avec pertinence et compétence dans une situation de soins. Avoir des ressources est donc une condition nécessaire mais non suffisante pour être reconnu comme compétente »

Mais suite à ces définitions, la compétence est donc un concept, elle semble malgré tout être une chose abstraite, invisible, difficile à définir précisément. Nous parlerons plus d'une aptitude à s'adapter aux situations, aux exigences nouvelles. N'est-ce pas plutôt les résultats des activités qui rendent visible la compétence ?

Pour certains auteurs la compétence est l'association de savoir- faire, savoir-être et de connaissances (associés aux savoir- faire).

Cette notion de compétence n'est pas nouvelle, elle est déjà employée au Moyen Age, utilisé en terme juridique pour reconnaître l'autorité, le pouvoir d'une structure : « elle a compétence pour... » Actuellement, de nombreux secteurs, parle de compétences, passant de la formation initiale et continue, à la gestion des ressources humaines, au développement de la création et à la continuité de l'amélioration de la qualité des soins par exemple. Le concept de compétence allie le professionnalisme qui est capable d'assumer, de réagir face à l'éventualité, ainsi G. Le Boterf explique <sup>51</sup>que : « le professionnel doit non seulement savoir exécuter ce qui est prescrit mais doit savoir aller au-delà du prescrit, c'est lui qui sait gérer un ensemble de situations professionnelles, dont la plupart se caractérisent par leur complexité. »

---

<sup>51</sup> Le Boterf . G: *Développer la compétence des professionnels* Edition d'Organisations Paris p46

Les cadres ont à leur disposition un outil qui permet d'évaluer les compétences et d'orienter ensuite les agents vers des formations. Cet outil est l'entretien individuel, il permet d'évaluer les compétences, c'est donc un dispositif pour les managers au profit des professionnels paramédicaux par exemple.

Une cadre évoque l'utilisation de cet outil pour connaître le type de développement de compétences qu'il est nécessaire : *« il y a déjà par le biais ...des... entretiens individuels, où là ... comme on en discute, ils m'en font part aussi s'ils ont rencontrés des problèmes ... un peu plus...durant l'année, »*

et elle précise aussi au cours des rencontres informelles :

*« après quand je rencontre directement sur le terrain , là, je détecte directement leurs besoins, soit par le biais des familles en cas ... des altercations, non pas des altercations, mais quand il y a des problèmes qu'ils rencontrent, ou les agents, directement , qui viennent me voir en disant... ou les...les résidents , en fonction aussi des problématiques dans, de l'établissement, quoi .. un exemple, si par exemple on a eu... un décès qui s'est mal passé, parce ...que ...les agents ont mal vécu, peut-être, on f'ra, on va accés avec la psychologue une formation sur les soins pal, sur la douleur, enfin, voilà, en fonction aussi des problématiques de l'établissement ».* Cadre 1 ;

Une autre professionnelle indique également : *« l'entretien individuel annuel est un des moyens que j'utilise(...) les agents émettent leurs souhaits et moi, j'ai mes remarques à faire, par rapport à des difficultés, qu'elles ont pu rencontrer durant l'année, (...) »* Cadre 3 ;

Cet outil permet ainsi de détecter auprès de l'agent, de façon individuelle, ses besoins en formation.

En conclusion, les différentes auteurs abordent de plusieurs manières le concept de compétence, celui-ci est centré en tout cas sur l'individu et non sur les postes de travail, donc nous parlons d'hommes, d'être humain quand nous abordons la compétence. Il accés sur l'action, sur sa mise en œuvre, celle-ci est donc différente de la connaissance simple. La compétence permet une activité de travail, elle fait partie de la performance.

Ensuite au début des années 1970, nous franchissons une nouvelle étape dans l'évolution de la formation continue et en décembre 2003, a lieu la naissance d'un accord national interprofessionnel : « relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle » que nous développerons dans la 2<sup>ème</sup> partie.

Ceci permet aux salariés d'être acteur de son parcours professionnel et d'obtenir une reconnaissance de son expérience. Cela contribue à ce qu'ils développent leurs compétences.

Une cadre termine sur l'évolution de la population en EHPAD et des compétences à développer : « *les gens évoluent, les situations médicales évoluent, les familles évoluent. Nous ici en EHPAD, avant, on plaçait le parent maintenant on place le conjoint, vu les niveaux d'âge des gens, on a des centaines ici, qui ont placé leur fille, avant on plaçait les parents, maintenant, on a maintenant des personnes âgées handicapées, tout change, les compétences changent, on n'est plus aide-soignante, on doit aussi un peu être amp, tout change, si on reste comme ça, on avancera pas, on peut être vite dans la maltraitance, ici on parle de bienveillance, par manque de connaissance, d'ignorance de pathologies.* »  
Cadre 1

### **3. Par le coaching**

Nous pensons que cette pratique donne l'idée d'entraînement, en lien avec la définition, Le Petit Robert précise : « le coaching comme l'entraînement d'un sportif, d'une équipe ». Cette définition est tout à fait adaptée au travail, aux missions quotidiennes du cadre de santé.

Les auteurs P. Angel et P. Amar définissent ce mot « *comme un processus d'accompagnement destiné à favoriser un environnement de croissance et d'optimisation du potentiel de la personne* »<sup>52</sup>. Ces mêmes écrivains précisent que ce mode : « *est une forme d'accompagnement la plus affûtée pour une recherche d'efficacité dans le domaine de l'action professionnelle* ».

Nous approchons donc le développement de la personne, les sciences humaines et le monde économique.

---

<sup>52</sup> Angel P, Amar P : *Le coaching* Paris : Edition Puf 2005 p 83

Cette notion constitue un véritable outil d'introspection, de découverte, de mobilisation des forces, des moyens personnels des agents. Cela permet la mise en place d'actions concrètes et mesurables.

Le processus de coaching s'inscrit donc dans une perspective de changement dans laquelle l'écoute intervient parmi les compétences du coach, il permet ainsi au coaché de se sentir accepté et au coach d'accéder aux besoins de son client.

Donc l'écoute en coaching est un facteur primordial à l'accompagnement au changement, cela induit que le coaché soit écouter et que la compétence du coach soit de savoir écouter. La communication est une partie importante de cette méthode.

Nous pouvons distinguer 2 approches, d'une part du point de vue du coaché, selon V. Lienhardt<sup>53</sup> : *« l'aspect majeur du processus réside dans la possibilité offerte à ceux, individus et équipes, qui ont à vivre le changement, le stress, et la frustration qui en résultent, de disposer d'un espace, de temps et d'un lieu de parole. »* et selon la posture du coach par Angel et Amar<sup>54</sup> : *« l'écoute favorise le recueil d'informations, permet au coach de s'imprégner du cadre de référence du coaché. »*

Donc le but du coaching est d'y voir plus clair par rapport à l'éventuel changement de carrière, de faire le point sur cette dernière, sur ses compétences, afin de mettre toutes les chances de son côté pour réussir.

Selon S. Person-Gehin et I. Ivanaj<sup>55</sup>, ils définissent le coaching comme : *« l'accompagnement d'une personne destiné à favoriser une meilleure expression de ses qualités, de ses ressources ou de ses compétences. »*

Et nous pouvons poursuivre par une autre définition plus précise : *« le coaching professionnel est un accompagnement professionnel permettant d'obtenir des résultats concrets et mesurables dans la vie professionnelle et /ou personnelle. A travers le processus du coaching, la personne coachée approfondit ses connaissances et améliore ses performances. »*<sup>56</sup>

Comme le dit le proverbe : *« on sait ce que l'on quitte, on ne sait pas ce que l'on prend. »* C'est toujours une part d'aventure quand on quitte volontairement un poste. La mission du cadre est donc d'accompagner, sur mesure l'agent afin de l'aider dans l'orientation professionnelle, dans l'élan que veut donner le coaché dans sa carrière.

---

<sup>53</sup> Lienhardt V : *Les responsables porteurs de sens* Paris La Défense : Insep Consulting Editions 2010 p141

<sup>54</sup> Angel P Amar P : Ibid p 83

<sup>55</sup> Person-Gehin.S et Ivanaj I : 16<sup>ème</sup> conférences de l'AGRH : *la pertinence du coaching au service d'un GRH médiatrice* le 15 et 16 septembre 2005 Paris Dauphine

<sup>56</sup> *Coaching* <http://fr.wikipedia.org/wiki/coaching>

Le cadre de santé serait donc le coach et les entretiens individuels professionnels permettraient au salarié d'être écouté, donc les entretiens individuels seraient un outil managérial? Ces entretiens sont-ils des évaluations de la compétence ?

Toutefois un cadre admet faire du coaching : « *effectivement, lors des entretiens individuels, c'est le moment où, ça en plus, les entretiens informels, quand ils viennent ou quand ils ont des difficultés ou autres, mais oui c'est du coaching, j'ai pas étiqueté comme ça, mais c'est du coach puis c'est aussi du cas par cas, chacun est différent.* » Cadre 2 ;

Le coaching fait donc partie du travail du cadre, il est bien présent dans ses missions au quotidien puisqu'il allie accompagnement individuel, écoute, dynamisme vers une évolution de carrière par exemple.

Afin d'améliorer le coaching, nous pouvons utiliser un outil, nommé le SWOT, il se définit par Strengths pour forces, Weaknesses pour faiblesses, Opportunities pour opportunités, Threats pour menace. Cette matrice permet d'obtenir une vision plus synthétique d'une situation en présentant les atouts, les difficultés ainsi que les occasions et les alertes potentielles.

Cet outil a été apporté dans les années 60 de l'Université de Harvard mais n'est entré en France que dans les années 2000. Il permet une analyse de la situation. Il est nécessaire d'impliquer un maximum d'agents, d'acteurs pour y parvenir. Ceci est donc récent mais l'HAS<sup>57</sup> préconise cette analyse par ce type d'instrument au sein de son guide<sup>58</sup>.

Il propose ainsi en interne que le diagnostic : « *porte sur les forces et les faiblesses de l'établissement : les ressources, les compétences, les pratiques, la situation financière, le modèle organisationnel, les freins...* » et en externe, il révèle : « *les opportunités et les menaces liées à l'environnement : l'épidémiologie, les nouvelles attentes de la patientèle, le SROS, les changements d'orientation de politique de santé, les nouvelles règles de financement...il porte également sur le rôle et la place de l'établissement dans son territoire de santé.* »

---

<sup>57</sup> Haute Autorité de Santé

<sup>58</sup> Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé HAS/ Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles/ Janvier 2005 consulté le 10 avril 2017 [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Un professionnel de l'encadrement a utilisé le coaching auprès d'un agent en particulier : *« j'ai un exemple, j'ai une auxiliaire de vie, là, je pense qu'elle a fait le tour de sa profession, en tant qu'auxiliaire de vie, euh ...lors de l'entretien professionnel, à la fin de nos entretiens professionnels, on, ils doivent se noter, et euh... quand elle m'a dit ouais, ben, moi, ça va quoi, ben, non : moi je lui ai dit, pour moi tu es parfaite en tant que le travail qu'auxiliaire de vie pour moi, je lui ai dit, moi tu n'as plus rien à faire en tant qu'auxiliaire de vie, il faut faire ta VAE, pour faire aide-soignante, ouais, donc euh... elle me dit ah, ouais, qu'elle n'avait pas pensé de faire sa VAE, elle est en train de faire sa VAE donc, que, euh, je pense que c'est important de leur faire voir aussi leurs limites, oui, c'est peut-être un peu de coaching, (rires), elle n'avait pensé à faire sa VAE, à avoir des diplômes. »* Cadre 1 ;

Pour d'autre cadre, c'est du cas par cas : *« Pour moi faire du coaching, ça implique pour moi de le faire de manière individuelle, et c'est vrai, que... quand on a une annonce de formation comme là, dernièrement, annonce formation aromathérapie, donc je pense à certains agents en particulier et ceux qui m'en ont parlé et tout le monde ne m'en n'a pas forcément parlé, comme je connais individuellement chacun des agents, que... que je connais leurs aspirations, que je connais leurs orientations, aussi un peu philosophiques ou spirituelles, tout ça entre en jeu, et que je connais la personnalité de chacun, que je vais me diriger individuellement vers telle ou telle personne, inciter l'agent vers la formation, lors des temps de formels ou informels. Et alors, du coaching, ben, oui, parce que, parfois les soignants ou les infirmières me disent : vous croyait que je dois faire ça, oui, je pense ça pourrait répondre à pas mal de vos attentes, oui ça pourrait vous aider, oui ça pourrait répondre à vos attentes, oui dans ce sens-là, oui, je pense qu'il y a un coaching, parce qu'une mise en confiance de l'agent qui est nécessaire pour participer à la formation, je trouve, dans le but de valoriser, à avancer l'agent, pour l'aider à développer ses compétences, alors que lui, n'y pense pas forcément. »* Cadre 4 ;

Nous comprenons ici qu'il s'agit pour le cadre de santé d'être auprès de l'agent afin de l'aider, de l'aiguiller, de l'encourager dans cette démarche. Pour cela nous disons qu'il est indispensable que le professionnel d'encadrement connaisse individuellement les membres de son équipe afin de proposer au juste les actions nécessaires qui permettront à l'agent d'évoluer, d'être rassuré.

Mais parfois cela est difficile à mettre en application : *« le coaching ça prend énormément d'énergie, on n'a en pas peut-être pas toujours non plus, ici, c'est, nous sommes 2 cadres pour 196 lits, moi je suis cadre mais ma collègue est infirmière, elle est infirmière, donc elle me seconde, euh... je dirais, on prend beaucoup d'énergie et on en donne beaucoup, déjà au quotidien, dans le respect des organisations, donc les coacher pour qu'elles se forment.... C'est, comme je vous le disais au départ, c'est au décours, d'un événement particulier aussi, par exemple, quand on a un décès, quand on a une fin de vie, un soin palliatif, c'est de dire, ben voilà, j'ai en ai qui disent, c'est difficile, maintenant on a une*

*psychologue dans la structure, ça nous aide aussi à débriefer sur un décès, sur une prise en soin de fin de vie ; » Cadre 3 ;*

*Parfois, ce coaching est partenaire d' un type de management, management participatif « : je crois que oui, alors, de quelle manière je procède, c'est très... d'un côté, je suis très intuitive, j'utilise beaucoup ce versant- là du management, et participatif, en aucun cas, euh... c'est rarement imposé, quand ça doit être imposé, ben voilà, vous faire ,c'est sûr dans certaines situations, c'est comme ça et pas autrement, mais le coaching il est au quotidien car parfois ils sont découragés, il faut les stimuler, faute de moyens, c'est surtout les ressources humaines en général qui pêche, demander de la qualité, quand il n' y a pas les moyens derrière, c'est parfois difficile, donc c'est une stimulation d'équipe, je dirais au quotidien, (...), parce qu'il y a trop, on est confronté à beaucoup de difficultés, que ce soit le résident lui-même par rapport à la vieillesse, par rapport au vieillissement de la personne, par rapport aux pathologies, par rapport, suite à la famille, à l'accompagnement de la famille et puis on est quand même confronté à l'accompagnement de fin de vie très souvent, donc ce qui fait qu'il y a beaucoup d'éléments qui font que c'est un métier très difficile en EHPAD(...) mais où les compétences doivent beaucoup plus, euh... importantes, surtout dans ce côté relationnel, communicatif, adapté, et là pour le coup, c'est, c'est très important, puisque (...) Cadre 5 ;*

*Une cadre explique aussi l'intérêt d'un coaching en équipe pluridisciplinaire lors de situations plus complexes : « par contre le coaching se fait avec quand même avec, je dirais, avec la complicité du médecin coordonnateur, le couple cadre, médecin coordonnateur est très important en EHPAD, parce que rien que pour la prise en soin, la philosophie du soin, étant d'accord, n'est-on, nous sommes pas d'accord, si on est toujours contre l'idée du médecin, et, voilà, à dire, non je ne suis pas d'accord avec vous, parce que j'estime que, ou...vous n'attachez pas d'importance par exemple, aux directives anticipées, etc...vous êtes trop curatif, enfin voilà... donc pour toutes ces raisons, je pense que le couple est important, c'est... je dis toujours ça, je pense que ça donne la bonne, la bonne... comment dirais-je... l'ambiance ou l'atmosphère de l'EHPAD, je pense, c'est important. » Cadre 5 ;*

Le rôle du cadre est donc facilitateur, stimulateur puisqu'il épaulé, entraîne son équipe de soin.

*Mais parfois il est difficile de le faire seule, les infirmières ont un rôle important à jouer : « oui , c'est arrivé, qu'on est un peu plus proche, mais euh...mais ça ne dure pas dans le temps, c'est ponctuel, c'est un temps T, c'est soit quelque chose qui nous a été relaté par le collaborateur lui-même ou par un de ses supérieurs hiérarchiques, puisqu' il faut dire que nous on travaille beaucoup, nos relais dans les étages se sont les infirmières, elles ont un rôle de manager d'équipe, voilà, on est obligé d'avoir des relais et en général c'est plus l'infirmière qui nous fait remonter les difficultés ou les problématiques, on voit avec la personne, et euh...à ce moment- là, on adapte notre façon de faire à la personne, soit, on est*

*en coaching proche, soit c'est l'infirmière qui prend le relais, ça dépend des situations, on général, on essaye quand même, de leur laisser beaucoup d'autonomie et d'essayer de régler des choses entre eux, on intervient c'est vraiment quand trop compliqué de faire entre eux, quand il y a des soucis dans l'équipe, on leur donne des pistes de travail, on aide, on essaye qu'ils arrivent des solutions par eux-mêmes, après c'est peut être un aide-soignant, un agent. » Cadre 6 ;*

Donc nous le voyons, le cadre n'est pas seul dans cette fonction managériale, il a souvent le relais par les infirmières et par le médecin coordinateur en EHPAD. Il doit néanmoins être présent, soutenir son équipe lors de situations complexes ou plus difficile à vivre.

#### **4. Par la gestion de carrières appelée GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences)**

Au cours d'une carrière professionnelle, nous avons des attentes, des évolutions, des compétences qui évoluent. La place de la GPEC est importante au sein d'un établissement. Elle est régit par une loi.

##### **4.1 Rappel du cadre juridique**

C'est en 2005, la loi n°2005-32 dite loi Borloo, loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, qu'a été créée cette obligation de négociation triennale sur la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) pour les établissements de plus de 300 salariés en France.

Dans l'article de Soins Cadres, A. Letombe et F. Bourtembourg abordent la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ils reprennent tout d'abord les propos de F. Chapperet, chargée de mission à l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de

Travail (Anact) qui définit les enjeux au sein de l'entreprise de la GPEC<sup>59</sup> : « un enjeu de compétitivité, surtout dans cette période de crise économique, l'ambition de la GPEC étant de faire coïncider au mieux les compétences avec les fonctions , puis un enjeu de professionnalisation, avec une GPEC bien conduite, l'entreprise, recherche de façon optimale à proposer des reconversions adaptées ou à adapter les compétences de ses salariés, ensuite un enjeu démographique, l'employeur va ainsi évaluer les compétences à transmettre en s'appuyant sur le personnel expérimenté et un enjeu social, car la GPEC a pour objectif d'ouvrir un dialogue social avec les représentants du personnel afin d'anticiper et de prévenir les grandes évolutions stratégiques de l'établissement. »

Les auteurs de cet article poursuivent les enjeux pour les salariés par : « le professionnel a des perspectives de développement professionnel non négligeable, en effet la recherche de formation et d'adéquation poste/compétence ne peuvent que permettre aux salariés de développer leurs compétences professionnelles. Puis la question d'employabilité est aussi cruciale. Les travaux d'anticipation de l'entreprise vont permettre aux salariés de connaître la situation économique du bassin d'emploi et pouvoir ainsi faire correspondre leurs compétences à cette réalité. La GPEC peut aussi être perçue comme une démarche de reconnaissance et de valorisation du personnel. Il est très gratifiant pour un salarié de comprendre que son entreprise s'intéresse à lui, connaît ses compétences et les valorise en les faisant coïncider avec les postes de travail ou les fonctions. Et enfin, la démarche d'anticipation et de prévisionnel engagée par les établissements permet une meilleure visibilité politique de l'entreprise par le salarié. »

Ces auteurs, cadres de santé expliquent que : « sur le plan historique, les établissements de santé sont passés en 1950 d'une gestion d'emplois collectifs basée sur le diplôme et par branches professionnelles à en 1980, à l'apparition d'un décalage entre la gestion des emplois et les exigences accrues du secteur sanitaire. Avec une gestion des compétences apparue au cours des années 90 dans le milieu sanitaire et sociale, l'organisation reconnaît le salarié selon ses apports de l'entreprise et ses besoins de reconnaissance. Celle-ci conduit à développer la flexibilité, la polyvalence et la mobilité des agents. »

La GPEC a pour objectif de déterminer les turn-over des effectifs et de compétences à prévoir dans les 3 à 5 ans à venir, pour répondre aux besoins de la structure. Elle permet ainsi une adéquation entre l'offre et la demande du public présent.

Cet outil permet d'anticiper les évolutions des besoins et d'offrir aux agents une promotion professionnelle.

Le sigle GPEC est plus développé dans la Fonction Publique et dans les entreprises.

---

<sup>59</sup> Letombe A, Bourtembourg F , *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et appropriation par les cadres*, Soins Cadres n°74 mai 2010 Edition Elsevier Masson

## 4.2 La création de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences)

Il semble que la GPMC, terme utilisé dans la FPH (Fonction Publique Hospitalière), trouve son origine dans la mise en place en avril 2002 de l'ONEM (l'Observatoire National des Emplois et des Métiers). Venons donc à sa genèse.

Une loi est importante, la loi n°2009-972 du 03 08 2009, relative à la mobilité et aux parcours professionnel dans la Fonction Publique Hospitalière dont l'axe principale est la GPMC, ce sigle est utilisé pour le management des ressources humaines dans la Fonction Publique Hospitalière. La place de la gestion des ressources humaines est donc au cœur de cette réforme. Elle permet aux fonctionnaires de construire leurs parcours professionnels, en leur garantissant des droits pour la mobilité et l'accompagnement de leur profession.

Ce qui permet également aux directions de ressources humaines, une plus grande aisance afin de pouvoir répondre aux besoins et aux évolutions constantes des années avenir afin de garantir une qualité et une continuité des soins.

La GPMC, selon C. Gugast, responsable du pôle Ressources Humaines, organisations de soins et relations sociales, -Directeur adjoint, DRH médicales et non médicales -Centre hospitalier Sud Francilien<sup>60</sup>: « *intègre une autre dimension qui est celle de la prévision de l'évolution des compétences requises pour chaque métier. L'objectif est d'éviter à tout prix, la rupture de recrutement, ou l'affectation en sur numéraire.* »

Selon F. Noguera, maître de conférence et J. Lartigau, directeur d'hôpital,<sup>61</sup> au sein de leur article sur la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, ils indiquent : « *suite aux évolutions constantes du secteur de la santé depuis quelques années et afin d'accompagner les établissements de la fonction publique hospitalière, le Ministère de la Santé a souhaité proposer régulièrement des outils de gestion des ressources humaines. C'est ainsi qu'a été créé par décret le 28 décembre 2001, l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière : ONEMFPH.*

---

<sup>60</sup> Gugast C, Actualité n°280 juillet août 2011 consulté le 12 février 2017  
<http://www.cahiershospitaliers.com/>

<sup>61</sup> Noguera F, Lartigau J *De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives*, consulté le 5 avril 2007 <http://www.cairn.info>

*Cet organisme a quatre missions principales qui sont de suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière, de contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle, prospective et proposer des actions prioritaires, d'apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications et enfin de recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques.*

*Suite à cette instances des outils ont été créé comme le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière en 2004 (RMFPH), cela a constitué l'ébauche de la codification des métiers hospitaliers puis en novembre 2008, la DHOS : la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a sorti une nouvelle version du répertoire. »*

Mais le 09 octobre 2007, diffusion de la circulaire relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 concernant la GPMC, précise<sup>62</sup> : *« Face aux nouvelles attentes des usagers, mais aussi à celles des personnels, les établissements de santé doivent compléter leur gestion administrative et statutaire par une gestion davantage orientée vers une gestion des métiers et compétences qui peut seul répondre aux enjeux de professionnalisation des métiers du secteur de la santé. »* Mais les auteurs poursuivent en précisant que : *« afin de donner une résonance concrète à ces propos, la circulaire a prévu la réservation d'une enveloppe de 10 millions d'euros sur le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FEESPP). »*

C'est ainsi qu'a été instaurée la mise en place d'outils qui permettent de prendre en compte et d'adapter les évolutions des emplois. Notamment afin de diminuer l'incertitude et de maîtriser le devenir des activités, les établissements hospitaliers ont investi dans des outils de prospective afin de dresser les futurs possibles en terme de compétences, de missions, de métiers, d'activité, de formation. Toutefois, cette transposition d'outils de GRH (Gestion des Ressources Humaines) initialement conçu pour le privé pose des difficultés aux gestionnaires de ces établissements compte tenu des spécificités de la fonction publique hospitalière.

Mais ces professionnels comparent et opposent prospective et prévision de la gestion des ressources humaines. Ils parlent ainsi que : *« La prospective permet une anticipation des changements, des discontinuités, des éventualités...la prospective n'est pas une donnée mais un construit basé sur des processus »* alors que : *« la prévision opte pour une logique de continuité, elle repose sur l'extrapolation du passé. »* Ils concluent en disant que : *« la prévision et la prospective fondent le projet de l'organisation pour concevoir son avenir. »*

---

<sup>62</sup>Circulaire DGOS-P1 /2007 /369 du 9 octobre 2007 consulté le 05 avril 2007  
[www.social.sante.gouv.fr/fichiers/](http://www.social.sante.gouv.fr/fichiers/)

Pour ces même personnages, ils définissent la démarche prospective en GRH (Gestion des Ressources Humaines) par : *« anticiper les départs en retraite, montrer les zones de fragilité et modéliser la déformation de l'organisation (parité, emplois, goulets d'étranglement), offrir à la DRH (Direction des Ressources Humaines) des outils pour évaluer à froid le viviers des potentiels sur l'ensemble des salariés, mettre en perspective des évolutions des effectifs de l'organisation( analyse de la pyramide des âges) et identifier les métiers sensibles ou susceptibles de le devenir et/ ou les métiers en tension et les nouveaux métiers. »* Tout ceci englobe une dimension temporelle, se rapprochant alors des méthodes, des outils pour la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences).

Suite à cette mise en place progressive de la GPMC, les auteurs de cet article précise : *« La gestion du personnel dans les établissements publics a longtemps été dominée par les préoccupations statutaires, le statut de la FPH(Fonction Publique Hospitalière) étant vu (surtout par les organisations syndicales) comme un garde -fou dans les années 1990 a mis cependant en lumière la dimension stratégiques de la problématique RH...La démarche « métiers » est un nouveau construit qui met fondamentalement en question la vision traditionnelle statutaire. »* Les différents partenaires que sont la direction et les syndicats ont appris mutuellement, cela a entraîné un nouveau visage, un changement culturel. Ainsi les syndicats, selon ces auteurs : *« peu enthousiastes au départ sur les nouveaux concepts induits par la GPMC, ont accepté cette démarche, ...car ceux-ci sont intégrés depuis longtemps dans le pilotage de projet. »* Au niveau de la direction, cela a entraîné des changements d'organisation : *« La mise en œuvre opérationnelle de la GPMC a entraîné une remise en cause des circuits de décision au sein de la DRH et notamment vers plus de transversalité. »* Les auteurs indiquent : *« La GPMC est vue comme une mini-révolution qui remet en cause beaucoup d'idées dans la GRH. »*

Il semble que cela a induit que les cadres de proximité soient donc plus acteur, plus actifs dans leur mission managériale: *« la GPMC peut être un moyen d'introduire des compétences managériales au sein de l'encadrement. »*

Cette gestion par compétence est un outil qui sert aux cadres de proximité, il permet une reconnaissance et un levier de motivation. Il permet d'identifier les ressources au sein du personnel et d'adapter les emplois et compétences aux évolutions des activités et organisations des établissements. Ce développement des compétences passe-t-il par la formation ?

Le cadre en intégrant cette gestion dans ses missions, travaillera avec des tableaux de bord relatant les entrées, les sorties du personnel, la pyramide des âges, le taux d'absentéisme. Donc celle-ci est une gestion de terrain et non plus une gestion des ressources humaines purement administratives.

Le cadre de santé a un rôle primordial car il devra optimiser par un diagnostic quantitatif, qualitatif les compétences des agents du service, et en mesurer les écarts par rapport aux besoins de l'établissement. Ceci permet une vision plus large, plus prospective des emplois, des compétences visées.

En effet, cette gestion permet une meilleure maîtrise des coûts dans le plan de formation.

Existe-t-il un lien entre le projet professionnel visant une formation, l'encadrement par un manager et la gestion des compétences ?

Quel le rôle du cadre dans ce domaine ? Comment peut-il effectuer un accompagnement des professionnels de santé ?

Le cadre de santé doit ainsi favoriser l'émergence des projets professionnels de son équipe et les préparer aux évolutions de leurs métiers. Il favorise l'accès aux formations continues grâce au plan de formation de l'établissement, il doit repérer les compétences personnelles de chaque agent afin de mettre en œuvre un projet d'accompagnement pour une qualification supérieure mais avant tout, il doit être à l'écoute et guider ses agents vers une formation la plus adaptée à leur projet.

Une cadre d'un EHPAD territorial précise au sujet de cette thématique dans son établissement : *« par rapport aux retraites, tout ça je ne suis pas sûr, car la moyenne d'âge de l'équipe est assez jeune, 35- 40 ans, on est pas encore à ce niveau-là, par contre, euh... c'est vrai l'année passée, on a formé une aide-soignant pour être euh...ASG, par contre, c'est une de nos préoccupations de répondre en fonction de l'établissement si besoin, »* Cadre 1 ;

Une cadre d'EHPAD privé indique : *« oui, je gère en collaboration avec l'assistance de direction, la GPMC, pour la plan de formation, pour les formations internes, c'est moi qui le gère, pour la prévision des départs en retraite, je n'en ai pas encore, euh...voilà »* Cadre 2 ;

Si non un cadre d'un EHPAD associatif exprime la mise en place : *« oui, c'est pas moi qui gère, c'est monsieur X chef du personnel et Mme Y directrice des soins, qui sont allés en formation, c'est vraiment que depuis 2 ans, ont l'avait déjà fait un peu sans que cela s'appelle comme ça, mais justement ils sont allés en formation, suite à ça on retravaillé les fiches de postes, on a commencé pas mal de travail là-dessus, mais pareil les entretiens professionnels ont a commencé il y a 2 ans, avant on faisait que les entretiens d'évaluations, c'est une évolution aussi par rapport à cette gestion prévisionnelle, les entretiens professionnels*



*permettent de connaître aussi les souhaits en terme de formation, c'est quelque chose qui est mené par la DRH. » Cadre 6 ;*

Nous constatons que cette nouvelle gestion de ressources humaines et compétences se met en place.

Issu des cahiers hospitaliers, C. Gugast<sup>63</sup> indique : *« la direction des ressources humaines est parfois considérées comme le parent pauvre de la stratégie au sein des établissements publics de santé. Pourtant, adapter les pratiques de ressources humaines pour en faire de vrais déclencheurs de la stratégie de l'établissement est fondamental pour affirmer sa crédibilité d'acteur du collectif. »* Il semble important que le professionnel soit satisfait de son travail, il permet, il contribue à la qualité prodiguée auprès des patients.

Cette responsable précise : *« pouvoir positionner un agent au bon endroit, au bon moment, telle pourrait être la devise sous-jacente de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ».*

Donc quand on parle de gestion prévisionnelle, nous pouvons penser que la DRH (La Direction des Ressources Humaines), a comme mission la maîtrise des effectifs et par conséquent du budget. Il est donc nécessaire que c'est outil qu'est la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) soit une approche de ressources humaines, une gestion d'anticipation et préventive. Elle fait partie d'un support indispensable de la mise en œuvre du projet d'établissement. Elle vise à détecter et à résoudre en amont les questions relatives à l'évolution des métiers, des emplois et compétences. Il y a 3 triptyques, en 1<sup>er</sup>, il faut anticiper les souhaits de mobilité dans le cadre d'une évolution de carrière, puis en 2<sup>ème</sup>, il faut repérer les compétences susceptibles de mener à ces mobilités, et enfin diagnostiquer les besoins en formation pour accompagner ces mobilités.

Une cadre indique ainsi les moyens possible : *« (...) donc il y a les bilans de compétences qui sont réalisés avec ces agents qui sont en difficultés avec ces aides-soignantes, qui ont déjà le dos en compote ou qui ont d'autres pathologies, et euh....donc un bilan de compétence qui a été fait et moi, ici...sur l'EHPAD, j'ai 3 qui ont fait un bilan de compétence, 2 qui ont suivi une formation et une 3<sup>ème</sup> est en cours, justement pour ouvrir vers d'autre... en sachant que le retour n'est pas toujours facile parce que j'ai pas les postes, pas uniquement à l'EHPAD, nous n'avons pas les postes pour les réintégrer, c'est un peu compliqué, après sur les postes aménagés à l'EHPAD, moi, je suis toujours un peu restreint aussi, j'ai pas de poste d'accueil par exemple, où nous pourrait mettre quelqu'un de façon*

---

<sup>63</sup>C .Gugast Actualité n°280 juillet août 2011 consulté le 12 février 2017  
<http://www.cahiershospitaliers.com/>

*temporaire, j'ai, j'ai vraiment pas de poste, je dirais le seul poste «aménagé» que je pourrais offrir à un agent de façon ponctuelle ou en fonction définitive après avis de la médecine du travail, c'est le poste de hôtellerie, où je n'ai pas de manutention avec le résident néanmoins, il est pas facile non plus, c'est vrai qu'on est un petit bloqué, donc là on.. on travaillait sur le bilan de compétences, on voit un petit peu où les postes étiquetés aménagés, aménager sur l'ensemble de l'établissement, sur la taille de l'établissement fait aussi, qu'on est un peu contraint.(...) » Cadre 3*

Donc, nous le rencontrons, il est intéressant de présenter différents outils pour aider l'agent, dans son souhait d'évolution, dans ses difficultés rencontrées ou pour poser un diagnostic en besoin de formation.

Pour avoir des bonnes conditions de réussite à cet outil, il est nécessaire que la direction des ressources humaines soit impliquée ainsi que les managers et que les agents se responsabilisent, que leurs compétences potentielles puisse se développer tout au long de leur carrière, qu'ils montrent leur volonté de progresser, d'évolution dans leur savoir, savoir-faire, savoir être.

Au niveau des instances supérieures, au sein du chapitre 4 du manuel d'accréditation de l'Agence Nationale de l'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES) indique que « *tout établissement de santé doit mettre en œuvre une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.* » Les chapitres 7 et 8 précisent même que tout agent doit faire l'objet d'une gestion individuelle, personnalisée, où se retrouvent les entretiens individuels d'évaluation.

Depuis quelques années, des expérimentations ont lieu au sein de la Fonction Publique Hospitalière, sur le thème de l'entretien professionnel, selon le guide de l'ANFH (Association Nationale pour le Formation permanente du personnel Hospitalier) : « *il s'agit de placer l'évaluation au cœur du dispositif de reconnaissance des agents, le système actuel de notation est appelé à évoluer. Pour apprécier la valeur professionnelle des agents, les établissements hospitaliers peuvent désormais s'appuyer sur l'entretien professionnel. Instrument désormais incontournable de la gestion des métiers et des compétences, il est mené à partir des fiches métiers, de fiches de postes et fixe les objectifs* ».

Cet organisme insiste sur la reconnaissance salariale et la valorisation professionnelle, terme que nous avons vu précédemment.

Cette gestion a pour but d'être au service de l'établissement de santé, elle permet ainsi de rationaliser les ressources humaines, de formation et d'anticiper afin de prévoir pour maintenir et développer les compétences, les performances du personnel. Selon cette directrice adjointe, elle explique que : « *la GPMC permet donc d'animer une réflexion, de*

*construire des outils, d'accompagner l'utilisation de ses outils et de communiquer largement sur la stratégie RH de l'établissement. C'est ainsi que la DRH doit porter ce concept, diffuser, légitimer pour qu'il soit approprié par l'ensemble de la communauté hospitalière. » Elle précise que : « c'est-à-dire de pouvoir présenter la démarche comme un outil d'échange au sein du dialogue social. S'associant à des éléments de base du statut comme la notation et la formation, la GPMC est un sujet riche de sens avec les représentants du personnel, vecteur de communication de proximité dans les établissements. »*

Ainsi nous voyons que la DRH (Direction des Ressources Humaines) a un rôle essentiel dans cette nouvelle gestion, elle voit une évolution de ses missions, elle ne peut plus uniquement se contenter de l'élaboration de la paie, des carrières ou du recrutement.

Cette direction doit travailler en partenariat avec les cadres de santé, afin de maintenir les compétences des agents, pour permettre de se projeter vers le futur, de s'adapter, de se mobiliser. Une bonne connaissance des compétences, dont dispose l'établissement, permet d'anticiper une évolution en s'appuyant sur les leviers des ressources humaines que ce soit en formation, mobilité, recrutement, redéploiement.

Comme nous l'illustre cette cadre : *« ça se met en place, la DRH qui gère, alors là on est sur API, on est un petit établissement, on a des postes... aménagés, ou qu'on doit aménager, mais la taille de la structure fait qu'on a pas toujours les possibilités(...) API, c'est tout une, c'est un processus de... questionnement de remise au travail des personnes handicapées, sur l'handicap, je dirais que l'handicap n'est pas que le physique, il est à tous les niveaux, c'est de travailler, de réfléchir à l'aménagement d'un poste, c'est peut-être tout simplement une chaise de bureau, et après dans l'aménagement du poste complet ou le repositionnement donc API c'est un organisme, et on a ici une cadre qui est référente handicap sur l'établissement, elle est aussi dans, qui est avec la drh, la médecine du préventive et le concours de l'agent. »* Cadre 3 ;

Le rôle du manager, du cadre de santé est indispensable. Il doit reconnaître et utiliser les talents des agents afin que les patients puissent en bénéficier ainsi que l'institution, ou du moins donner envie aux agents d'aller plus loin. Le rôle du cadre n'est –il pas de « porter les équipes plus haut ».

Tout ceci est possible grâce aux évaluations des connaissances et des capacités de chacune par le biais des entretiens individuels.

L'ANFH, Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier au sein de la fonction publique hospitalière a édité un guide dans le cadre de la GMPC<sup>64</sup>. Ce guide précise qu' : « *avec le déploiement de la GMPC, le management des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière rejoint le modèle de la GPEC développé dans la fonction publique et dans les entreprises. Ainsi, il oriente aujourd'hui vers des démarches de long terme, à mettre en place et à faire vivre sur la durée.* »

Ce guide poursuit sa définition en précisant que : « *c'est un mode de gestion dynamique et préventive des ressources humaines... elle a notamment pour but, à partir d'un état de lieux de l'existant, d'anticiper les écarts entre les futurs besoins en compétences et les ressources disponibles puis de déterminer et planifier les ajustements.* »

Cet outil concilie les intérêts collectifs et individuels, en déployant ainsi le développement des compétences, il existe depuis quelques années la FPTLV : Formation Professionnel Tout au Long de la Vie, ce dispositif comprend le Droit Individuel à la Formation (DIF), Validation des acquis à l'expérience (VAE), période de professionnalisation lors des formations diplômantes, le développement personne continu (DPC). Tout ceci est au service de la GMPC, l'état a permis aux titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière grâce au décret du 2 août 2008 sur la FPTLV dans l'article 1<sup>65</sup> : « *d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrières, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.* »

Ce guide permet à ce que l'établissement puisse être orienté dans la mise en œuvre de cette démarche, il propose 8 étapes progressives. Cela passe principalement par la communication auprès des différents acteurs que sont le personnel, les partenaires sociaux. Il permet à la structure de se représenter les métiers présents, d'en connaître précisément le nombre, de voir les compétences disponibles et celles manquantes ou à renforcer. Il offre ainsi une « photographie » de l'établissement au niveau GRH. Il propose une anticipation sur les évolutions des métiers et les compétences.

---

<sup>64</sup> Guide pratique *la gestion prévisionnelle des métiers et compétences, comprendre, agir, s'équiper*, consulté le 03 février 2017

<http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/comprendre>

<sup>65</sup> Décret du 21 août 2008, article 1, consulté le 03 mars 2017, <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Les pouvoirs publics incitent aujourd'hui encore les établissements de santé à s'engager dans cette démarche de GMPC, comme nous l'avons vu précédemment des fonds publics ont été versés en 2007, mais également le 23 juin 2010, la DGOS<sup>66</sup>, dans son instruction précisait les objectifs, les critères et modalités d'attribution : « *Par le biais d'aides financières par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés( FMESPP), l'Etat encourage à mobiliser tous les leviers d'action de la gestion des ressources humaines dont la GMPC est un axe essentiel et à s'inscrire dans une logique prévisionnelle aujourd'hui nécessaire .* »

Donc il est nécessaire et favorable pour l'agent concerné que le cadre travaille en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines et la médecine préventive.

Une autre cadre évoque également : « *Alors c'est mis en place donc sur l'hôpital, c'est vrai, normalement, nous, donc le dossier commence à se faire et certains membres, certains professionnels font déjà partie de ça(...)* » Cadre 5 ;

Par contre une cadre d'EHPAD public mais non rattaché à un centre hospitalier affirmait : « *pas du tout* » Cadre 3 ;

C'est ainsi que suite à nos entretiens semi-directifs, nous nous sommes aperçus que seuls les EHPAD rattachés à un centre hospitalier, commencent à instaurer ce dispositif de GMPC, par contre les EHPAD territorial, public mais non rattaché à un centre hospitalier, ne l'ont pas, semblent il encore instauré.

---

<sup>66</sup> DGOS instruction du 23 juin 2010, consulté le 02 avril 2017, [www.social-sante.gouv.fr/fichiers/](http://www.social-sante.gouv.fr/fichiers/)

## Conclusion 1<sup>ère</sup> partie

Pour rappel, la problématique posée pour cette étude est formulée ainsi :

**« Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante vers un processus de professionnalisation dans un contexte d'évolution de pratique soignante en EHPAD ? »**

L'hypothèse générale est :

Le cadre de santé valorise les compétences des agents en EHPAD grâce à l'accompagnement individualisé.

La première hypothèse émise est la suivante :

Le cadre par son accompagnement doit favoriser un management des compétences, de coaching pour une gestion de carrières des équipes.

**Au regard de l'étude réalisée confrontée à l'analyse des entretiens semi-directifs conduits sur le terrain, nous validons cette hypothèse.**

Nous avons pu constater que les cadres accompagnent leur équipe, de façon individuelle. Ils essaient de valoriser leurs compétences et contribuent à leurs développements. Ils valorisent, ils prennent en compte leur spécificité de service. Cette valorisation est importante aux yeux des agents mais aussi des cadres.

Parfois, ils essaient de trouver auprès des nouveaux agents « des petits plus » qui permettront d'apporter une meilleure prise en soins auprès des résidents. Ils détectent auprès des professionnels ces compétences et les incitent ensuite à conforter celles-ci dans leur tâche quotidienne.

Le cadre, de par sa posture et sa prise de recul permet aux équipes d'avancer. Le supérieur hiérarchique utilise donc fréquemment le coaching, parfois de façon insidieuse, lors des entretiens individuels et lors des rencontres informels pour permettre aux agents de progresser dans leur travail.

A l'issue de cette étude de recherche confrontée à l'analyse des entretiens des professionnels, nous pouvons affirmer que le cadre est un manager par compétences. Il essaye d'associer, proximité, connaissance des agents à ses missions managériales au

quotidien. Le cadre a un rôle primordial dans la gestion des carrières des agents. Cette gestion permet aussi une valorisation professionnelle.

Ce professionnel de l'encadrement est un partenaire nécessaire et utile, il est un maillon de la chaîne entre la direction des ressources humaines et l'agent.

## **B Le cadre de santé par le management par le sens**



Le cadre de santé est donc un manager, il doit donner sens au travail qu'il réalise ainsi qu'auprès de son équipe. En générale, son équipe est composé de membres du personnel d'âges différents et formations, diplômes différents. Il a à cœur de permettre l'épanouissement, la sérénité du personnel dans leur travail au quotidien. Nous pouvons parler du management par le sens.

### **1. Sur le plan philosophique du mot sens**

Pour O.Vassal qui aborde le mot sens par la philosophie, il l'explique par <sup>67</sup>: « *la constitution du fondement de toute chose donnée. Le besoin que les personnes manifestent pour ce dernier correspond à leur désir, de saisir un « au-delà » des faits et des choses. Il y a sens lorsqu'il est possible de retrouver dans les actes et les choses du quotidien la présence et la marque d'un tout cohérent.* » Il expose 3 principes fondamentaux que suppose le sens, en premier, un principe d'identité, pouvoir se référer à une totalité, à un projet ; en deuxième, un principe de causalité, d'être en mesure d'expliquer, de relier, et de comprendre ; et enfin, un principe de cohérence ou de non-contradiction.

Les professionnels ont besoin de donner sens à leur travail, dans certains secteurs d'activité, le contexte économique actuel, génère un sentiment de peur, d'anxiété, certains salariés exécutent leurs tâches quotidiennes sans toujours réussir à les rattacher à la vision globale de l'entreprise. Le manager a un rôle important, essentiel à jouer dans la construction de donner ou redonner du sens à leur travail.

Nous pouvons parler ainsi que le manager donne ou redonne du « bon sens » au travail effectué par son équipe. Il en donne la signification, la direction. Il est nécessaire pour l'auteur : « *La dimensions du pourquoi, en conférant son sens au travail permet de mobiliser les compétences au bon moment dans un environnement de travail où l'autonomie est, par la force des choses, désormais la règle.* »

L'histoire des 3 tailleurs de pierre, d'un auteur inconnu, explique bien le mot sens :  
« *Il était une fois, trois hommes qui taillaient des pierres avec les mêmes outils, au même endroit et au même rythme...*

*Le premier travaillait presque mécaniquement et quand on lui demanda ce qu'il est en train de faire, il répondit étonné : « je taille une pierre ! Ça ne se voit pas ?*

---

<sup>67</sup> Vassal olivier « *Crise du sens, défis du management* » article de Cairn info, consulté le 03 mars 2017 <https://www.cairn.info>

*Non loin de lui, le second effectuait méthodiquement son travail. A la même demande, il expliqua calmement : je taille une pierre pour construire un mur.*

*Un peu plus loin, le troisième travaillait sa matière première avec ferveur, respect et délicatesse comme s'il s'agissait d'un joyau. Et lorsqu'on lui demanda ce qu'il faisait, il répondit avec enthousiasme : moi ? Je construis une cathédrale... »*

Il est donc nécessaire que le manager impose en effet de réaliser la cohérence entre le développement qu'on imagine et les valeurs que porte l'établissement. Ces valeurs permettent de gagner ou de renforcer l'adhésion du personnel face aux projets de la structure. Pour que les salariés puissent s'impliquer, ils ont besoin de « comprendre » et sont en générale en recherche de sens. Le travail du manager est d'indiquer à son équipe les actions à mener, de les contrôler dans les délais prévus. Pour cela il doit motiver son équipe, en abordant avec eux la manière de faire et la raison pour laquelle le travail doit être réalisé.

Le cadre étant « en dehors » du soin proprement dit, celui lui permet de prendre du recul, d'être moins « la tête dans le guidon » que son équipe, et d'avoir ainsi une vision plus globale à transmettre à son équipe qui est proche du patient.

Dans le secteur hors soins, N. Margotton<sup>68</sup> exprime : « *les dirigeants et les managers sont de plus en plus confrontés à des questions, des revendications dans l'application de leurs directives : pourquoi, et pour quoi ? Les salariés ne se contentent plus d'exécuter les obligations figurant dans leur contrat, leur fiche de poste, leur lettre de mission. Ils demandent à comprendre le contexte des décisions, à appréhender la stratégie des dirigeants et l'ambition de l'entreprise.* » Cela est synonyme que les salariés recherchent le sens de leur travail, il semble que cela soit plus impulsé par cette génération Y, et aussi à tous ceux qui sont « chercheurs de sens », avides d'information qu'ils retrouvent aisément grâce aux nouveaux outils numériques comme internet.

Elle poursuit donc : « *Si l'on veut vraiment, dans nos pratiques managériale, « donner du sens » à nos décisions, il en faut pas oublier le « sens » exact de l'expression. Donner du sens, ce n'est pas forcément « faire en sorte de faire accepter les directives », mais plutôt « faire en sorte de faire comprendre les directives pour les faire accepter et au besoin en faire prendre acte, selon les attentes de chacun.* »

Ainsi nous pouvons terminer par le fait que le cadre doit respecter le salarié, dans sa dimension individuelle, personnelle. Selon JM . Motta<sup>69</sup> : « Il devra ainsi faire coexister le projet individuel de chacun et le projet collectif ». L'encadrant sera en partenariat avec le

---

<sup>68</sup> Margoton N, *Management : donner du sens, c'est-à-dire ? L'entreprosope – l'entreprise en question*, consulté le 09 avril 2017 <http://www.lentreprosope.com>

<sup>69</sup> Motta JM. *Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'un-dividu » soignant* octobre 2003 consulté le 05 avril 2017 <http://www.cadredesante.com>

service des ressources humaines pour que nous puissions accompagner les membres du personnel dans leur parcours professionnel.

## **2. par le prendre soin**

Il semble que ce travail soit invisible comme le souligne P. Molinier<sup>70</sup> : « *ce travail invisible se voit avant tout quand il est raté ou qu'il n'est pas fait* ». Combien de soignants anticipent comme par exemple de mettre à disposition le téléphone, le verre d'eau remplie, l'appel malade auprès du patient dès que le soin est terminé ou une équipe soignante souligne auprès de leur cadre reprochant un travail mal exécuté, qu'elle leur reproche ce qui ne va pas mais jamais quand ça va bien.

Il apparaît que le *care* soit souvent plus féminin, selon C. Halpern<sup>71</sup> : « *les femmes occidentales des classes privilégiées délèguent bien souvent les tâches de soins à d'autres femmes.* » C'est ce que nous voyons dans les soins délégués par les infirmières aux aides-soignantes comme les toilettes.

Cela induit une relation interpersonnelle, de sujet à sujet.

Selon JP. Lehman<sup>72</sup>, le prendre soin revient tout d'abord à Donal Winnicott qui a défini le soin par *care* et le prendre soin par *take care*. Ce souci du soin a été prenant au début de sa pratique, où il travaillait dans le secteur de la pédiatrie jusqu'à la fin de ses jours.

Il utilisait le mot *cure* qui est assez proche en anglais de *care*, *cure* est plus basé sur la thérapeutique des maladies, la guérison de celles-ci, alors que le *care* est plus centré sur la personne, le malade et sur son intérêt. Winnicott dans une causerie en 1970 auprès des médecins et infirmières expliquait sa peur que la pratique médicale soit basée plus sur la gestion technique, sa réussite que sur le soin que le soignant prodigue au patient.

JP. Lehman cite les propos de Winnicott : « *Qu'est-ce que les gens attendent de nous, médecins, personnes soignantes ? Qu'attendons-nous, nous-mêmes, lorsque nous sommes immatures, malades ou vieux ? Ces états-immaturité, maladie, vieillesse-engendre la dépendance. Ce qu'on attend donc de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous. On nous demande d'être humainement fiables, on veut que cette fiabilité, cette possibilité de dépendre de nous, fasse partie de notre attitude générale.* »

Le « prendre soin » est aussi repris par W. Hesbeen<sup>73</sup> qui le définit par : « *cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* ». Il pose également que : « *le concept de prendre soin est comme une valeur, non comme une vérité.* »

---

<sup>70</sup> Molinier P : *Le care : ambivalences et indécences* Revue Sciences Humaines n°177 décembre 2006 p 36

<sup>71</sup> Halpern C : *L'ère du care*, Revue Sciences Humaines 2006 n°209 p 30

<sup>72</sup> Lehman jp : Ce que prendre soin peut signifier, le coq héron 2005/ n°180 p50-54

<sup>73</sup> Hesbeen W : *Prendre soin à l'hôpital* Edition Masson 1997 p8

Une valeur professionnelle qui fait partie des bagages du soignant, c'est le souhait de cet auteur : *« c'est-à-dire qu'il m'apparaît désirable que les professionnels de la santé inscrivent de plus en plus leurs actions et de leurs réflexions dans cette perspective. Ce désir dépasse donc largement le seul cadre de la profession infirmière. »*<sup>74</sup> N'est-ce pas le rôle du cadre de santé de fédérer l'équipe dans cette thématique ?

A la fin de ce livre, un témoignage d'une infirmière précise que<sup>75</sup> : *« le prendre soin de l'équipe c'est accorder une attention toute particulière aux personnes en formation... c'est s'inviter mutuellement à s'engager dans un processus de formation... »* L'équipe a cette force de pouvoir s'aider les uns et les autres au cours du travail au quotidien et plus particulièrement auprès des étudiants, des stagiaires de diverses formations. Le cadre doit renforcer cette dynamique au sein du service.

Une cadre exprime sa manière de faire auprès de ses collaborateurs au quotidien : *« j'espère que, euh...j'en prend soin au quotidien, (rires) quand je vous disais que je ne restais pas dans mon bureau, en effet, je ....vais les voir tous les jours dans les unités, euh...je pense que c'est ma manière à moi d'en prendre soin, si on veut qu'ils prennent soin des résidents, il faut alors prendre soin d'eux, oui c'est ça, le prendre soin de son équipe. »* Cadre 2 ;

et elle précise sa tactique auprès d'eux pour les aider :

*« euh...en leur proposant des formations dont ils ont besoin, c'est ...à moi à détecter au cours des évènements, des problèmes, des situations difficiles, je dois susciter en eux leur besoins, c'est pourquoi, je m'appuie beaucoup aussi auprès de l'équipe thérapeutique(...) c'est eux qui m'informe des difficultés des aides-soignantes, amp par exemple. Certains m'en parlent directement et d'autres n'osent pas encore, je pense...mais je suis là que depuis 4 mois... Par contre, je pense que je prends soin d'eux, de par mon attitude, ma disponibilité, euh...la porte de mon bureau est toujours ouverte, parfois même il met arriver de me faire « bouffer »... mais maintenant je fais plus attention à moi aussi »* Cadre 2 ;

L'attitude du cadre est importante envers son équipe, elle ne peut travailler seule, elle s'appuie sur son équipe thérapeutique par exemple ou des partenaires.

Une autre encadrante précise : *« (...), déjà la porte de mon bureau est toujours ouverte, on est relativement disponible même si on est très pris par d'autres choses ; présence aux transmissions le plus souvent possible, pour entendre ce qu'il se passe aussi bien auprès des résidents mais aussi avoir un peu la température du service, de l'équipe, sur le ressenti, nous faisons régulièrement des réunions de service, ( ... ) »* Cadre 3 ;

---

<sup>74</sup> Hesbeen W : *Prendre soin à l'hôpital* Edition Masson 1997 p8

<sup>75</sup> Ibid annexe 2 p172

Une autre professionnelle exprime son attitude et les conséquences que cela induit auprès des résidents: *« je pense, en tout cas ce que je l'espère, (rires) j'espère vraiment d'avoir cette attitude de bienveillance, du prendre soin de mes collaborateurs parce que car, si, moi, je ne prends pas soin d'eux comment peuvent-ils prendre soin aussi des résidents ».*Cadre 4 ;

Une autre cadre signale : *« ben, je pense que oui, alors comment je le fais, donc, déjà, je vous l'ai dit, beaucoup les valoriser, je participe, voilà, la pause-café systématiquement avec eux, et d'ailleurs ils le rendent bien, parce que je vois bien, qu'il ne vont pas m'oublier pour la pause, quoi, en disant bon ben, c'est la pause -café, euh... après nous, on est un EHPAD à échelle humaine aussi, ça, c'est important, je pense, un EHPAD 64 résidents, donc forcément, un personnel en conséquence, et donc c'est plus facile d'être plus proche d'eux, quand on n'en a 120, 150, voire, 200 lits, hein d'accord.. ça, j'en suis tout à fait consciente, ça c'est un peu le côté très agréable, et, on vit ça un peu comme une grande famille, comme je vous l'ai dit, il faut les choyer, petits cadeaux annuels régulièrement, euh... petit déjeuner régulièrement offert, voilà ça va être Pâques, donc ça va être petit chocolat, voilà, des petites intentions, donc qui sont autres que le boulot, par rapport à ça, systématiquement la galette au mois janvier, avec le docteur, toujours en compagnie, donc voilà, on fait des choses communes, et puis, donc pour qu'ils se sentent bien, parce que je pense que quand on s'y sent bien, euh...certaines compétences peuvent se développer beaucoup mieux, (...)*». Cadre 5 ;

Nous nous apercevons que les petits moments de plaisir, de bien être peuvent être facilement accessible et agréable pour les agents d'une équipe. Le prendre soin prend des formes différentes selon les lieux d'exercices. Il est laissé à l'appréciation du cadre, cadre qui impulse ce concept.

Mais parfois des difficultés pour prendre soin d'eux, voici ce que relate la cadre 6 : *« alors, on essaye de prendre soin de ses collaborateurs, bien sûr, après, euh... c'est pas toujours évident, euh... parce qu'on est nombreux, il y a des individualités, euh... les gens, n'ont pas, on doit faire plus à la majorité, et du coup, c'est compliqué, parce que rien que pour les horaires de travail, en travaillant 10 heures, y en a voudraient travailler en 7h , d'autres en 10h, donc on fait à la majorité, donc c'est compliqué, donc on essaye qu'y en a c'est compliqué de prendre soin d'eux, déjà leurs horaires de travail, ne leur correspondent déjà pas forcément, à ce qu'ils souhaitent, ça c'est donc compliqué, maintenant, c'est vrai aussi qu'on est un grand établissement(...) »*

La tâche semble plus complexe quand l'établissement est plus grand mais pas impossible malgré tout.

Cependant cette même cadre essaie : *« on travaille beaucoup sur le bien être des soignants car on se dit que s'ils euh... sont bien, nos résidents seront bien aussi et travailler dans un contexte de travail le mieux possible et le plus harmonieux, c'est toujours aidant et ça*

*favorise aussi la motivation des gens , donc, on essaye de prendre de soin d'eux au maximum, mais c'est pas toujours facile,(...) »*

Le prendre soin consiste aussi à intégrer les agents dans les nouveaux projets, à les impliquer : « *y en a beaucoup de choses qui sont mis en place, on les consulte, c'est-à-dire qu'on a des projets, comme là pour le futur projet, on leur a montré, on leur demande leur avis, on fait des sondages, quels sont leurs souhaits, qu'est-ce qu'ils ont envie de faire ? comment ils voient l'établissement ? ils choisissent les couleurs, ils sont vraiment intégré dans le projet, bien sûr on a toujours le rôle d'arbitre forcément, ils sont consulté régulièrement pour beaucoup de choses, les couleurs, le futur bâtiment, le mobilier, en fonction de ses missions comme les ergo ont été consultés pour les espaces snozelen, pour les fauteuils,(...) » Cadre 6 ;*

Le fait qu'ils étaient consultés montre aussi la reconnaissance de l'établissement : « *et voilà, on a fait des petites réunions, on a présenté les projets , on a présenté le matériel, ils ont été consulté pour les rails au plafond, ils ont testé pour les harnais, ils ont visité le futur établissement, le choix des noms des étages, y a un sondage qui circule, les horaires de travail pour l'autre côté, on a fait un sondage car les unités seront plus petites, bien sûr on arbitrera, cela permettra aussi une meilleure intégration, voilà on est consulté, c'est pas quelque chose qui tombe tout cuit, tout a été réfléchi avec eux, il y a eu des groupes de travail sur l'accompagnement sur les résidents, comme ils voyaient l'organisation du service, ça vraiment été travaillé avec eux, depuis plusieurs années les couleurs de la salle de soins, de la salle à manger, leur tenue vestimentaire pendant le repas, ils sont très en demande, ils aiment bien, ils s'organisent eux –même pour l'animation, ils ont une enveloppe budgétaire, à eux de prévoir, ils prennent beaucoup part à la vie de l'établissement. » poursuit la cadre 6*

Nous notons le fait que si le collaborateur est associé aux projets, il se sent donc acteur, considéré par l'institution, il sera certainement plus motivé et plus participant dans son travail au quotidien. La reconnaissance par l'employeur semble indispensable pour travailler en harmonie au quotidien. Le fait que la structure prend en soin ses collaborateurs permet également le bien être du résident.

### **3. Généralités sur la composition de la pyramide des âges au sein des EHPAD**

Mais parfois dans nos institutions, nous rencontrons des membres du personnel présent depuis de nombreuses années, depuis plus de 10 ans, certains sont experts dans leur domaine de compétences mais comment peuvent-ils s'assurer qu'ils peuvent encore prendre soin des patients au bout de ces années, comme le cadre peut-il s'en assurer ? Et leur permettre d'évolution, de faire évoluer leurs compétences ?

Dans de nombreuses EHPAD, nous constatons une diversité au sein de la pyramide des âges, lors d'une étude par la DREES<sup>76</sup> en 2011, la moyenne d'âge pour le personnel soignant et non soignant, c'est-à-dire les infirmiers, les aides-soignantes, les aides-médico-psychologique et les agents des services hospitaliers oscillait entre 40 et 41 ans, par contre, le personnel d'encadrement et plus précisément les cadres de santé apparaissait plus âgé, à savoir 48 ans.

Il semble que les jeunes professionnels travaillent plus dans les établissements de santé publics et privés. Dans la moitié des régions en France, le personnel soignant âgé de 50 à 60 ans représentent ainsi plus du quart des salariés âgé de 20 à 60 ans.

Selon un rapport parlementaire sur la gestion des âges de la vie dans la fonction publique<sup>77</sup>, un député annonçait : « *L'âge moyen de départ à la retraite est ainsi en 2010 de 59,3 ans chez les titulaires civils de la Fonction publique de l'Etat (FPE), 59,2 ans chez les titulaires de la Fonction publique territoriale (FPT) et 56,3 ans dans la Fonction publique hospitalière (FPH), pour un âge moyen de départ de 61,5 ans dans le secteur privé.* »

---

<sup>76</sup> Kranklager E, Minodier C, *Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé* DREES n°846 Juillet 2013 consulté le 04 avril 2017 [www.drees.social-sante.gouv.fr](http://www.drees.social-sante.gouv.fr)

<sup>77</sup> Brindeau P, *La gestion des âges de la vie dans la fonction publique : pour une administration moderne et efficace*, Rapport au Premier ministre, Assemblée Nationale, Janvier 2012, p 10-14, consulté le 06 avril 2017, [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

Dans le secteur privé, le rapport indique que : « *Les salariés de 50 ans et plus représentent 24,3% de l'emploi total en 2008, contre 20,5% en 2000.* »

Par contre, dans le secteur public : « *La part des 50 ans et plus représente, fin 2009, 32.3% des effectifs des titulaires civils dans la fonction publique de l'Etat, 32.6% dans la fonction publique territoriale et 27,5% dans la fonction publique hospitalière .* »

Ainsi une encadrant signale la présence en effet d'agent ayant de l'ancienneté : « *ah, oui, oui, il y a des aides-soignants, notamment qui sont des aides-soignants certains depuis 20 ans à l'EHPAD, oui, c'est leur choix de rester dans cet EHPAD effectivement, ouais.* »  
Cadre 4

Une autre cadre évoque la fait que certains agents restent de nombreuses années dans le même service avec la possibilité de changer de service s'ils le souhaitent : « *oui, c'est leur choix de rester ici, on a une bourse à l'emploi, on est peut être petit mais on a mis également une bourse à l'emploi, quand un poste qui se libère sur le SSR, sur la médecine, y a une bourse à l'emploi qui est faite, qui est affichée, y a peu d'agent de l'EHPAD qui postule, je suis toujours un peu surprise, de ces gens qui se disent, j'ai en marre, j'ai fait le tour de l'EHPAD et qui finalement ne postule pas, la peur de l'inconnu, c'est ce qui est un peu ici, euh...ce qui est un peu ici, qui m'interpelle par ce que, voilà, ils n'osent pas de faire le pas.* »  
Cadre 3

Une autre cadre aussi indique les possibilités qu'on les agents à changer de poste : « *c'est un moment, on a tel poste qui se crée, qui se libère, on voit les compétences, on se dit voilà, Untel, Untel qui pourrait correspondre au profil du poste, et on soumet à ces personnes- là, voilà, y en a qui sont de jour et qui veulent évoluer en nuit, on leur dit , voilà y un poste de nuit qui se libère(...)* Cadre 6

Nous constatons que des agents expriment le fait de vouloir changer de service, mais certains ne le font pas le pas. Nous pouvons nous interroger, est-ce la peur de l'inconnu ? Est-ce en lien avec l'âge de l'agent ?

Une autre cadre se soucie de l'évolution professionnelle des agents : « *je suis exigeant avec elle, dans le sens où... je veux, je veux qu'elles progressent, quoi, qu'elles restent pas sur euh...des acquis d'il y a 20 ans comme elles ont appris il y a 20 ans, je ne dis pas que les technique ne sont plus bonnes, mais en tout cas, elles ont évoluées et je pense que le biais de faire des formations, le fait d'aller voir un peu ailleurs ce qui se passe, c'est vachement important.* » Cadre 1



Et une professionnelle de l'encadrement propose des formations pour maintenir leurs compétences mais aussi intégration de ces agents dans des nouveaux projets de par leur expertise: *« donc la formation, en fait partie, bien sûr, et puis euh... de mettre en place de nouveaux projets, les inclure dans ces nouveaux projets, essayer de les faire participer un maximum et puis, euh...en fait la technique que j'utilise, c'est aussi de valoriser cette expérience, aux yeux des autres, mais, euh....c'est un peu compliqué, c'est un sacré challenge ça, il faut les valoriser mais sans en même temps écraser les autres, parce qu'il y a déjà d'emblée cette culture du, des anciennes contre les nouvelles, cette rivalité, et puis et ben...on a tous été nouveau dans une équipe, et c'est vrai que, euh...voilà, au début, on essaie de rester discret, ne pas imposer, donc accompagner ses nouvelles personnes mais en même temps, ne pas dénigrer les anciennes, les valoriser leurs expériences, sans en rajouter, voilà, c'est tout un, trouver un juste milieu. La transmission des connaissances se fait par les anciennes lors des soins, au cours des soins, parce que, euh... elles prodiguent plus des conseils, pour elles, c'est pas, je pense qu'elles n'ont pas conscience de ce transfert de compétences, à proprement parler, et euh... c'est vrai ça, c'est du conseil, c'est à valoriser ça. Leur place est toujours importante, exactement. »* Cadre 4 ;

Nous constatons que la valorisation est une technique, est un biais pour faire évoluer l'équipe notamment comprenant des agents plus jeunes et plus âgés. Le cadre valorise pas à pas, en douceur, sans brutalité, de façon harmonieuse l'ensemble de son équipe. Il doit trouver un juste milieu, un juste équilibre envers tous.

Une cadre évoque l'évolution favorable de carrières professionnelle pour certains agents présent depuis de nombreuses années : *« oui, y en a, qui sont arrivés ASH et on évolués vers AS en faisant des formations(...) »* Cadre 6 ;

Cette même cadre annonce les différentes possibilités d'évolution : *« après y en qui étaient AS et qui ont évolué vers des missions transversales, euh... y en a qui ont évolué sur référent rééducation ou animation dans l'étage,(...) responsable incontinence sur le suivi, par exemple, on a une aide-soignante, il y a quelques années qui en avait un petit marre des services et qui voulait voir autre chose mais rester dans la maison, y avait un poste en rééducation qui se libérait, on lui a proposé, elle est aide-soignante mais elle est avec l'équipe de rééducation, mais elle vient dans les étages pour aider les gens à marcher, proposer des bains thérapeutiques, elle est reste aide-soignante mais avec d'autres missions, on a des postes moins physiques comme à l'accueil de jour, l'UVA(...) »*

Par contre certains n'ont pas souhaité changer : *« (...) après d'autres restent, n'ont pas évolué soit par souhait personnel,( ...) »* poursuit la Cadre 6 ;

Tout cela demande une grande souplesse auprès du cadre, de la part de la Direction des Ressources Humaines afin d'adapter au cas par cas les postes aménagés pour les agents.

Nous constatons que les cadres sont soucieux du personnel, ils composent avec leur membre du personnel, ils prennent en compte la spécificité du secteur d'activité qu'est l'EHPAD. Ils essaient au mieux d'harmoniser l'équipe et leur proposent différentes solutions, des pratiques afin que le soignant s'y sente bien.

#### **4. par la mobilité et ses différentes formes**

Tout d'abord, reprenons une définition qui indique la notion de mouvement. Selon W. Iazykoff<sup>78</sup> c'est : « *l'instrument d'évolution, le mouvement est l'occasion d'entreprendre une réflexion renouvelée sur les valeurs de la vie au travail et hors travail, et par lui les individus sont placés en position de recherche, en perspective de développement personnel et professionnel dont l'entreprise ne peut que tirer des bénéfices.* » Nous pouvons donc comprendre que la mobilité facilite les relations humaines, les échanges entre les différents collaborateurs, agents au sein d'un établissement.

Les différentes mobilités sont possibles selon N. Raoult.<sup>79</sup> Elles sont au nombre de 3. Tout d'abord la mobilité professionnelle ou horizontale : « *elle correspond à un changement de métier ou d'emploi. Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il exerçait auparavant ou du moins de la même manière.* »

Puis la mobilité environnementale : « *elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé mutation. Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable.* »

Et enfin la mobilité verticale : « *il s'agit d'une promotion. C'est une immobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement de responsabilité. Elle est le plus souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualifications mais aussi par une augmentation de rémunération.* »

Certains précisent également cette mobilité<sup>80</sup> : « *mobilité importante, c'est –à-dire le changement de direction au sein de son administration, un déménagement ou changement*

---

78 Iazykoff W, issu d'un mémoire de cadre de santé de Ollivier P 2014-2015 p44

<sup>79</sup> Opsis : issu d'un mémoire p44-45

<sup>80</sup> Guide managérial : *Les mobilités : un levier de management?* Les cahiers de l'Observatoire Social Territoriale n°12 juin 2014 p26

*d'employeur public et la mobilité relative par le changement de poste, de fonction ou de métier avec une modification des missions, mais sans avoir changé de direction, déménagé ou changé d'employeur. »*

Une autre distinction peut être faite également entre la mobilité contrainte et volontaires, pour la 1<sup>ère</sup> : *« les reclassements ou les changements d'affectation pour raisons médicales. A cela s'ajoute le cas des agents dont le poste est supprimé et des agents réintégrant la collectivité après une longue absence (cas de reprises de travail après une affection de longue durée ou un congé parental). Pour la collectivité, un turn over trop rapide et non désiré peut être également considéré comme une mobilité subie ; et pour la 2<sup>ème</sup> mobilité : l'évolution professionnelle, rapprochement de conjoint (accrue avec l'augmentation de la bi-activité des couples), le désir d'exercer dans une autre région, l'opportunité pour intégrer une autre Fonction publique ou le secteur privé, besoin de changement) »<sup>81</sup>*

#### **4.1 Rappel législatif**

Aux termes de l'article 14 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi Le Pors<sup>82</sup> : *« l'accès des fonctionnaires de l'Etat, des fonctionnaires territoriaux et des fonctionnaires hospitaliers aux deux autres fonctions publiques, ainsi que leur mobilité au sein de chacune de ces trois fonctions publiques, constituent des garanties fondamentales de leur carrière. »* Ainsi ce principe contribue au respect et aux obligations du service public.

La loi suivante renforce la reconnaissance de la mobilité, elle permet même la mobilité interne d'une même fonction publique.

La loi n°2009-972 du 03 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique est donc un enjeu important de cette mobilité. L'ambition de cette loi est de permettre aux fonctionnaires des 3 fonctions publiques (territoriale, hospitalière, Etat) de changer de poste, de lieu, de fonction publique.

Par ailleurs, la fonction publique a créé un outil pour favoriser cette mobilité, la bourse interministérielle de l'emploi public et les bourses régionales, ceci permettant aux candidats de se positionner sur un poste.

---

<sup>81</sup> Ibid guide managerial p 26

<sup>82</sup> Ibid guide managerial p30

Selon le rapport parlementaire sur la gestion des âges de la vie dans la fonction publique<sup>83</sup>, un député relatait : « *Ce faisant, les chiffres de la mobilité restent modestes surtout en ce qui concerne la mobilité interministérielle, 0,6 % de fonctionnaires de l'Etat ont changé de ministère en 2008-2009, en tout 7,2 % des fonctionnaires de l'Etat n'exercent pas leur activité dans leur ministère d'origine, auxquels s'ajoutent 5,4 % de fonctionnaires affectés ou en position normale d'activité à la fin 2009. La mobilité reste structurée généralement autour d'une même administration ou direction générale, assurant une progression de carrière pour les plus motivés et talentueux. Ce dernier constat permet en tout cas de relativiser le cliché du fonctionnaire « immobile »*

Ce député proposait : « *La bourse interministérielle de l'emploi public (BIEP) pour la FPE et les bourses d'emplois de la FPT et FPH constituent des outils de facilitation de la mobilité des agents, en donnant accès aux fiches de postes des emplois vacants dans ses services. Ces outils d'information sont toutefois cloisonnés et ne permettent pas d'avoir une vision claire et précise de l'offre globale sur le marché de l'emploi public. Un portail de l'emploi transversal aux trois fonctions publiques offrirait une meilleure visibilité sur l'ensemble des emplois accessibles. Ce portail pourrait être enrichi d'un forum de discussion entre les agents. La page web pourrait également être l'occasion de la mise en place d'une rubrique « Observatoire des métiers de la Fonction publique ». Cette rubrique consisterait en une page d'information régulièrement actualisée sur la diversité des métiers existant dans la Fonction publique, ainsi que sur les possibles passerelles d'un métier à un autre. L'observatoire des métiers de la Fonction publique pourrait être placé auprès de la DGAFP (Direction Générale des Affaires de la Fonction Publique). »*

Dernièrement une ordonnance « mobilité » a été publiée. Selon G. Zignani de la Gazettes des communes<sup>84</sup> indiquait : « *Une ordonnance du 13 avril 2017 comporte diverses dispositions destinées à favoriser les mobilités des fonctionnaires concernant la structuration de certains corps et cadres d'emplois de la fonction publique et les obligations pesant sur les employeurs. Ainsi les corps et cadres d'emplois des fonctionnaires relevant de la même catégorie et appartenant à au moins deux fonctions publiques pourront être régis par des dispositions statutaires communes.*

*D'autre part, ce texte renforce l'obligation actuellement faite aux employeurs territoriaux d'assurer la publicité, auprès des centres des gestions ou du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT), des postes vacants ou susceptibles de l'être. Afin de favoriser l'accessibilité de cette information et de permettre à chaque agent d'identifier aisément les possibilités de mobilité ainsi offertes, il est prévu que les centres de gestion et le CNFPT rendent accessibles ces publications depuis un espace numérique commun aux administrations mentionnés à l'article 2 du titre 1<sup>er</sup> du statut général des fonctionnaires. »*

---

<sup>83</sup> Brindeau P, *La gestion des âges de la vie dans la fonction publique : pour une administration moderne et efficace*, Rapport pour le premier ministre, Assemblée Nationale, Janvier 2012 p 10-16 consulté le 04 avril 2017, [ladocumentationfrancaise.fr](http://ladocumentationfrancaise.fr)

<sup>84</sup> Zignagi .G *l'ordonnance « mobilité » publiée* consulté le 27 avril 2017 <http://www.lagazettedescommunes.com>

Ce texte législatif permettra peut-être d'améliorer la mobilité des agents de l'administration territoriale.

La mobilité est au cœur de la gestion des ressources humaines. Pour certains, comme le DGA (Directeur Générale Adjoint) d'une commune de plus de 100 000 habitants<sup>85</sup> : « *la mobilité, c'est avant tout un état d'esprit.* »

Qu'en nous parlons de mobilité cela engendre un changement de situation. Nous pouvons parler ainsi de mobilité géographique c'est-à-dire un changement de lieu d'exercice, de résidence par exemple. Pour la mobilité professionnelle ou fonctionnelle, cela signifie un changement d'emploi, de poste, de profession par exemple, et enfin la mobilité sectorielle ou structurelle, cela provoque un changement de secteur d'activité, de fonction publique.

L'ANAP<sup>86</sup> (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) parle : « *il faut être mobile pour s'adapter aux évolutions organisations, on peut classifier différents types de mobilités : individuelles, fonctionnelles, anticipées, choisies, géographique, contrainte, à chaud, horizontale, verticale, collective;* »

Cet organisme définit comme : « *l'évolution de l'emploi choisi par le personnel ou imposée par l'établissement, pouvant prendre plusieurs formes : la mobilité fonctionnelle correspond à un changement de poste, de métier ou de statut, avec ou sans promotion. Elle peut s'opérer à l'intérieur de l'établissement ou en dehors. Puis la mobilité géographique correspond à un changement de lieu, de travail imposant un déménagement du personnel.* »

Pour le manager, la mobilité est devenu un outil de management, en effet l'agent opère ainsi une montée en compétence s'il fait le choix de la mobilité. Il peut ainsi expérimenter de nouveaux cadres de travail, de nouvelles cultures professionnelles et montrait ainsi sa capacité d'adaptation. Un Directeur Générale Adjoint d'une collectivité mentionnait : « *La mobilité est un acte de management via la recherche du bien-être au travail* »

En lien avec les missions du cadre de santé, dans le document de travail du référentiel de compétences du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et de la Direction Générale de l'Offre de Soins, la compétence 4 précise que : « *identifier les évolutions professionnelles et les mobilités professionnelles possibles au regard d'un projet professionnel, d'anticiper et préparer les mobilités au sein de l'équipe.* » Les indicateurs et signes visibles à repérer chez les agents sont : « *les besoins liés aux mobilités au sein de l'équipe sont identifiés, les évolutions professionnels et les mobilités sont proposées en fonction des projets professionnels des membres de l'équipe et des besoins de la structure.* »

---

<sup>85</sup> Opsi guide managériale p22

<sup>86</sup> ANAP : Améliorer la gestion des ressources humaines, Evaluations professionnelle du personnel non médical Recueil de pratiques observées 2011 [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

## 4.2 Constat dans la Fonction Publique

Au niveau de la fonction territoriale, J R. Moreau, Président de l'Observatoire Sociale<sup>87</sup> indique : « *Des carrières plus longues à gérer et à anticiper, grâce aussi à l'espérance de vie plus grande, une dynamique de carrière à maintenir, l'agilité professionnelle des agents à développer : telles sont les questions liés au vieillissement et aux ressources humaines qui nous avaient interpellé en 2012. Quitter un poste usant ou simplement envisager sa carrière à long terme ne peut que soulever la question de la mobilité : changement géographique, d'employeur, de métier... l'agent territorial titulaire de son grade, fort de cette garantie, pourrait avoir une certaine assurance et facilité à changer de poste. Or au niveau géographique, les agents territoriaux sont les moins mobiles par rapport à leurs collègues de l'Etat et de l'Hospitalière. Seuls 1,9% ont changé de commune à fin 2012, contre 6% pour l'ensemble des agents des fonctions publiques. Malgré une employabilité sur la France entière, les territoriaux semblent plutôt casaniers.* »

Dans la fonction publique territoriale, issu du guide managérial citée précédemment, nous pouvons constater : « *en général les motivations pour une mobilité sont liées à l'âge, ainsi les moins de 30 ans ont des taux de mobilité supérieur à la moyenne d'âge alors que les plus de 50 ans ont une mobilité très restreinte et ceci pour des raisons qui tiennent tant aux agents eux-mêmes qu'aux employeurs.* » Nous pensons que les agents qui sont en fin de carrière sont moins enclins à quitter leur résidence principale, à déménager, à s'investir dans une nouvelle mission, un nouvel environnement. Toutefois les collectivités locales ne sont pas toujours favorables à recruter des seniors par crainte d'un manque d'adaptation au nouveau poste.

En effet une cadre de la fonction territoriale indique : « *ben si, moi, je suis pour, pour pousser les gens, jusqu'au bout, car comme l'auxiliaire, moi, je veux qu'elle passe aide-soignante, parce que je trouve qu'elle a vraiment sa place d'aide-soignante, après nous, c'est vrai que nous sommes la fonction publique territoriale, ça limite, je veux dire ,nous, on a plus de création de poste, toutes les créations de poste sont faite là aujourd'hui, après il faut renégocier et tout ça, mais je pense qu'ici au sein de notre établissement, je pense qu'on est au maximum de nos postes. La mobilité serait possible dans le milieu hospitalier mais c'est plus la même administration. Dans l'établissement, possibilité de passer auxiliaire à aide-soignante, à aide-soignante à infirmière mais aujourd'hui nos postes infirmiers sont pris, tout est pris, ça m'étonnerait qu'on des créations de postes.* » Cadre 1

---

<sup>87</sup>Guide managérial : *les mobilités, un levier de management ?* Les Cahiers de l'Observatoire Social Territorial n°12 juin 2014 p13

Les 13<sup>ème</sup> rencontres professionnelles de l'Ecole de la GRH, en novembre 2013, à Nantes se sont réunis sur le thème : « Mobilité tout au long de la carrière : parcours d'obstacles oui fleuve tranquille ? » Il y avait de nombreux représentants, professionnels de la RH des 3 fonctions publiques. Ils ont dressé un bilan assez décevant concernant la loi 2009. Car depuis les agents publics « bougent peu ». Ils semblent que de nombreux obstacles les en persuadent.

Dans un dossier : « Réussir sa mobilité dans la fonction publique » issu d'un site en ligne d'infos emplois public<sup>88</sup>, L. Damji en janvier 2014 évoque l'existence d'un rapport de l'administration (Inspection Générale des Finances, l'Inspection Générale de l'Administration, l'Inspection Générale des Affaires Sociales), celui-ci montre que cette loi n'a pas favorisé la mobilité des fonctionnaires surtout dans la fonction publique territoriale (0,5% des agents entre 2010 et 2011) et hospitalière (1,1%). L'auteur signale : « *Au sein de la fonction publique d'Etat, les fonctionnaires changent de poste (au moins 5% par an, jusqu'à plus de 10% dans les autres ministères) mais très peu d'employeur (moins de 1%)* ».

Toujours dans ce dossier, l'auteur indique : « *que les agents disent pourquoi -selon une enquête de BVA de juin 2013 citée par ce rapport, différentes raisons- qui sont autant de doléances exprimés par les agents-expliquent cette faible mobilité.* »

Nous voyons que cette enquête montre que l'obtention d'un nouveau poste n'est pas similaire de « promotion ». Ainsi 4 fonctionnaires sur 5 souhaitent évoluer au sein de la fonction publique et 4 sur 10 ont déjà connu une « mobilité importante ». Cependant les changements de poste sont effectués dans 8 cas sur 10. Mais la majorité n'engendre pas une évolution hiérarchique.

Dans le guide managérial, il précise que : « *Paradoxalement, nous avons énoncé antérieurement que la FPT était celle dont les agents sont les moins mobiles, par contre : la FPT est celle qui accueille le plus grand nombre d'agents des autres fonctions publiques (48,3% des mobilités se font en ce sens, notamment par les derniers transferts de personnel issus de la décentralisation). 79,9% des agents de la Fonction Publique d'Etat en mobilité inter-fonctions publiques sont allés vers la FPT. Il en va de même pour 72,7% des agents de la FPH.* »

Selon le magazine Capital Management cité dans le dossier écrit par L. Damji, dernièrement, un sondage Ifop est apparu : « *Il s'interroge sur la mobilité, la mobilité professionnelle n'est pas réservée aux jeunes générations. Il semble que la génération Y est plus apte à envisager une mobilité professionnelle.* » Nous découvrons ainsi que deux tiers des salariés interrogés estiment qu'ils changeront au moins 3 fois de métier durant leur

---

<sup>88</sup> Damji.L faible mobilité dans la fonction publique : ce qu'en pensent les agents /Dossier : Réussir sa mobilité dans la fonction publique (4/13) consulté le 24 avril 2017 <http://infos.emploipublic.fr/dossiers/changer-de-fonction-publique-la-mobilite>

carrière mais cependant ce constat montre que 44% des sondés jugent que ce changement de mobilité est risqué. La mobilité serait donc considérée comme un danger encore même auprès des jeunes générations.

Nous voyons bien que la mobilité est intéressante mais difficile à mettre en place les lieux d'exercice. Parfois la volonté de l'agent est présente mais les embûches sont semées par les différentes administrations.

### **4.3 Constat actuel de la mobilité**

Dans le secteur hospitalier, une étude de la DREES en avril 2002 a été faite sur la mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics. Elle relatait : « *En mars 2001, 587 000 professionnels de santé étaient salariés dans les établissements de santé. Une majorité d'infirmière y été représentée, 11% n'y travaillaient pas l'année précédente. Toutefois les flux de départs de l'hôpital public équilibrent globalement ceux des arrivées, y compris en ce qui concerne les échanges avec les autres secteurs.* »

Cette étude précise en plus qu' : « *Ainsi l'âge moyen d'entrée et de sortie de l'hôpital public augmente en fonction du niveau de qualification de profession, on distingue ainsi 3 profils de mobilité : les agents de service hospitaliers sont proportionnellement plus nombreux à arriver chaque année de l'extérieur entre 20 et 24 ans et partent avant 35 ans , puis les aides-soignantes, infirmiers, sage -femmes et profession de rééducation ont l'âge moyen au recrutement s'étale de 20- 29 ans, partent vers 40 ans alors que les médecins, pharmaciens arrivent vers 30 ans après leurs études et quittent vers 42 ans.* »

Elle informe sur le type de structures où partent les agents : « *Concernant les départs des agents, l'âge moyen de sortie du secteur public hospitalier est plus élevé chez les aides-soignantes, les infirmiers que chez les agents des services hospitaliers. En effet ceux qui quittent les établissements sanitaires publics, partent vers le secteur privé ou médico-social, ils sont dans c'est cas-là plus jeunes.* »

Nous ne parlons pas ici des départs de mobilité envers un départ en retraite.

### **4.4 La peur du changement**

La résistante au changement serait-elle due à l'attachement du personnel à son équipe, à la fidélisation, la stabilité de la carrière et au développement d'une expertise sur un poste occupait depuis de nombreuses années ?



Lors de la construction d'un projet professionnel, il provoque pour certain un vrai chamboulement, il offre ainsi au salarié un puissant levier de changement. Il est important de faire le point sur soi, ses atouts, ses compétences, ses aspirations. Cela entraîne une culture positive au changement. I. Lesage<sup>89</sup> indique que : « *Penser l'avenir non comme un danger ou un surplus de travail mais comme une opportunité intéressante et favorable pour les patients comme pour les professionnels. L'auteur propose que « C'est sur le terrain, au plus proche des équipes, que se joueront in fine, grâce à un management participatif. »*

Nous retrouvons ici le rôle du cadre dans le domaine du management participatif plus particulièrement. Il écoute ses collaborateurs afin de comprendre leurs désirs, leurs souhaits, leurs craintes.

#### **4.5 Freins plus particulièrement dans les EHPAD**

Issu d'un dossier de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)<sup>90</sup> sur les conditions de travail en EHPAD, les auteurs montrent : « *La revendication par les professionnels de la distinction entre prise en charge médico-sociale et sanitaire s'illustre également dans le relativement faible nombre de trajectoires de mobilité professionnelle entre EHPAD et hôpital. Les soignants exerçant en EHPAD peuvent avoir le sentiment que le secteur hospitalier reste rétif à l'idée d'intégrer ou de recruter des soignants issus du médico-social, celui-ci considérant (selon les professionnels d'EHPAD) que les soignants d'EHPAD seraient réputés peu techniques ou performants. Face à ces considérations, avérées ou non, les soignants en EHPAD sont nombreux à se défendre de vouloir intégrer un service de soin classique. Là encore, les arguments opposants secteur sanitaire et secteur médico-social sont mobilisés par les professionnels, sans qu'on puisse déterminer s'il s'agit d'une défense face au rejet dont ils seraient l'objet de la part de l'hôpital ou d'un véritable choix.*

*Ce choix est à nuancer pour les infirmiers. En effet compte tenu du contexte concurrentiel de l'exercice infirmier, l'affectation en EHPAD peut être subie plutôt que choisie notamment pour un premier poste. Dans ces situations, la mobilité est plus fréquemment souhaitée par les professionnels, notamment [les plus jeunes]*»

Comme nous le confirme ensuite, la représentation, l'image de l'EHPAD véhicule encore des craintes sur les compétences de ces professionnels.

---

<sup>89</sup> Lesage I. *Le changement, danger ou opportunité*. Soins Cadres Février 2016. Edition Masson.p16

<sup>90</sup> Marquier R, Vroylandt T, *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficile par du personnel très engagés* Les dossiers de la DREES n°5 septembre 2016, p11-12 consulté le 20 avril 2017 [drees.social-santé.gouv.fr](http://drees.social-santé.gouv.fr)

#### 4.5.1 Causes de ces freins

Mais parfois au sein d'un même établissement, des préjugés sont rencontrés pour accéder à la mobilité, une autre cadre du secteur public rattaché à un hôpital énonce : *« J'y suis complètement favorable à la mobilité, surtout, d'envoyer nos agents ailleurs, pour ici, c'est un peu restreint puisqu' on a un accueil des soins non programmés, donc euh... c'est pas les urgences, néanmoins, on reçoit des situations d'urgence, elles sont toutes relatives, euh...c'est de les envoyer en médecine, mais ce qui serait aussi bien pour nous, c'est de recevoir des gens ici, car il y a encore une rivalité, qui est encore tenace : « moi je travaille aux urgences, moi, je travaille en médecine », l'EHPAD, ils savent pas travailler, ils savent pas prendre en soin, ils savent pas ci, ils savent pas là ! Nous on le fait pas de façon formaliser mais petit établissement, euh...avec de l'absentéisme comme partout, on se dépanne, on se dépanne, moi, j'ai des professionnels du SSR qui viennent ici, qui sont des anciens de la gériatrie d'ici, j'ai des professionnels de médecine qui viennent ici, souvent , on n'envoie aussi pour dépanner, mais on essaie nous tout doucement de développer cette mobilité dans l'établissement, mobilité interne, donc je dirais, on apprend à mieux se connaître, et on apprend les difficultés de chacun et que la personne âgée c'est pas simple et que la personne âgée...et puis après, on a la médecine qui nous appelle, en nous disant, tient on a quelqu'un de chez vous, c'est bien de venir nous montrer, comment vous faisiez, c'est pas mal. Nous on reçoit des gens de médecine, c'est pareil, on va appeler, tient il était comme ça ? comme ça ?chez nous il était comme ça,(...) » Cadre 3 ;*

Une cadre du secteur public :*« je suis très favorable à la mobilité, mais il y a des freins à cette mobilité, parce qu'il y a premièrement, les représentations qu'ont les équipes des autres services, c'est-à-dire que, par exemple les soignants de l'EHPAD, je vais parler que les aides-soignantes parce que les infirmiers ,eux, travaillent sur les 2 unités, donc par exemple les aides-soignants de l'EHPAD, parce qu'ils pensent vont s'ennuyer dans l'Unité de Vie Alzheimer, que le rythme n'est pas le même, ce qui est tout à fait vrai et qu'ils n'auront peut-être pas forcément la patience de supporter parce que la fatigue psychologique est plus importante qu'en EHPAD,( ...) Cadre 4*

Les freins peuvent être liés aussi à la taille de l'établissement, plus il est petit, moins « le marché de l'emploi » interne est important, et inversement. Mais pour certains, la mobilité interne est intéressante, il permet d'apporter « du sang neuf » dans un service et de bénéficier ainsi de leurs nouvelles compétences. Le rôle du cadre est primordial dans cette thématique.

Une encadrante énonce: *«(...) au départ, on a eu énormément de freins, et sur la longueur, y a en qui se sont dit, finalement ils avaient peut-être des a priori sur l'étage, un peu comme partout, y a des étages qui fonctionnent plus ou moins bien, et du coup, ah, je vais là, ça va mal se passer, ah je vais là, oui, je vais retrouver une collègue, voilà, il y a beaucoup de freins par rapport à ça ; justement avec le nouveau bâtiment, ça va être plus compliqué, ils ont très peur, comme c'est des plus petites unités, c'est une crainte qu'ils ont que les équipes soient séparées, que de ne plus être avec ses collègues de travail. Au niveau infirmier, on a frein entre l'EHPAD de M et ici, parce que c'est pas du tout pareil, les unités sont plus petites, c'est pas du tout la même organisation, les ambiances sont différentes, après on a aura plus le problème avec le nouveau bâtiment. »*Cadre 6 ;

La perception de cette mobilité professionnelle n'est pas toujours bien perçue par ses collaborateurs, nous pouvons cependant y trouver un élément positif dans un parcours professionnel.

Elle est même parfois ressentie comme une sanction, un élément perturbateur , c'est ce que nous explique la Cadre 6: *« Oui on a des résistances, l'ensemble des soignants, on a pu tester, euh... il y a quelques années, les agents n'étaient pas à 35h, c'était des gens qui travaillaient mi-temps, 22h , 31h30 maximum, à part les infirmières, au fur et à mesure, mais suite aux souhaits des salariés et de la direction , une volonté a été de monter tout le monde à 35h mais à effectif constant, donc suite aux démissions, au départs en retraite, au lieu de dire qu'on va embaucher une personne, on va répartir sur les autres personnes pour monter progressivement à 35h, on a mis 4 -5 ans à le faire, en 1 an, y en a qui ont voulu rester à leur temps de travail initial, mais ce qui fait que cela a généré des changements d'étages pour pouvoir équilibrer les ETP(Equivalent Temps Plein) un peu partout et là ça été très compliqué parce qu'ils sont attachés à leur étage, c'est un confort pour eux, ils sont attachés à leurs étages, à leurs collègues de travail, ils ont un fonctionnement d'équipe, ils se connaissent les uns et les autres, ils savent comment ils travaillent, c'est plus facile pour eux, euh... ils sont habitués aux résidents, à leurs habitudes de vie, on a senti qu'effectivement, le fait de rééquilibrer les étages, il y avait de la réticence et c'était mal vécu, pour eux, ils pensaient que toujours c'était une punition, pourquoi moi, je change d'étage et pas ma collègue, il y a eu un frein(...)*

#### **4.5.2 Conséquence pour les résidents**

Parfois compliqué également pour les résidents : *« c'est en terme d'adaptation plus au niveau des collègues de travail et de résidents, sauf que pour nous, ici, on estime, que plus... de résident connaît le personnel qui travaille auprès de lui, plus c'est facile, donc on évite de trop mobiliser les gens entre étage, y a des dépannages qui se font en fonction d'absence, mais d'emblée c'est pas quelque chose qu'on pratique, on préfère laisser les gens*

*où ils travaillent, les résidents se sentent en sécurité, ils se sentent rassurés avec toujours les mêmes têtes, ça génère (...) » Cadre 6 ;*

Donc nous pouvons comprendre que cela n'est pas judicieux de changer les agents de service régulièrement, cela entraîne des troubles du comportement auprès des résidents.

#### **4.6 Propositions apportées au niveau général**

Le rapport mentionné précédemment propose donc plusieurs recommandations pour permettre une mobilité pour aisée : *« Le scénario de base- préalable indispensable, propose une meilleure gestion des ressources humaines, avec le développement de la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEC) dans les 3 fonctions publiques, l'amélioration de la publication des postes vacants, un soin plus grand apporté au suivi de l'employabilité des agents, une personnalisation accrue du processus d'affectation.*

*Puis le scénario du territoire- il s'agit ensuite de favoriser la mobilité au niveau local. Les mutations régionales et infrarégionales seraient partiellement prioritaires sur les mouvements nationaux. Quatre variantes sont proposées : Une application au seul périmètre de la Réforme de l'administration territoriale, l'extension du dispositif aux fonctions équivalentes « des ministères à réseau », la limitation de la priorité aux seules structures en sureffectifs et enfin l'extension du dispositif aux 3 fonctions publiques.*

*La proportion de postes offerts en priorité aux mutations locales est fonction de la variante retenue et des situations locales.*

Comme l'explique une cadre : *« Par le biais par la BE, (Bourse à l'Emploi) quand il y a un poste dans un autre service, on sollicite surtout, nos CDD, nos CDD, quand un poste qui se profile en chirurgie, au bloc opératoire, surtout pour les CDD afin qu'ils obtiennent un poste pérenne forcément et euh...ou pour les agents qui ne sentent pas très bien chez nous, donc, je dis que c'est le moment d'aller voir ailleurs par ce biais- là, je dirais, oui, dans ce cas -là, c'est moi qui fait le bilan de ses compétences en gros, avec la personne en lui disant, euh, (...) Cadre 5*

*Le scénario des statuts- la mission propose des leviers conciliant l'intérêt du service et celui des agents. Il introduit des obligations de durée minimale et/ ou maximales sur un poste. Ces obligations peuvent être inscrites dans les statuts des corps. Elles peuvent également faire l'objet d'engagements individuels quasi contractuels notamment pour les zones souffrant d'un déficit d'attractivité, ou être négociées collectivement.*

*Le scénario des métiers-Tirant les conséquences de la proximité de certains métiers transverses (RH, logistique, immobilier...). Il vise au développement conjoint de leur professionnalisation et de la mobilité interemployeurs. Dans ce scénario, les répertoires des métiers des 3 fonctions publiques doivent converger, et des formations communes aux métiers transverses être développées. De manière plus ambitieuse, il pourra être envisagé de créer, à terme, des corps interministériels et des cadres d'emploi spécifiques pour ces fonctions transverses. »*

Cependant un agent qui est favorable à la mobilité, peut être motivé par un désir d'amélioration. Cela peut passer par une meilleure rémunération, un cadre de vie différent, des conditions de travail plus optimal, des relations avec sa hiérarchie et ses collaborateurs plus aisés par exemple. Ces différents paramètres peuvent rentrer en jeu pour décider l'agent à être mobile.

#### **4.7 Propositions locales**

Des solutions semblent être possibles dans les établissements selon les lieux d'exercice.

Une cadre du secteur public expliquait les difficultés possible et les mobilités internes, interservices sur un petit établissement : *« alors, non effectivement, la mobilité des agents interservices puisque comme nous sommes un établissement autonome, malheureusement, ben, les compétences ne peuvent pas venir d'un autre service ou partir vers un autre service , euh, donc le transfert ne se fait pas à ce niveau-là mais se fait interservice dans l'EHPAD et en l'occurrence, chez nous, dans notre établissement, cela se passe entre l'Unité de Vie Alzheimer et l'EHPAD, certains ont des formations ASG, cela permet qu'elles transmettent auprès des aides-soignantes en EHPAD. »* Cadre 4 ;

Une autre professionnelle de l'encadrement évoque sa situation personnelle : *« bon moi je l'ai connu, je parle de mon expérience, parce que j'avais envie de changer, j'aimais bien ce que je faisais, c'est tellement agréable, de , se contenter, de ce qu'on a et de se dire, je suis compétente dans ce domaine -là mais je ne sais pas si je serais compétente dans un autre domaine, la peur du changement , quoi, du coup, on veut pas se lancer et donc, euh(...) »* Cadre 5 ;

Une cadre apporte l'expérience récente de son établissement : *« (...) par le biais de notre cadre sup en gériatrie, c'est partie de gériatrie et ça va se voir une, une ...je dirais une uniformisation dans tout l'hôpital, c'est ce qu'on appelle, le ....euh...voilà que je l'ai*

*oublié.... en fait la personne demande à aller faire 2- 3 mois dans un autre service pour voir, euh, donc.... On l'appelle cela un MID : Mise en Immersion à Durée déterminée, voilà, c'est une immersion dans le nouveau service, voilà d'accord, de manière de déterminer, 3 mois pas plus, ils reviennent chez eux, et ils attendent la BE si c'est leur plaisir mais au moins, mais ils voient s'ils ont les compétences donc dans un autre service, là, j'ai en eu régulièrement, j'ai eu une personne qui est partie faire un MID, puisque ça marche bien ça, le MID par contre, pour aller voir ailleurs ce qui se passe, donc euh..., j'ai eu une personne qui a fait un MID dans un service de court séjour gériatrique, dans un service de gériatrie mais beaucoup plus technique, et après j'ai eu une personne qui a fait un MID dans le monde du handicap, parce que, voilà, l'envie de changer, d'évoluer dans sa carrière, ceux sont des anciennes, c'est jamais les ... souvent c'est les anciennes qui ont fait cette démarche, de partir, euh...partir pendant 3 mois dans un autre service, pour découvrir le métier, mais ils reviennent systématiquement, leurs collègues sont contentes de les revoir revenir,(...)*

*Suite au retour de l'agent, la cadre réalise : « forcément, moi, je fais, je fais une petite évaluation de leur MID en gros, alors, y a une vraie évaluation qui est faite par notre cadre sup, parce que, pour savoir comme ça s'est passé etc...avec le cadre de l'autre côté et nous quand elles reviennent, euh... systématiquement, on fait une évaluation pour savoir s'ils sont pas trop malheureux de revenir non plus, ça c'est le contrat de départ, mais, parce qu'ils faut attendre la place, si, sont vraiment intéressés, donc, c'est très intéressant, ça c'est un outil mis en place depuis une petite année, c'est très récent.(...) » Cadre5*

Ce dispositif du MID serait-il une solution pour inciter les agents à être mobiles, à lever à la crainte qu'ils ont de quitter un service ? A les rassurer avant de partir définitivement de leur service ? Nous pensons que cela contribue certainement à faciliter, accompagner le changement, de façon plus aisé, plus apaisé.

*Cette professionnelle évoque aussi la possibilité de mobilité par : « Peut-être un projet de mobilité avec les EHPAD de l'Université où là il y aura des mobilités entre les professionnels. Par contre les mobilités sont plus acquises chez les jeunes en CDD, même s'ils si disent que c'est difficile, ils n'ont pas les mêmes états d'esprit, alors que les plus anciens, sur les titulaires, les CDI, il y a un frein. » Cadre 6*

Cette dernière cadre évoque la facilité pour certains d'entre eux de quitter un poste par rapport à d'autres.

## 4.8 Intérêt de la mobilité

### 4.8.1 La disponibilité

Une cadre du secteur territorial, expliquait le bénéfice ressenti suite à une mobilité désirée par 2 de ces agents : *« on a eu aussi 2 agents qui avaient demandé leur disponibilité, ils sont revenus, là aussi cela est possible, aussi... une était parti en clinique, carrément différent, et l'autre, à l'hôpital, ils sont revenus, quoi... à leur demande. Je l'ai trouvé beaucoup plus motivé à leur retour et puis... beaucoup ...moins exigeante avec l'établissement. En tout cas, elles ont transmis leur...pas leur savoir technique, car c'est acquis, c'est plus dans le sens que l'herbe n'est pas plus verte qu'ailleurs, il y a d'autant de contrainte voir plus dans l'autre établissement, que ce soit des contrainte financières, ou de personnel, d'horaires, donc cela a diminué un peu les exigences, donc cela a eu une répercussion au sein de l'établissement »* Cadre 1 ;

L'expérience de la disponibilité a été semble- t-il bien vécu, le fait de connaître un autre secteur d'activité à contribuer à ce que ces agents soient un peu différents, moins dans les revendications, à leur retour dans leur service initial.

### 4.8.2 Le cas de la mobilité forcée

Par contre la mobilité imposée, forcée n'est pas souhaitée : *« Non, c'est pas ça le problème. Alors, je dirais qu'en tant que cadre de l'établissement, c'est-à-dire du service, du centre hospitalier S.C, je dirais oui je suis pour la mobilité, mais foncièrement je suis contre parce que, là, je trouve pour le coup, faire partir des gens ou les échanger régulièrement, d'une part, ça ramène toujours du nouveau personnel à former, eux-mêmes, ils partent, surtout quand c'est pas à leur demande, on est dans cette figure- là, c'est toujours très difficile d'insérer une autre équipe qui n'ont pas la même organisation, qui n'ont pas peut-être la même philosophie du soin, donc, ce qui fait que, l'uniformité, je sais que nous en terme de qualité, l'hôpital gère, voudrait que ce soit uniforme dans tous les secteurs de gériatrie EHPAD, en l'occurrence, mais, on sait que c'est pas vrai, et c'est un peu utopique quoi, et donc du coup, on ne se rattache pas au fait que si on a un personnel motivé de par son appartenance(...) »* Cadre 5 ;

Et elle rajoute : « voilà, mais quand je les sens bien, ça me fait mal de les voir partir, dans le sens où je me dis, on peut les détruire, quoi, dans ce sens- là, faut vraiment le faire avec beaucoup de tact, il faut bien les accompagner, il faut pas que ce soit des décisions arbitraires, et donc parce que les changements qui se sont passés ben, heureusement, ça c'est toujours bien passés, car il y a eu des changements imposés, et pas seulement voulu, hiérarchiquement, voilà, budgétairement, les infirmières sont passés d'office à 12h, ça a fait 2 ans le mois mars, donc qui fait que c'était pour reprendre une infirmière forcément, qui voulait partir ? Personne, donc là a vécu des moments difficiles et douloureux, donc le choix a été très compliqué(...) »

Nous percevons le facteur humain, facteur important qui rentre enjeu dans cette mobilité forcée. Les difficultés quand les décisions sont imposées, sans concertation possible.

#### **4.8.3 Les risques à rester dans un même service**

Par contre, le fait de rester longtemps dans le même lieu, engendre des tensions : « il faut changer, il faut changer, régulièrement de service, parce que sinon on n'habitue trop, oui, c'est vrai, y a les mais ... y a les extrêmes dans les 2 sens, je veux dire, parce qu'effectivement moi, je me rend compte quand on devient trop attaché à une structure, c'est très difficile de faire bouger les choses, ça, je suis tout à fait honnête, donc je suis très contente du sang neuf qui arrive mais euh...je comprends très bien la difficulté de repartir ailleurs, que déjà nos projets ne sont pas terminés, qu'on n'a pas amené à bien notre mission, qu'on n'a pas fait le tour en fait, tout comme pour le cadre, tout comme pour les infirmières, ou pour les aides-soignantes, donc bien sûr, le piège c'est que ça devient trop... familier parce qu'on se connaît très bien et ça c'est un piège, et je leur dis, par contre, je leur dis régulièrement, on se connaît trop car y a pu rien qui passe à la trappe et aussi bien eux envers moi et moi envers eux, ça c'est vraiment dans les 2 sens parce que j'ai dit dès fois, d'aller voir ailleurs, ça fait du bien... ça fait du bien pour plein de choses, parce que dès fois on croit que l'herbe est plus verte à côté tout simplement, même si on se sent bien dans un établissement, on pense qu'à côté c'est toujours mieux, que oui, c'est pas normal que, etc...etc...pas de problèmes, quand des fois, ça dépasse un peu les limites justement de l'entendement,(...) »

Le fait de rester longtemps dans le même service entraîne une « certaine accoutumance », les agents ne sont plus dans la réserve, dans la retenue. Nous voyons en effet que le cadre doit avoir une posture adaptée à son statut d'encadrement. Il est nécessaire de savoir « dire les choses » à ces agents quand cela dépasse le politiquement correcte.



#### 4.8.4 L'évolution favorable

Néanmoins, nous constatons que les mentalités changent un peu, c'est ce que nous confirme cette encadrante : *« je crois que les soignants commencent un petit peu plus, je pense... je vous dit on a fait des mutations sur la médecine, en SSR, ils se connaissent, progressivement, on apprend à se connaître, je pense aussi que c'est la politique de l'encadrement, on est pas nombreuse, en tant que cadre, y a un cadre en SSR, un cadre sur la médecine, et ensuite, un cadre sur la radio et les urgences, après on a des infirmières référentes, si on ne s'entend pas nous au sein de cette équipe, on est pas nombreuse, automatiquement, il faut qu'on s'entende pour faire fonctionner le système. »* Cadre 3 ;

Le fait que certains ont franchis le pas de la mobilité, nous pensons que cela permet aux autres agents de suivre, de s'épanouir, de s'ouvrir vers d'autres compétences. En effet, une même politique d'encadrement au sein du même établissement est essentielle pour le bien-être de l'agent et la mobilité.

#### 4.8.5 Les cadres y sont favorables

En général les cadres sont favorables à la mobilité, mais parfois cela est complexe à mettre en place en fonction du lieu d'activité, ainsi une cadre dans le secteur privé explique : *« j'y suis favorable, en effet, elle peut permettre de développer leurs compétences, j'en suis convaincue, euh... regardez- moi, j'ai changé souvent de services en tant qu'infirmière et... cadre, pour moi, c'est indispensable... mais ici, ils ne peuvent que partir vers l'hôpital ou autre EHPAD... j'entends parfois, certains se plaindre et dire qu'ils vont partir mais, euh... depuis que je suis ici, aucun n'est parti même ceux qui habitent loin. »* Cadre 2 ;

et cette même professionnelle poursuit en indiquant les freins possibles : *« pour les freins à la mobilité, je pense que c'est le manque de diplôme, comme les AVS, c'est plus difficile pour eux de trouver ailleurs, mais pour l'instant, aucun membre du personnel ne part, ou du moins, j'en ai pas encore conscience (rires) ou euh... pas encore au courant (rires) ; j'espère que je le saurais à temps ! »* Cadre 2 ;

Parfois c'est le cadre qui suscite ce changement, ce départ cette mobilité : *« mais que j'ai peut-être connu depuis 2010, en changement volontaire, euh... d'aides-soignants et encore volontaire, oui, de leur part, mais bien amené, je dirais par moi, en disant que c'est bien d'aller voir ailleurs, là pour le coup, c'était des anciens mais avec des compétences qui ne convenaient pas forcément aux résidents de l'EHPAD, donc là du coup, allez, je vais dire 2-3, départs, qui ont voulu quitter W à cause de ça, mais sinon... »* Cadre 5 ;

Nous voyons ici que le rôle du cadre est prépondérant, il peut inciter les agents à quitter le service, à afin de développer leurs compétences différemment.

#### 4.8.6 Retour positif lors de la mobilité

Une cadre mentionne l'intérêt : *« et en fait, le fait de les mobiliser entre les 2 unités, ça permet de leur faire prendre conscience de ceux qu'ils valent et de se rendre compte que, si, d'aller travailler en Unité de Vie Alzheimer, c'est vrai aussi, j'y arrive aussi et d'aller travailler en EHPAD, moi, j'y arrive aussi, j'ai réussi de suivre la cadence, honnêtement, les aides-soignants, viennent me voir quand je les...mobilise ponctuellement, pour l'instant, y a pas de rotation, à part pour quelques agents, mais euh... , y a pas, voilà ils viennent de temps en temps, aider ponctuellement, quand il y a absentéisme trop important, et euh...et donc en fait, après coup, ils viennent me voir, en disant, finalement, c'est pas mal, j'y suis arrivé, et voilà vous avez vu, c'est aussi valoriser leurs valeurs, euh...c'est sous le volontariat, c'est bénéfique, tout à fait, voilà, c'est très enrichissant pour eux et pour l'équipe, parce que les compétences développées à l'UVA, voilà, on a, déjà la personne qui vient de l'Unité de Vie Alzheimer ou de l'EHPAD, c'est valable dans ce sens- là, c'est valable dans les 2 sens, peut avoir un regard extérieur sur une situation problématique de l'EHPAD, tient pourquoi, on essayera pas ça, donc euh... c'est déjà une première chose qui est très importante, et euh... puis la deuxième chose, est de connaître aussi le travail de l'autre, et de baisser ses représentations de l'autre, les résidents en bénéficient des atouts des uns des autres. » Cadre 4 ;*

Selon la cadre 5 ,suite à un changement de poste imposé pour une infirmière : *(...) c'est une personne qui se développe très, très, bien ailleurs et qui s'épanouit autant ailleurs(...)donc les missions du cadre c'est donc de les accompagner(...) »*

Mais quand l'expérience est favorable : *« après, sur le coup, après avec la distance et la prise de conscience, au final, il y a eu beaucoup qui nous ont remercié d'avoir changé d'étage puisqu'ils ont vu autre chose, ils se sont remobilisés sur d'autres compétences et du coup, ça été bénéfique pour eux . » Cadre 6 ;*

Une cadre partageait sa propre expérience : *«(...) par contre, ce qu'ils ont appris, ils le partagent ici, pas assez à mon goût, pas assez à mon goût, ça reste, encore,(...) mais on la partage pas beaucoup, on la partage, voilà, avec quelques copines mais pas, (...), je trouve que c'est bien, ce serait bien de mettre en place ceci, cela, c'est... tout doux, là, il faut aller les chercher, par contre, là, notre boulot est là, il faut aller les chercher, j'ai pas assez de retour de l'expérience, je dirais, mais euh...voilà, ça reste une culture soignante, depuis mathusalem(rires) ».Cadre 5.*

Bien sûr l'agent doit être acteur de sa mobilité. Il faut garder à l'esprit que la mobilité « touche au sens du travail ». Les agents qui sont restés longtemps dans le même service, la même activité, ont acquis une expertise professionnelle, une culture du métier, tout contribue au bon fonctionnement du service

Mais être mobile, c'est toucher à son identité professionnelle et cela n'est pas sans conséquence. Il est nécessaire d'obtenir un délicat équilibre entre les compétences souhaitées par le service et les compétences amenées par l'agent concerné.

Par contre le cadre doit les inciter à transmettre leurs savoirs, à leurs collègues pour le bien du résident et là nous constatons une difficulté pour eux de le réaliser aisément.

## **5. Développement des compétences par la formation**

### **5.1 La formation**

#### **5.1.1 La législation**

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la FPH<sup>91</sup> : « *a pour mission de permettre d'exercer durablement et efficacement leurs fonctions durant toute leur carrière, afin d'améliorer la qualité des soins au sein du service public hospitalier et donc de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité.* »

Il y a de nombreuses dispositions législatives en lien avec la formation, la première date de 1971 : loi 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente puis dans les années 1980-1990, les textes législatifs portaient sur l'attribution du congé de formation syndicale, les modalités de remboursement des frais de formation, dans les années 2000, ces réglementations étaient orientées sur la liste des diplômes et certificats acquis en fin d'études promotionnelles, les formations professionnelles tout au long de la vie en l'occurrence le décret 2008-824 du 21 août 2008 et la circulaire n° DHOS /RH2/RH4/2009/173 du 22 juin

---

<sup>91</sup> Le droit à la formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière, consulté le 13 avril 2017 <http://infosdroits.fr/le-droit-a-la-formation-professionnelle-des-agents-dans-la-fonction-publique-hospitaliere>

2009. Enfin dans les années après 2014, l'instruction DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements puis dernièrement la mise en place du DPC : développement professionnel continu des professionnels de santé par le décret 2016-942 du 08 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC et très récemment l'ordonnance 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé, et la sécurité au travail dans la fonction publique.

La formation professionnelle tout au long de la vie dans la FPH(Fonction Publique Hospitalière) est régie par le décret du 21 août 2008 précité ci-dessus, il détermine ainsi les droits à la formation professionnelle par le plan de formation, le droit individuel à la formation (DIF), les périodes de professionnalisation, les actions de formation en vue de la préparation aux examens et concours, les actions de formation pour la réalisation d'un bilan de compétences ou de la VAE(validation des acquis et de l'expérience) et enfin les actions de formation choisies par les agents en vue de leur formation personnelle-le CFP-congé de formation personnelle.

### **5.1.2Le plan de formation**

Ainsi tous les ans, les établissements hospitaliers publics établissent un plan de formation pour l'ensemble du personnel. Ce plan est soumis pour avis aux instances représentatives du personnel, notamment au CTE : Comité Technique d'Etablissement.

Ce plan vise à répondre aux besoins de perfectionnement, et d'évolution des services et aux nécessités de promotion interne.

Une cadre évoque la construction de ce plan dans son établissement : *« nous avons avec Monsieur le Directeur des soins , euh ...établi un plan de formation pluriannuel, et dans ces formations, il y a des formations qui sont plus globales pour l'ensemble des soignants et y a des formations qui sont plus spécifiques EHPAD, moi, j'ai travaillé avec la drh pour trouver les organismes et avoir le contenu qui correspondent au mieux à nos besoins, on a eu quand même un travail bien avant de positionner notre plan de formation et qui colle aussi à ce que on nous demande de façon institutionnel et niveau national (...) »*Cadre 3

Une autre cadre mentionnait : *« ( ...) c'est le plan de formation, qui donc euh... est négocié, avec le directeur adjoint de l'établissement, qui à en charge le plan de formation, qui nous soumet à l'équipe d'encadrement le plan prévisionnel on discute ensemble et puis qui se fait aussi, en fonction des budgets, ensuite ,(...) »* Cadre 4

Ce plan détermine et finance dans la limite possible des crédits alloués aux actions de formation initiale ou continue prévues par l'employeur ou à l'initiative de l'agent sous conditions de l'accord de l'employeur.

Les établissements du secteur public, peuvent se libérer de cette obligation financière en versant tout ou en partie à l'organisme paritaire agréé par l'Etat, cette instance est chargée de la gestion et de la mutualisation des fonds de formation : ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier).

De plus, le plan de formation peut être constitué des informations reliées au CFP (Congé de Formation Professionnelle), du bilan de compétences, des actions de VAE (Validation des Acquis par Expérience), du DIF (Droit Individuel à la Formation), aux périodes de professionnalisation. Toutes ces données doivent être quantitatives et qualitatives afin d'être utiles pour le personnel et ses représentants.

### **5.1.3 La formation continue : ses missions**

Elle comprend essentiellement des actions afin de donner aux agents sans qualification professionnelle, une formation professionnelle initiale théorique et pratique aboutissant à une formation diplômante. Ceci permet d'accéder à un poste plus aisément. Puis elle permet également de garantir, de maintenir ou de développer leurs connaissances, leurs compétences en vue d'assurer l'adaptation à leur poste de travail et ou à l'évolution de celui-ci ensuite elle propose aux agents des actions de préparation aux examens et concours d'entrée permettant ainsi de suivre des études favorisant la promotion professionnelle.

Cette formation peut être aussi orientée vers des actions de conversion ou de reconversion, permettant ainsi aux agents d'accéder à des emplois exigeant une nouvelle qualification, de nouvelles activités professionnelles suite à un handicap, à un déficit.

Ensuite, elle permet aux agents de parfaire leur formation à des fins de projets professionnels, personnels grâce au CFP (Congé de Formation Professionnelle), elle peut proposer un bilan de compétences qui lui permet d'analyser leurs compétences, leurs connaissances professionnelles, personnelles et également leurs aptitudes, motivations pour définir un projet de formation et enfin elle prépare les agents à la VAE (Validation des Acquis par Expériences) en vue d'acquies un diplôme ou certification de qualification .

Cependant, l'agent peut être aussi à l'initiative de demandes de formation pour un bilan de compétence, une VAE, un CFP, l'agent peut demander avec l'accord de son

employeur un DIF (Droit Individuel à la Formation) et des actions en vue de préparer à des examens, des concours.

Toutefois, l'employeur peut être aussi à l'initiative du plan de formation, des périodes de professionnalisation et du DPC (Développement Professionnel Continu) des agents de son établissement.

Une cadre dans le secteur public évoque le type de formation possible au sein de son établissement : *« une formation qui est la relation triangulaire :soignant, soignant, patient, euh... là , les ...on a vraiment chercher le meilleur organisme qui avait le, je dirais du... contenu, euh... on a travaillé , on a bien sûr Humanitude, on là, qu'on développe depuis plusieurs années et après la restauration, par exemple, je dirais, l'alimentation, la restauration, la nutrition a point, important en gériatrie, donc, voilà, on a quand même aussi, essayé de travailler aussi des choses qui leurs sont plus spécifiques à l'EHPAD(...) Cadre 3.*

La cadre 5 parle de : *« alors, déjà par le biais de la formation , en fonction des spécificités que nous rencontrons dans le service, si nous pouvons appeler ça un service, dans l'EHPAD, donc euh... tout ce qui est autour de la maladie Alzheimer, forcément, tout ce qui est autour de la maladie démentielle, tout ce qui est autour de la, de la... prise en soins des personnes âgées, en fonction des différents disciplines, puisque nous avons une Unité de Vie Alzheimer spécifique mais dans l'EHPAD classique, donc nous avons 54 lits, mais il y a plein de maladies, mais je dirais que les pathologies sont très diversifiées, avec des prises en soins peut-être différentes, autour de la personne âgée, donc toutes les formations qui sont autour de la personne âgée en général, j'essaie donc de former les soignants à ce thème- là, d'autant plus, surtout les soignants qui veulent rester en EHPAD, parce que c'est une compétence totalement à part de, que de, formation... sous toutes ces formes.*

Elle rajoute: *« on a la chance d'avoir des bonnes formations au sein de l'établissement, pas forcément en interne mais donc pour ces pathologies -là, donc tout ce qui concerne l'humanité, l'humanité, les, le toucher relationnel, la façon de prendre en soin donc, la personne âgée avec des troubles cognitifs, avec des troubles du comportement, donc là gravite, toutes ces formations sur la démence, comment rentrer en communication avec la démence, avec une personne démente, en fait, la façon d'agir, la façon d'être, surtout, et puis,euh... la façon de répondre à leurs besoins et ensuite formation ASG, surtout pour le personnel qui gravite autour de l'UVA, donc la formation d'ASG qui est un complément de formation pour les AS, euh... voilà, quoi, après sur la nutrition également, y compris même des mini formations sur l'utilisation des protections, la plupart des formations ont lieu sur l'hôpital de S, pas ici, car nous sommes externalisé, les formations se font avec des intervenants extérieurs. » Cadre 5 ;*

Nous voyons donc que le but de la formation continue est d'adapter le plus possible aux besoins et aux activités selon le type et le lieu d'exercice des professionnels.

Parfois ces formations sont réalisés en interne, au sein de l'établissement par des professionnels dont ils sont issus ou des intervenants extérieurs : *« je me...me base ...base aussi sur les difficultés qu'elles ont rencontrées au cours de l'année, ou pour un épisode particulier, par exemple euh., ben, 2 accidents du travail, euh ... parce qu'il y a eu une mauvaise manutention, je les oriente vers la formation manutention, voilà, ou des lacunes dans le bionettoyage, là, nous, il y a formation et information, par notre infirmière hygiéniste, là aussi, je les positionne, je les oriente, en formation, c'est des formations internes ; il y a des .. des souhaits mais il y a aussi des formation où je les positionne, de façon arbitraire mais c'est surtout aussi, en fonction des besoins qu'elles peuvent rencontrer, par rapport, soit par rapport à un épisode aigüe ou soit au décours (...). » Cadre 3 ;*

Une autre cadre précise que : *« (...)par rapport à la formation fait par des organismes externes mais également internes, dispensé notamment par la psychologue, par moi-même, en terme pour l'hygiène des mains par exemple, des petits rappels, la formation interne répond plus en fait, à des besoins ponctuels, c'est vrai, les problématiques émergent plus souvent plus lors des réunions d'équipe, ou alors, donc, je pense là, ah... l'occurrence, à une problématique, concernant l'accompagnement de personnes qui souffrent de troubles psychiatriques ou psychologiques, beaucoup de questions de la part de l'équipe soignante ou même aussi de l'équipe de cuisine, et euh... donc, là on sollicite la collègue psychologue pour mettre en place une formation par exemple, sur la validation qui permet de répondre aux besoins actuel des équipes, des professionnels. On a eu par exemple, en fin d'hiver, une épidémie de gastro entérite, j'en ai profité pour refaire une formation sur l'hygiène des mains, c'est à un moment précis. » Cadre 4*

Une cadre sur secteur associatif précise : *« alors, on fait des formations en interne, on en a pas mal de formations en interne, après nos agents ont les mêmes fonctions que l'aide-soignante, à part qu'elles ne distribuent pas les médicaments, nous, on ne fait pas distinction, en fait, puisque... entre une aide-soignante et un agent des services hospitaliers, nous ici les ASH (agents des services hospitaliers) ne font pas le ménage et font fonction d'aide-soignante. Alors pour les agents en général, les formations internes, sont régulières, lieu sur les pathologies des résidents, la nutrition, sur les démences, euh... les ash travaillent toujours en binôme avec les aides-soignantes ce qui permet de développer leurs compétences, et après ils ont leur formation externe à leur demande, s'ils ont des besoins en particulier. Les formations internes sont dispensées par les médecins, nous, cadres de santé, euh.... Qu'est-ce qui a d'autre ? euh... oui, c'est ça, en général, les médecins, les cadres de santé, ou après, on fait appel, alors on a des formations sur site avec des intervenants extérieurs, comme la bientraitance, la manutention, euh...le snozelen, c'est des formateurs externes, ils viennent dans l'établissement, ils font la formation, euh... comme la manutention, ils viennent ici, ils vont dans les chambres, ils utilisent le matériel d'ici. » Cadre 6 ;*

Nous pensons en effet que les formations internes permettent d'être dans le concret, le réel des situations vécues par les agents, d'autant plus que ces formations sont réalisées par le médecin coordinateur, le cadre et l'équipe pluridisciplinaire.

#### **5.1.4 Le financement de la formation**

Les établissements consacrent au financement des actions de formations des agents, au moins 2,1% du montant des rémunérations inscrit à l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses.

L'établissement consacre 2,9% de son budget de formation professionnelle aux agents car il existe une contribution réservée de 0.6% pour le financement des formations aux études promotionnelles et 0.2% pour le financement des CFP.

Le financement couvre le coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, leurs déplacements et leur hébergement.

La rémunération des agents est poursuivie durant leur temps de formation.

#### **5.1.5 Le DPC (Développement professionnel continu)**

Selon l'HAS, elle définit le développement professionnel continu comme : « *a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice.* » Le rôle notamment de cette instance est de valider et de mettre à disposition des méthodes pour aider les professionnels à mettre en place ce DPC.

Selon l'Agence Nationale de DPC, elle indique : « *le DPC est un dispositif de formation, il est effectif depuis le 1 janvier 2013, il dédié aux professionnels de santé de France (au sens du Code de Santé Publique, chapitre IV) comme les aides-soignantes, les infirmiers, les médecins, les masseurs kinésithérapeutes, les sages femmes...*

*Ce dispositif fait partie d'une formation réglementé, ainsi chaque professionnel doit suivre un parcours pour remplir son obligation triennale. C'est donc sur une démarche active tout au long de l'exercice professionnel, il permet au professionnel d'être acteur de sa formation et de favoriser les coopérations interprofessionnelles et le décroisement entre les différents modes d'exercices que sont la ville, l'hôpital.*



*Le but de ce DPC est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ses objectifs sont l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques, le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences et enfin la prise en compte des priorités de santé publique.*

*Ainsi l'Agence Nationale du DPC met à disposition des professionnels l'offre DPC composée d'actions et de programme DPC sur les actions cognitives, concernant l'approfondissement des connaissances, les actions d'analyse de pratiques professionnelles permettant un réflexion sur la démarche , les caractéristiques de cette pratique et la gestion des risques, visant à identifier, évaluer, prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation. »*

Ce programme se met en place dans les hôpitaux et établissements médico-sociaux. Il a pour but d'améliorer les connaissances et les pratiques professionnelles.

### **5.1.6 Le CPA : le compte personnel d'activité**

Très récemment, depuis le 01 01 2017, ce compte est ouvert aux fonctionnaires et contractuels de la fonction publique.

*Ainsi : « conformément aux dispositions de l'article 44 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, le gouvernement a adopté le 19 janvier 2017, par voie d'ordonnance, des mesures visant à mettre en œuvre le compte personnel d'activité en faveur des agents publics . »<sup>92</sup>*

Donc ce compte permet l'utilisation des droits afin d'améliorer, faciliter l'évolution professionnelle. Ces droits sont nominatifs. Ce compte se substitue donc au DIF depuis le 1 janvier 2017, il permet donc d'obtenir 24 heures de droit à la formation par an dans la limite de 150 heures. Cela permet un droit au financement plus large pour les formations, l'accès plus aisé aux formations diplômantes ou qualifiantes. Ce compte peut être utilisé aussi pour permette une mobilité fonctionnelle et / ou géographique afin de mieux préparer les concours, les examens.

---

<sup>92</sup> Loi n°2016 -1088 du 08 août 2016, consulté le 5 avril 2017, <http://www.fonction-publique.gouv.fr/compte-personnel-dactivite-dans-la-fonction-publique>

## 5.2 Entretien de formation

Cet entretien est souvent couplé avec celui de l'entretien individuel professionnel, explicité ci-dessous. Cet entretien a pour but de déterminer les besoins en formation de l'agent.

### 5.2.1 Evaluation et entretien professionnel dans la Fonction Publique Hospitalière

Des textes très précis encadrent cet outil, ainsi : « *la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la FPH a généralisé ce dispositif de l'entretien professionnel à l'ensemble des fonctionnaires de l'Etat à partir de l'année 2012. Un décret est paru : n°2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'état est venu renforcer cet entretien afin d'apporter une appréciation de la valeur professionnelle de l'agent et en définir les modalités de mise en place.* »

Cependant la circulaire du 23 avril 2012, a permis par la DGAFP (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique) a précisé : « *les modalités de mise en œuvre de l'entretien professionnel prévu par le décret précité. Elle s'attache tout particulièrement à spécifier le champ d'application, la date d'application du dispositif, à expliciter les notions de supérieurs hiérarchique direct et d'autorité hiérarchique ainsi qu'à détailler les conditions de recours et les mécanismes de reconnaissances de la valeur professionnelle.* »<sup>93</sup>

Ainsi chaque agent bénéficie chaque année d'un entretien professionnel qui donne lieu à un compte-rendu, cet entretien est conduit par un supérieur hiérarchique direct de l'agent. L'évaluation n'est pas une simple obligation statutaire, c'est aussi un moyen pour chaque agent d'être acteur de l'organisation, du développement de l'établissement. C'est un moment privilégié de dialogue entre l'évaluateur, qui le supérieur hiérarchique et l'évalué, l'agent. L'entretien est un moment d'échange dans un climat de confiance et de respect mutuel.

L'évalué peut ainsi se situer dans son environnement professionnel et mieux le comprendre. Il pourra faire le point sur son travail, sa fonction au sein de l'établissement, évaluer de manière objective et contradictoire ses points forts et faibles en posant un regard critique et constructif sur sa pratique professionnelle. Il pourra ainsi évaluer ses objectifs posés l'année précédente, émettre ceux de l'année en cours ainsi d'évoquer son projet professionnel afin d'améliorer ses compétences par le biais de formation ou de perspectives professionnelles.

---

<sup>93</sup> Le portail de la fonction publique, consulté le 23 avril 2017, <http://www.fonction-publique.gouv.fr/evaluation-et-entretien-professionnel>

L'évaluateur a pour mission tout d'abord d'écouter l'agent, nous reprendrons une consigne principale, émise par W. Hesben<sup>94</sup>: « *écouter, c'est commencer par se taire, c'est commencer par arrêter son petit cinéma intérieur, son monologue portatif, c'est apprendre à découvrir les qualités spécifiques de son interlocuteur.* »

Ainsi le supérieur hiérarchique appréciera différents domaines que sont les connaissances professionnelles, l'aptitude au service, l'application dans l'exécution du travail, le sens du travail commun, l'esprit d'équipe, l'esprit d'initiative, son comportement envers les patients, leurs familles, et la tenue générale et ponctualité de l'agent. En fonction de la qualification de l'agent, certains seront aussi notés sur leur sens d'autorité, leurs méthodes de travail. Le cadre peut ainsi mesurer les écarts entre ce qui est attendu et ce qui est constaté.

La HAS (Haute Autorité de la Santé) a fait des propositions pour le développement de l'évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé en France<sup>95</sup>: « *la compétence individuelle est un prérequis pour tout professionnel de santé.* » Elle considère : « *que la compétence individuelle est un élément déterminant pour la qualité et la sécurité des soins.* » Elle mentionne également que : « *le développement du travail en équipe fait partie des mécanismes à considérer pour agir sur les compétences, en effet, la compétence individuelle se développe au sein du collectif. Ainsi, on sait que l'on devient compétent en se formant au sein de « bonnes » équipes, dans des services « formateurs ».* »

### 5.3 Intérêt des formations

Au cours des entretiens semi-directifs, tous les cadres ont abordés les formations, le type de formation possible au niveau institutionnel et les formateurs possibles : « *alors, euh ...il y a déjà des formations, nous dépendons du CNFPT (Centre Nationale de la Fonction Publique Territoriale), il y a des demandes personnelles des agents, qui.... viennent me voir directement aussi... pour telles ou telles de formation, ça je l'acte en fonction des difficultés et après, euh... là c'est moi ..... aussi qui ....impose entre guillemet les formations en fonction des difficultés des agents et après... on forme aussi sur le terrain.* » Cadre 1 ;

Cette demande de formation passe souvent par les entretiens individuels ou au cours des rencontres formels ou informels, ainsi un cadre exprime : « *il y a déjà par le biais ....des... entretiens individuels, où là ... comme on en discute, ils m'en font part aussi s'ils ont rencontrés des problèmes ... un peu plus...durant l'année, après quand je rencontre directement sur le terrain , là, je détecte directement leurs besoins, soit par le biais des familles en cas ... des altercations, non pas des altercations, mais quand il y a des problèmes qu'ils rencontrent, ou les agents, directement , qui viennent me voir en disant... ou les...les*

---

<sup>94</sup> Hesben W *Prendre soin à l'hôpital* Edition Masson, 1997 p 167

<sup>95</sup> HAS *Evaluation des compétences des professionnels en établissement de santé* Décembre 2015 consulté le 01 février 2017 [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)

*résidents , en fonction aussi des problématiques dans, de l'établissement, quoi .. un exemple, si par exemple on a eu... un décès qui s'est mal passé, parce ...que ...les agents ont mal vécu, peut-être, on f'ra, on va accés avec la psychologue une formation sur les soins pal, sur la douleur, enfin, voilà, en fonction aussi des problématiques de l'établissement » Cadre 1 ;*

Cela permet ainsi de cibler les formations en fonction des besoins ressentis des agents.

### **5.3.1 Types de formation**

*Une cadre dans le secteur privé évoque : « pour les compétences des agents, bon, j'ai commencé déjà par des mini formations que je pense que déjà commencé, par-là, pour moi, c'est le biais, euh...j'ai plusieurs moyens, on va dire, le premier c'est la formation, donc euh..., bon, après c'est en lien avec le budget, bien sûr, je ne peux pas faire tout et n'importe quoi, donc , c'est déjà repéré les personnes qui sont vraiment en difficultés et euh... et pour ça, il faut déjà connaître l'équipe, c'est pour ça que je ne me suis pas lancé la dedans toute de suite , donc, c'est (re)connaître l'équipe, voir leurs difficultés individuellement et collectivement, et euh ensuite c'est des mini formations, donc par exemple là euh.. c'est, euh... formation lève-malade, comme ça j'allie en même temps, j'associe ça, on va dire avec euh... les risques psycho-sociaux ; formation lève-malade, ensuite j'organise par exemple, une formation sur euh... les appareils auditifs, etc.. ça paraît pas grand-chose, mais en fait, c'est important, c'est leur quotidien et par des petits choses comme ça, donc c'est le premier biais pour développer leurs compétences. » Cadre 2*

*Parfois, il est nécessaire d'avoir un appui pour transmettre les savoir : « Ensuite j'essaie de m'appuyer sur les plus anciennes bien que mon établissement est là depuis 2012 donc j'ai pas non plus ... donc c'est assez récent, mais des personnes qui ont , voilà , selon leur charisme et leurs ... pour qu'elle puissent transmettre à leurs collègues, (...) et euh... ensuite je m'appuie beaucoup, sur ce qu'on appelle une équipe thérapeutique, donc une psychologue, une sophrologue, une psychomot et une éducatrice spécialisé qui sont référente d'une unité, en fait on travaille beaucoup en lien pour, au quotidien , en partenariat, pour dire de... bah ... déjà s'il y a une problématique, si, voilà, par exemple, j'ai dans une unité, une difficulté, j'ai plus une difficulté de collectivité, d'entente et voilà, du coup ça bloque les ..., je trouve, individuellement chaque personne. On essaie de travailler la dessus, en travaille ensemble, c'est un peu fragile, mais bon... on y arrive. » Cadre 2 ;*

*Avec parfois des partenaires extérieurs: « si on rencontre des difficultés particulières, c'est déjà arrivé, donc, de toute façon, je peux travailler avec l'équipe mobile de soins palliatifs qui rencontrent les équipes, qui rencontrent les familles, qui rencontrent les résidents eux-mêmes, donc, là aussi on se sent soutenu, la psychologue du travail, qui, je fais intervenir rarement, ça arrive rarement, mais là on a eu un gros cas d'agressivité familiale envers les équipes, injustifiée, donc, ils ont vraiment mal pris, parce que en disant on est accusé à tort, alors qu'ils font tous pour leurs parents, et puis, on, donc un état de mal, pas vraiment, donc là, j'ai intervenir la psychologue du travail, de la médecine du travail, on a*

*aussi une psychologue qui intervient tous les lundis chez nous, je l'ai en guise d'une journée par semaine, donc qui, est, à bien sa place, qui pour le coup, c'est pour ça qu'on a choisi les réunions de synthèse le lundi aussi, ce qui fait comme ça, qu'elle nous aide dans certaines prises en soins, (...) » Cadre 5 ;*

### **5.3.2 La transmission des savoirs**

Le retour suite au temps de formation est parfois difficile à transmettre : une cadre l'évoque : *« On essaie aussi, quand ils partent en formation, quand ils reviennent de faire un petit retour auprès des équipes. »* Cadre 2 ;

Une autre professionnelle de l'encadrement du secteur public annonce: *« Mais pour transmettre leur savoir de la formation, c'est un peu difficile, l'Humanitude, je dirais, euh... l'Humanitude, elles sont sur le terrain, puisqu'elles ont les résidents le matin, l'après-midi, elles débriefent, quand elles reviennent, elles disent, voilà la prise en soin de Mr Untel ou Mme Untel s'est passé différemment parce que, des petits trucs qu'elles ont apprises pendant la semaine, ça, ça passe mieux et après quand elles vont en formation, relation triangulaire.... Là, c'est plus difficile, j'ai appris des choses, oui, mais.... C'est moins palpable, c'est pas palpable. »* Cadre 3 ;

Une autre cadre également précise : *« (...) ils vont en formation, parfois qui n'ont même rien avoir avec l'EHPAD, mais une formation qui peut être intéressante, mais on la partage pas beaucoup, on la partage, voilà, avec quelques copines mais pas, moi, je demande toujours à ce qu'on fait un retour de la formation, pour dire, de dire, j'ai appris ça, je trouve que c'est bien, ce serait bien de mettre en place ceci, cela, c'est... tout doux, là, il faut aller les chercher, par contre, là, notre boulot est là, il faut aller les chercher, j'ai pas assez de retour de l'expérience, je dirais, mais euh...voilà, ça reste une culture soignante, depuis mathusalem(rires) ».*Cadre 5.

Là aussi le rôle du cadre est important, nous le voyons bien, les soignants ont des difficultés à transmettre leurs connaissances suite aux formations, certains distillent un peu leur savoir.

## 5.4 Les freins aux formations

Cependant une réticence est ressentie de la part des agents, comme le mentionne ce cadre : « *l'entretien individuel annuel est un des moyens que j'utilise, par contre, c'est très, très, difficile de les positionner en formation, qu'elles se positionnent plus exactement en formation, c'est très difficile pour qu'elles le...moi, j'établis mon plan de formation, donc, là je fais des relances auprès des agents pour récupérer justement le courrier, qu'elles ont avec leur fiche de paie, je dois avoir, euh... une dizaine d'agents qui se positionne sur plus de 70 agents, donc on fait des relances, mais c'est pas pour ça que mon plan de formation est plus, plus consistant, c'est pour ça que, au fur et à mesure de l'année, nous, la DRH qui nous dit ben, telles formations est proposé avec l'ANFH, ou, telles formations a été souhaitées, est-ce qu'il y a des gens qui sont susceptibles d'être, moi, je programme des personnes sans que ce soit positionné sur leurs souhaits.* » Cadre 3 ;

Elle poursuit en expliquant les raisons de ces difficultés à inciter les agents à aller en formation : « *Je pense qu'on est arrivé, à un point, où, nous encadrement, on peut pas imposer, aux soignants, on se rend bien compte, du fait parce que, aussi de notre formation, que nous avons besoin être former tout au cours d'une carrière mais... la politique actuelle, est que les agents n'ont plus envie de se former, elles font leurs postes et après il n'y a plus de souhaits autres, nous ont voit très bien, si c'est des formations sur W, ça va, faut pas que je les envoie, ailleurs et surtout pas à Lille, on l'impression que Lille, pour elles, c'est le bout du monde, c'est vraiment, c'est quelques chose, c'est curieux, quand euh...moi qui vient d'un autre établissement, ça m'a un peu surpris quand euh... je me suis rendue compte que positionner un agent en formation sur Lille c'est loin, y a, aussi pour se former, il faut aussi être motivé, là je pense, nous, nous on le voit, nous, en se rend compte avec les retours (interruption par l'entrée d'une collaboratrice) (...), euh...la DRH nous dit, ben oui, il y a que 10 agents qui se sont positionnés ou 15 par rapport à la population de l'EHPAD, c'est peu mais malgré des relances verbales et écrites, j'ai rien de plus, pas d'efficacité(...) on a eu des spécificités, on a travaillé par exemple euh(...) après on l'ouvre à l'établissement, bien sûr, comme l'établissement à des formations plus spécifiques qui sont ouvertes à l'EHPAD, voilà, vraiment, (...)* » Cadre 3 ;

Les cadres évoquent parfois un problème dans leur équipe, certains agents ne sont pas motivés pour aller en formation : « *donc nous on se rend compte, qu'il y a un manque de pas motivation, quand on monte notre plan de formation,* » signale la cadre 3 ;

elle poursuit : « *on s'est questionné, on voit leurs besoins, moi je suis sur le terrain, j'ai vu avec les agents, on a cherché le meilleur organisme, on a épluché le contenu, on a quelque chose de consistant, après il faut aussi qu'elles soient motivées pour y aller.* »

Nous ressentons une difficulté pour ces cadres qui expliquent ce manque de motivation qui serait la raison pour laquelle, les agents ne désirent pas ou peu aller en formation.

Parfois certains établissements proposent à d'autres structures des formations afin de pouvoir permettre aux agents d'aller en formation : *« Comme là, on est en train de faire la formation Humanitude donc on... a décidé que c'était une fois chez nous, la formation, une fois à l'hôpital, donc euh... l'hôpital de W, donc c'est pas mal, on voit, ben, car il y a des filles qui n'ont jamais travaillé à l'hôpital, par exemple, ils savent pas les contraintes aussi qu'ils ont, enfin, voilà, euh..., nous avons un partenariat avec cet hôpital, la 1<sup>ère</sup> formation on l'a faite à W, et là ils viennent chez nous fin mai. Par le biais de la formation, en fait, nous pouvons amener 12 personnes, vu les contraintes, 12 personnes sur 3 jours à la suite, moi c'est pas impossible et eux pareil, donc on a décidé de se mettre ensemble, comme cela fait 6 et 6 donc sur l'année, c'était plus faisable; donc échange de partage quotidien, alors nous allons sur le terrain, et j'ai ciblé les agents qui allaient, aller voir si l'herbe était plus verte ailleurs. »* Cadre 1

La cadre nous évoque une solution possible afin que les agents côtoient aussi d'autres agents de diverses structures par le biais des formations.

## **5.5 Retour positif des formations**

Parfois le retour est positif : *« Quand elles y vont, elles reviennent, elles sont enchantées, le retour, quand elles reviennent de formation, elles sont allées, c'est sûr la première formation Humanitude, moi, j'ai positionné des agents, parce qu'elles ne savaient pas ce que c'était, c'était un peu, avec des pieds de plomb et quand on est revenu, c'était super, les suivantes, un peu pareil, mais voilà, l'Humanitude, ça commence à passé, après, il y a des formations on a euh..., par exemple la contention, une formation contention, ils se sont posés un peu la question, l'infirmière qui a été, contention on sait ce que c'est, finalement, elle est revenue enchantée puisqu'elle a appris des choses, au niveau législation, on maîtrise un peu moins sur le terrain, puisqu'on est du pratico-pratique, voilà, ça a plus aussi, (...) »* Cadre 3.

Nous ressentons vraiment que les formations doivent être centrées sur leur quotidien afin que cela puisse les interpeller dans leur travail quotidien.

## **5.6 EPP (Evaluation des pratiques professionnelles)**

Depuis près de 12 ans, grâce à la promulgation par la loi du 13 août 2004, la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique a été créée. Dans ses missions, il est prévu notamment, la promotion des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité que sont l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Cet enjeu est important, ces EPP permettent de répondre aux exigences de plus en plus réelles des patients, des usagers de notre système de santé français.

Tout d'abord, définissons ce sigle, c'est la mise en œuvre de méthodes et d'outils d'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective. Ses principes sont l'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé. Cela consiste donc à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles, aux références validées. Cette validation émane d'une réglementation, d'une organisation, d'une procédure. Ainsi ces critères d'évaluations permettent d'améliorer la pratique professionnelle avec la méthode d'audit.

Cela ne doit pas être considéré comme évaluation / sanction, son but est vraiment de faire prendre conscience des problèmes, des difficultés rencontrées en vue de les améliorer pour aboutir à une meilleure prise en soins du patient.

Ainsi les analyses des écarts entre la pratique réalisée et souhaitée sont étudiées. Cela peut être réalisé au sein d'un groupe, mono, pluri professionnel.

Les EPP des paramédicaux ne sont pas obligatoires. Seuls les médecins ont une obligation de certification individuelle de leurs EPP. La seule obligation des infirmiers et autres paramédicaux est la formation professionnelle.

Nous comprendrons que les EPP et les formations continue sont fort proches.

Cependant l'HAS a été édité des grilles d'évaluation sur les thèmes comme la limitation des risques de la contention physique de la personne âgée, la pose et surveillance des sondes urinaires, la prévention des infections liés aux cathéters veineux périphériques.<sup>96</sup>

Cette démarche d'EPP doit être intégrée dans la pratique quotidienne et réalisée en équipe. Bien sûr, le cadre de santé a un rôle dominant dans cette évaluation.

---

<sup>96</sup>HAS, consulté le 24 avril 2017, <https://www.has-sante.fr/portail/>



Certains établissements le pratiquent déjà comme l'évoquait ce cadre de santé : « l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ça on fait, les entretiens professionnels, ça permet aussi de voir un peu quels sont leurs souhaits d'évolutions, euh... les EPP, là ce qu'on a fait, euh... les évaluations des pratiques professionnelles, souvent on cible une année, ben tient, on voit s'il y a des... problématiques récurrents, qui viennent, on arrête un thème, on a fait peut-être faire sur la toilette, on fait sur la pose des cathéters, ou la surveillance de perf, et voilà, mais c'est vrai que c'est pas des choses qu'on axe forcément euh...d'emblée, là ça fait 2 ans, qu'on a pas forcément ciblé de choses particulières, à part ma collègue qui fait beaucoup, j'ai une collègue qui en mission transversale hygiène là elle le fait plus sur le lavage des mains, euh...sinon, on fait beaucoup, c'est qu'on évalue beaucoup les nouveaux arrivants, on n'a pas de tutorat, c'est compliqué aussi, on accueille beaucoup d'étudiants, on doit y retravailler, on peut mettre non plus le tutorat sur trop de monde, ça mobilise trop de gens, ce qu'on fait c'est qu'on évalue plus les pratiques professionnelles sur les nouveaux arrivants pour voir un peu comment on peut les accompagner aussi dans le développement de leurs compétences, alors, les nouveaux arrivants sont en CDD, mais qui sont prolongés, donc euh... ça nous permet de voir si on peut les prolonger ou pas. » Cadre 6

### **5.7Rôle et place du cadre dans l'évolution des compétences**

Une cadre évoque sa place dans l'équipe : « je pense que c'est vachement important de pousser les gens jusqu'à au-delà de leur limites, je pense qui... dès fois, ils se sous-estiment, ils sont ancrés dans une routine, qui fait que... pour eux, c'est normal, est voilà, je suis aide-soignante et je resterai toute ma vie aide-soignante, on voit vite leurs difficultés, mais aussi leurs qualités, et ça ils restent plus bloquer sur leurs difficultés dès fois que sur leurs qualités. Donc pour moi, je pense le rôle premier du cadre de santé, c'est de pousser son équipe au maximum des compétences et d'en acquérir de nouvelles, de rester toujours sur les acquis, qu'on pense...Cadre 1 ;

Elle poursuit sur le fait qu'il est nécessaire que le professionnel d'encadrement a une place prépondérante et qu'il connaisse bien son équipe :

« alors, euh .. je pense que c'est un poste très important pour l'agent pour qu'il puisse se développer, parce qu'on doit bien connaître ses agents, on doit connaître ses difficultés euh...mais aussi ses qualités, et euh... l'agent peut être un moteur dans l'équipe, donc euh .. oui pour moi c'est super important que le cadre connaisse bien ses agents, pour leur proposer, c'est du cas par cas pour proposer une formation, un parcours particulier. » Cadre 1 ;

Une autre confirme : « *Pour moi, on a une place primordiale, de toute façon, on est là pour coordonner, l'ensemble des activités, de... faire en sorte, que voilà, que tout roule, que tout se coordonne bien, et que ...tu coup, on, voilà c'est, c'est, quand même nous qui cadrons les activités, qui cadrons les équipes et en fonction de ce qu'on peut observer, c'est pourquoi, il faut être proche du terrain, et aller, pas rester dans son bureau, ça c'est clair ! Et voilà, c'est.... pour moi, tout passe par le cadre.* Cadre 2 ;

Intérêt de cette place d'encadrement et d'accompagnement : « *je pense que le cadre de santé peut avoir une vue d'ensemble et le recul nécessaire sur la situation de chaque professionnel de son équipe, en l'accompagnant au quotidien, en discutant beaucoup avec lui et en analysant un peu ses points forts et ses points à optimiser, parce que j'ai l'impression, que les aides-soignantes, je vais parler plus des aides-soignantes en particulier, qui ont la tête dans le guidon, qui se retrouvent à ne pas savoir gérer des situations, qui l'exposent par exemple, les temps de transmissions ou qui viennent en parler directement avec moi- même, et donc en fait, là, je pense que c'est le rôle du cadre de santé de dire, ben tient elle est en difficulté avec cette situation, pour lui proposer une formation.* » Cadre 4 ;

Une cadre rattaché à un centre hospitalier précise la place du cadre : « *alors, là, ben, il a toute sa place, parce qu'il doit solliciter ses aides-soignants, notamment surtout les aides-soignants, les infirmières c'est beaucoup plus facile parce ce qu'elles sont avides de formation et d'apprendre et de prendre en soin d'une manière tout à fait optimale, bon, les aides-soignants, tout dépend, voilà, si tout dépend de la personnalité de l'aide-soignant, je dirais, c'est une catégorie professionnelle qu'il faut solliciter beaucoup, parce que, surtout dans cette culture de soin d'EHPAD, parce qu'ils ont cette culture soignante qui reste quand même fort sanitaire, donc avec une logique de soins qui totalement différente et une philosophie de soins qui est totalement différente en EHPAD, et donc, euh...voilà, donc, euh..*

Cette même cadre évoque sa façon de procéder pour qu'ils acceptent de partir en formation : « *parfois ça passe par le volontariat, parfois la sollicitation se fait ben, pas imposer mais, fortement conseiller, par rapport à la formation même, je dis, bon voilà, vous n'avez pas fait ce genre de formation, cela vous aiderez dans la prise en soins, ce serait bien que vous la fassiez, voilà, dès fois, venant d'eux-mêmes, en disant, j'aimerais bien sûr, j'en ai, c'est sûr, dans une équipe forcément, y en a toujours qui disent j'aimerais bien faire cette formation là pour mieux comprendre, pour mieux savoir, etc...et y a ceux qui se contentent de ce qui savent, et qui veulent pas, comme toute catégorie professionnelle, je crois, et donc du coup, je les sollicite fortement, je les incite à dire bon, ben, ce serait mieux pour la prise en soins, vous arriverez à bien les comprendre, ça se passe bien en général, j'ai rarement une réticence à une formation, j'ai rarement un refus, quand j'ai un refus, c'est quand elles*

*partent seules, parce qu'elles demandent : je pars avec qui, ? parce qu'elle... je dis ,elle, car j'ai une majorité de filles, les garçons c'est moins compliqué et les dames, elles veulent toujours être accompagné, je vais en formation avec qui dans ce cas -là ?et si je dis ben ,que j'ai qu'une seule place et il y aura qu'une personne, ou si je dis je ne peux pas envoyer plus qu'une cette fois-ci vous irez la fois prochaine pour les autres, « ah ouais, c'est pas marrant, toute seule » mais ça, voilà, c'est le quotidien, c'est le classique, à tous les services hospitaliers, je dirais(rires). » Cadre 5 ;*

Une cadre indique leur problématique suite à un établissement de grande taille :  
*« Alors euh... C'est pas évident comme question, alors, euh....c'est compliqué, euh... car on est une grande structure, on gère beaucoup d'étages, donc euh..., là justement, on va être en phase de restructuration, et c'est pour ça qu' on s'est posé la question, parce qu'on est, nous les cadres en fait, euh...moins je gère 5 étages, euh... ma collègue gère l'autre côté 4 étages plus l'unité de vie Alzheimer et l'UHR (Unité d'Hébergement Renforcé), euh...c'est ce qu'on va remédier dans le futur bâtiment, parce que l'architecture va être différente, on est pas assez dans l'accompagnement des équipes au quotidien, on est plus sur des missions transversales, sur la gestion de projet et on ne peut pas se permettre d'être, on va dire, comme dans un l'hôpital, cadre dans un seul service, où il y a une présence, on va dire du cadre, euh... beaucoup plus auprès des équipes, que nous on est là ponctuellement, quand il y a vraiment un gros soucis, des difficultés, on est dans l'accompagnement, on passe plus de temps, mais c'est vrai que c'est pas simple, euh(...) Cadre 6 ;*

## Conclusion 2<sup>ème</sup> partie

Pour rappel, la problématique posée pour cette étude est formulée ainsi :

**« Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante vers un processus de professionnalisation dans un contexte d'évolution de pratique soignante en EHPAD ? »**

L'hypothèse générale est :

Le cadre de santé valorise les compétences des agents en EHPAD grâce à l'accompagnement individualisé

La deuxième hypothèse émise est la suivante :

Le cadre par son management par le sens, dans un contexte de soin évolutif, doit contribuer à la mobilité des agents d'EHPAD, afin de valoriser et développer leurs compétences.

**Au regard de l'étude réalisée confrontée à l'analyse des entretiens semi-directifs conduits sur le terrain, nous validons partiellement cette hypothèse.**

Le cadre, au contact de ses équipes, au sein de la plupart des structures, prend le temps de les connaître, il en prend soin. Il les connaît individuellement ce qui est une force pour lui afin d'adapter au mieux les propositions d'évolution de carrière de l'agent. Il a l'esprit les qualités, les défauts de son équipe, ce qui lui permet de construire avec eux les projets grâce à leurs compétences multiples, leur diversité, leur collaboration au quotidien.

L'équipe a besoin de reconnaissance, de valorisation de par son manager. L'équipe se sent alors utile, encouragée pour travailler au quotidien auprès des résidents.

Le cadre propose des formations aux agents afin qu'ils puissent développer leurs compétences, parfois ces formations ont lieu dans l'institution ou dans un autre lieu. Certains ressentent un certain malaise, difficulté à aller dans un autre établissement, pourtant ils en ressortent grandit à chaque fois.

Souvent ces formations sont proposées lors des entretiens individuels, moment important pour l'agent qui peut exprimer ses souhaits, ses besoins, ses attentes auprès de son supérieure hiérarchique.

Nous avons vu que le retour de ses formations est parfois difficile à transmettre aux collègues, le partage des connaissances reste éphémère, difficilement palpable pour les cadres.

Comme nous l'avons vu la plupart des cadres sont favorables à la mobilité, mais celle-ci est difficile à mettre en place, les petits établissements ne disposent que peu de possibilité car ils n'ont qu'un seul service. Les mutations sont assez difficiles à promouvoir au sein de la fonction publique hospitalière. Et les autres établissements à taille plus grande, ont majoritairement peu d'agents qui souhaitent quitter le service. Pour certains, peur du changement, peur de l'inconnu, pour d'autres, ils se trouvent bien dans leur service.

La mise en place dans un établissement par le MID : Mise en Immersion à durée Déterminée serait peut-être la solution afin d'atténuer les peurs occasionnées par le changement de service. Cela permettrait d'une part d'encourager l'agent à quitter plus facilement le service où il travaille depuis des années, s'il en ressent le désir, l'envie. Cela le rassurerait certainement, le conforterait dans ces choix.

Donc nous constatons que la proposition de la mobilité rencontre de nombreux obstacles pour les agents, peu en effet, font le « pas ». Cette thématique n'est pas un outil pratiqué régulièrement pour permettre de développer les compétences des collaborateurs.

## **Conclusion**

## Retour sur la problématique

La problématique étudiée pour ce travail de recherche est :

**« Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante vers un processus de professionnalisation dans un contexte d'évolution de pratique soignante en EHPAD ? »**

Pour élaborer ce travail, nous avons effectué des recherches théoriques avec une étude de concepts écrits par de nombreux auteurs choisis pour ce thème.

L'hypothèse générale est :

« Le cadre de santé valorise les compétences des agents en EHPAD grâce à l'accompagnement individualisé. »

Les hypothèses de travail sont :

-Le cadre par son accompagnement doit favoriser un management des compétences, de coaching pour une gestion des carrières des équipes.

-Le cadre par son management par le sens, dans un contexte de soin évolutif, doit contribuer à la mobilité des agents d'EHPAD afin de valoriser et développer leurs compétences.

En conclusion, nous pouvons affirmer que le cadre de santé est un professionnel qui accompagne au quotidien son équipe. Il veille et il garantit leur professionnalisme. Il cible, il repère les compétences nécessaires des agents afin qu'ils puissent travailler correctement.

Nous avons vu qu'il peut utiliser différents outils afin de poursuivre le développement des compétences de son équipe. Il n'est pas seul dans cette tâche, il peut et doit s'appuyer sur la direction des ressources humaines dans le secteur de la gestion des compétences.

Il peut s'appuyer aussi sur son équipe pluridisciplinaire dans certains établissements, auprès du médecin coordonnateur pour d'autres. Le cadre ainsi que toute l'équipe qui

travaille avec lui a besoin de reconnaissance, reconnaissance au sein de l'établissement mais aussi à l'extérieur de la sphère médico-sociale. Il semble que l'image véhiculée du travail en EHPAD soit encore dotée de représentations négatives. Le message opposé doit encore évoluer dans la mentalité des soignants.

Nous pensons qu'il aurait été intéressant aussi dans le cadre des entretiens semi-directif d'interroger les infirmières, les aides-soignantes sur le thème de l'accompagnement par leur cadre de santé mais aussi sur leur définition de la valorisation et reconnaissance professionnelle afin d'affiner au mieux notre thématique.

Pour les agents qui travaillent depuis de nombreuses années dans le même service, nous avons vu que certains établissements proposent des missions transversales afin d'adapter au mieux le poste de travail de l'agent qui ressent une certaine fatigabilité après tant d'année et d'autres les incitent par la bourse de l'emploi à changer de poste. Tout cela n'est pas facile. Là aussi, nous aurions pu interviewer directement les agents concernés par cette particularité afin d'enrichir nos recherches et analyses.

Concernant la mobilité, nous pensons qu'elle peut être un outil managérial. Les cadres rencontrés sont favorables à cette mobilité mais elles constatent que cela est difficile à mettre en place malgré les possibilités ou dispositifs possibles dans certains établissements. Néanmoins, l'accompagnement est essentiel auprès des agents, de surcroît pour ceux qui souhaitent évoluer dans leur parcours professionnel. Mais qu'advient-il pour ceux qui ne souhaitent pas évoluer actuellement ? Nous pensons que cette responsabilité revient au cadre de proximité, que nous serons prochainement aussi.

Nous devons susciter cette évolution, rester attentif à leurs besoins. Certains d'entre eux pourront évoluer au bout de quelques années. Nous n'avançons pas tous à la même vitesse sur le plan professionnel. Parfois la vie familiale est mise plus en avant à un moment de la vie professionnelle, le cadre sera attentif à cela, et trouvera le moment opportun pour évoquer avec l'agent cette évolution probable professionnellement.

Nous pouvons penser aussi que le cadre de santé a un rôle de fédérateur au sein de son équipe, il est vrai qu'il doit assurer une stabilité des effectifs afin d'éviter au maximum des retentissements qui pourraient être néfastes pour les résidents. Ceci pourrait provoquer une majoration des troubles du comportement des résidents.

Nous avons vu également que les cadres utilisent les entretiens individuels et les formations afin de développer les compétences des agents. Ces formations sont multiples et variées, pourtant certains agents sont réticents à y aller.

Tout cela nécessite que le cadre de santé, travaille en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines, suivant le type d'établissement, cela est plus ou moins aisé, selon si l'EHPAD dépend ou pas d'un centre hospitalier.



## Perspectives professionnelles

Nous avons vu par le biais de cette étude, de ce travail, l'une des missions du cadre au sein du développement des compétences d'une équipe de soins.

Nous avons émis des hypothèses, hypothèses qui ont permis d'orienter le travail de recherche. Cette recherche nous a amené vers des concepts, des convictions pour certains. Nous avons pu parfois rencontrer des difficultés à recentrer la thématique tant celle-ci est importante. Mais néanmoins cela a permis, a contribué, à nous enrichir sur notre propre construction professionnelle et à nous projeter dans notre rôle de cadre de santé.

Cependant grâce à ce travail, nous avons appris énormément que ce soit dans les lectures, les échanges enrichissants avec les cadres de santé mais aussi avec notre directeur de mémoire et notre maître de stage lors de nos rencontres, nos échanges professionnels. Tout cela a contribué à notre apprentissage de chercheur tout au long de ce travail.

Au cours des entretiens avec les cadres de santé, nous avons pu aborder différents types de management, en l'occurrence celui du management par compétences. Mais nous pouvons noter qu'un cadre nous a fait découvrir un management très présent dans les établissements mais peu énoncé lors de nos entretiens, à savoir le management par projet, une cadre relate ainsi : *« on est beaucoup plus dans le management par projet, même si par contre, on reconnaît les compétences des gens parce qu'il y a des particularités dans certains services, style unité vie Alzheimer ou unité d'hébergement renforcé, où là il faut vraiment des compétences très spécifiques, le PASA (pôle d'activité et de soins adaptés)( ...), on est plus dans des managements, projet, plus par équipes, que par compétences individuelles »*

Nous pouvons comprendre que le management par projet est plus un management pour du collectif, pour une équipe, où ils travaillent ensemble leurs compétences à l'opposé du management par compétences, qui lui est plus centré sur l'agent donc plus individuel.

Cette cadre nous donne un exemple : *« Donc la forme de ce management projet, quand on arrête un projet, on voit des équipes, ils nous soumettent des idées, ou ils disent, ben tient, on envisage tel ou tel chose, est-ce qu'on peut faire ? ou nous si on sait qu'on envisage quelle chose pour l'avenir, de dire, tient on sent une compétence là, plus tôt dans ce service que pour tel autre, on le fait, 3 ou 4 ans, comme on avait le projet on c'est dit, on risque sûrement, d'avoir les autorisations du futur bâtiment, c'était de se dire, qu'on savait, qu'on aurait certainement, eu l'idée de créer une UHR, puisqu'elle ouverte depuis 6 mois, on avait dans l'idée de devoir créer une UHR parce qu'on avait des profils dans les services traditionnelles, et du coup, on avait détecté des compétences particulières sur un étage, on a travaillé sur étage là, avec l'ensemble de l'équipe, on a fait le projet, on l'a monté ensemble,*

*et l'on a testé pendant plusieurs mois sur l'étage et du coup, aujourd'hui, on se rend compte, qu'on a ouvert l'UHR et la plupart de nos soignants de ce étage- là, sont partis à l'UHR. On a travaillé beaucoup par l'anticipation, c'est parce qu'on savait qu'il y aurait un nouveau bâtiment pour ouvrir l'UHR, sinon, on aurait coupé le service en 2 pour créer une UHR, mais on savait dans 3, 4 à 6 ans, qu'on aurait refait un bâtiment ou du moins le restructuré, du coup on s'est dit que par les profils existants il faudra créer un PASA, un UVA pour résidents dépendants. » Cadre 6.*

Nous pouvons traduire ces propos comme une anticipation, une vision à plus ou moins brève échéance. Ainsi le management par projet montre un travail d'équipe plus en amont. Le cadre doit donc détecter au préalable les compétences requises auprès des agents pour monter le projet. Mais il doit aussi être un peu visionnaire sur l'avenir, sur les tendances qui peuvent émerger prochainement suite aux évolutions comme nous le relate la cadre précédente.

Selon notre future profession, notre projection professionnelle, nous pouvons affirmer que le cadre est à la fois dans l'ici, le maintenant et le futur. Il doit à la fois travailler avec les équipes sur le présent, sur l'actuel mais aussi sur des projets que lui propose l'institution ou qu'il pressent avec son équipe. Le cadre de santé de par son management doit repérer les compétences et les désirs des agents afin de pouvoir les accompagner toute au long de leur vie professionnelle.

Comment pouvons-nous amener au mieux ces projets ? Quels sont les enjeux ? Quelles sont les compétences que les agents devront avoir prochainement pour mener ces projets futurs ?

## **Bibliographie**

## Ouvrages :

- Angel P. Amar P. *Le coaching*. 2005 Edition PUF. Paris p126
- Baraquin N. *Dictionnaire de la philosophie*. 2007. Edition Armand Colin. p311
- Cohen A. Soulier A. *Manager par les compétences*. Edition Liaisons. 2004. p139
- Colombat.P *Qualité de vie au travail et management participatif* Editions Lamarre 2012 p 217
- Denvers F. Boutinet JP. Denovel N « et al ». *Penser l'accompagnement adulte*. Paris. Edition PUF. 2007. p376.
- De Saint Exupéry A. *Terre des hommes*. 1939. Edition Gallimard. p243.
- Diridollou B . *Manager son équipe au quotidien* 4<sup>ème</sup> Edition. Paris. Eyrolles. p207.
- Gigandet E. Charmillot P.A. Clavijo M , Fleury M . *L'arbre à projets, une expérience pédagogique dans l'enseignement des soins infirmiers*. Ecole de soins infirmiers de la république et canton du jura. 1993. Edition Maloine. p183
- Hesbeen W *Prendre soin à l'hôpital* 1997 Edition Masson p195
- Hesbeen .W : *Cadre de proximité, un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins*. Paris. Edition Elsevier Masson .2001 . p 176
- Le Boterf G. *Développer la compétence des professionnelles*. Edition d'Organisations. Paris p312
- Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. 7<sup>ème</sup> Edition . Eyrolles Paris. p306
- Le Bouëderc G, du Crest A, Pasquier L, Stathl R : *L'accompagnement en éducation et en formation : un projet impossible* .Paris Edition L' Harmattan 2001 p 208
- Lienhardt V. *Les responsables porteurs de sens* .2010. Edition Insep Consulting.p350
- Mintzberg H. *Manager, ce que font vraiment les managers*. Edition Vuibert. 2009. 192p.
- Paul M. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris. Edition l'Harmattan. 2004. p122
- Reyre G. *du courage d'être manager*.2004. Edition Liaisons Collectives Entreprises et Carrières. p271
- Russ J . *Dictionnaire de la philosophie*. Paris. Armand Colin. p 345
- Van Campenhoudt L et Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4<sup>ème</sup> Edition. Paris. Dunod. 2011.p 26
- Zarifian P.*Le modèle de la compétence*. Edition Liaisons. 2004 p 114

## Articles :

- Bouchaut-Rolnin M.E Revue gestion hospitalière. Avril 2004. p277
- Cifali M. *Accompagner :quelles limites ?* Cahier pédagogiques n°393 Avril 2001
- Estryn-Behar M. I.J.M.Vanderheijden B. Fry C. *Le tutorat au service du management intergénérationnel.* Soins Cadres n°63.Octobre 2007. Edition Masso.p13 à 16
- Guide managérial : *Les mobilités : un levier de management?* Les cahiers de l'Observatoire Social Territoriale n°12 juin 2014 p 172
- Halpern C. *L'ère du care.* Revue Sciences Humaines 2006 n° 209
- Lesage I. *Le changement, danger ou opportunité.* Soins Cadres Février 2016. Edition Masson.p14.
- Letombe A, Bourtembourg F , *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et appropriation par les cadres,* Soins Cadres n°74 mai 2010 Edition Elsevier Masson
- Molinier P. *Le care : ambivalence et indécentes.* Revue Sciences Humaines n°177.Décembre 2006 .p36.
- Paul M. *L'accompagnement dans le champ professionnel* Revue Savoirs

## Colloques

- Person-Gehin S. Ivanaj I : 16<sup>ème</sup> conférence de l'AGRH : *la pertinence du coaching au service d'un GRH médiatrice* .le 15 et 16 septembre 2005 Paris Dauphine
- Prestini-Christophe M : *l'accompagnement et ses paradoxes : accompagnement et formation tout au long de la vie.* 2003
- Robo P. : *Analyse de pratiques professionnelles et accompagnement, un panorama pour une formation accompagnante au service de formateur, cadres, de stagiaires.* Rectorat académie Dijon/ ESSEN .le 06 septembre 2010

## Sites internet

- Textes législatifs  
Consulté le 03 mars 2017,  
Consultable sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/>

- Wiktionnaire  
Le dictionnaire libre  
Définition coaching  
Consulté le 10 février 2017  
Consultable sur :  
<http://fr.wikipedia.org/wiki/coaching>
- Le répertoire des Métiers de la Santé et de l'Autonomie, fonction publique hospitalière  
Fiche métier encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales  
Consulté le 01 février 2017  
Consultable sur :  
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.fr>
- Le site du Ministère des Affaires Sociales de la Santé  
Document de travail : diplôme de cadre de santé référentiel d'activités et de compétences travaux de groupe de production CS décembre 2012  
Consulté le 07 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://www.sante.gouv.fr>
- Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et de la Statistique  
Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé  
Consulté le 09 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>
- Le site de la Direction Générale de l'Offre de Soins  
Consulté le 05 avril 2017  
Consultable sur :  
[www.social.sante.gouv.fr/fichiers/](http://www.social.sante.gouv.fr/fichiers/)
- Le site de l'HAS  
Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé HAS  
Consulté le 10 avril 2017  
Consultable sur :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

- Le site de l'ANFH  
Guide pratique *la gestion prévisionnelle des métiers et compétences, comprendre, agir, s'équiper*,  
Consulté le 03 février 2017  
Consultable sur :  
<http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/comprendre>
  - Atilf, le dictionnaire en ligne,  
Définition de management,  
Consulté le 25 mars 2017  
Consultable sur :  
<http://www.atilf.fr/tlfi>
- Définition de management,  
Consulté le 25 mars 2017  
Consultable sur :  
<http://www.atilf.fr/tlfi>

### **Articles électroniques**

- ANAP : *Améliorer la gestion des ressources humaines, Evaluations professionnelle du personnel non médical*  
Recueil de pratiques observées 2011  
Consulté le 02 avril 2017  
Consultable sur :  
[www.anap.fr](http://www.anap.fr)
- Damji.L *faible mobilité dans la fonction publique : ce qu'en pensent les agents /Dossier : Réussir sa mobilité dans la fonction publique (4/13)*  
Consulté le 24 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://infos.emploipublic.fr/dossiers/changer-de-fonction-publique-la-mobilite>
- Le droit à la formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière,  
Consulté le 13 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://infosdroits.fr/le-droit-a-la-formation-professionnelle-des-agents- dans-la-fonction-publique-hospitaliere>
- Site La Documentation Française  
*La gestion des âges de la vie dans la fonction publique : pour une administration moderne et efficace*,  
Rapport au Premier ministre, Assemblée  
Consulté le 06 avril 2017  
Consultable sur :  
[www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

- Devallée E : *La direction par les objectifs, et après ?*,  
Consulté le 05 avril 2017  
Consultable sur :  
<https://www.cairn.info/>
- Gaunand A, *Définition du manager et leader*  
Consulté le 26 mars 2017  
Consultable sur :  
<http://www.antonin-gaunad.com/leadership/leader-ou-manager>
- Gugast C, Actualité n°280 juillet août 2011  
Consulté le 12 février 2017  
Consultable sur :  
<http://www.cahiershospitaliers.com/>
- Lehmann JP. *Ce que prendre soin peut signifier* Le Coq-héron 2005/1 n°180 p50-54  
Consulté le 26 novembre 2016  
Consultable sur :  
[www.cairn.info/revue-le-coq-heron](http://www.cairn.info/revue-le-coq-heron)
- Margoton N, *Management : donner du sens, c'est-à-dire ? L'entreprosophe – l'entreprise en question*,  
Consulté le 09 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://www.lentreprosophe.com>
- Motta JM. *Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'un-dividu » soignant* octobre 2003  
Consulté le 05 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://www.cadredesante.com>
- Noguera F, Lartigau J *De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives*,  
Consulté le 5 avril 2007  
Consultable sur :  
<http://www.cairn.info>
- Revue de Sociologie,  
Consulté le 01 février 2017  
Consultable sur :  
<http://www.persee.fr/doc/>



- Vassel O. *Crise du sens défis du management* Cairn info  
Consulté le 3 mars 2017  
Consultable sur :  
[www.cairn.info](http://www.cairn.info)
- Zignagi .G *l'ordonnance « mobilité » publiée*  
Consulté le 27 avril 2017  
Consultable sur :  
<http://www.lagazettedescommunes.com>







## **Annexes**



## **Guide d'entretien**

Ce guide d'entretien est élaboré pour compléter notre recherche auprès des cadres de santé en EHPAD.

Les thèmes abordés permettent de mettre en évidence le rôle managérial dans le domaine de l'accompagnement des compétences des agents en EHPAD dans un contexte de d'évolution professionnel.

Cet outil permet d'enrichir, d'améliorer notre recherche et de confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ.

**Question 1 :** Depuis quand êtes-vous diplômé cadre de santé ?

**Question 2 :** Depuis quand exercez-vous cette fonction à ce poste ?

**Question 3 :** Votre établissement est-il public ?

Territorial ?

Privé ?

Dépend-t-il d'un centre hospitalier ?

**Question 4 :** Comment favorisez-vous le développement des compétences des agents ?

**Question 5 :** Quels outils ou moyens utilisez-vous pour cela ?

**Question 6 :** Quelle est la place du cadre de santé dans l'évolution du parcours professionnel de ses collaborateurs ?

**Question 7 :** Que pensez-vous du management par compétences et de son développement ?

**Question 8 :** Estimez-vous faire du coaching auprès des agents ?

De quelle manière ?

**Question 9** : Estimez-vous prendre soin de vos collaborateurs ?

**Question 10** : Sous quelle forme selon vous ?

**Question 11** : Avez-vous des agents présents dans l'établissement depuis plus de 10 ans ? Si oui, quelle fonction occupent-t-ils ?

**Question 12** : Est-ce un choix pour eux ?

**Question 13** : Si oui, quels moyens, quels outils utilisez-vous afin qu'ils développent leurs compétences ?

**Question 14** : Pensez-vous avoir dans votre établissement une GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences)

**Question 15** : Comment est-elle déployée ?

Qui s'en charge ?

La DRH ?

La direction ?

Vous-même ?

**Question 16** : Que pensez-vous de la mobilité ? Est-elle un moyen pour développer les compétences ?

**Question 17** : La mobilité est-elle nécessaire selon vous ? Si oui pourquoi ?

**Question 18** : Comment peut-on favoriser celle-ci ?

Quels sont les freins d'une mobilité ?



## Table des matières

Introduction.....	1
Problématique.....	12
Hypothèse de travail.....	13
Méthodologie de recherche .....	14
Annonce du plan.....	18
A Le cadre de santé par le management par compétence.....	19
1. Le cadre et l'accompagnement.....	20
1.1 Historique du mot accompagnement .....	20
1.2 Définition actuelle .....	20
1.3 Différents modes d'accompagnement .....	22
2. Le management par compétences.....	25
2.1 Définition de compétence.....	28
3.Par le coaching .....	32
4. Par la gestion de carrières appelée GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) .....	37
4.1Rappel du cadre juridique.....	37
4.2 La création de la GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences).....	39
Conclusion 1 <sup>ère</sup> partie.....	48
B Le cadre de santé par le management par le sens .....	50
1 .Sur le plan philosophique du mot sens .....	51
2. par le prendre soin .....	53

3 .Généralités sur la composition de la pyramide des âges au sein des EHPAD .....	57
4. par la mobilité et ses différentes formes .....	60
4.1 Rappel législatif.....	61
4.2 Constat dans la Fonction Publique .....	64
4.3 Constat actuel de la mobilité .....	66
4.4 La peur du changement .....	66
4.5 Freins plus particulièrement dans les EHPAD .....	67
4.5.1 Causes de ces freins.....	68
4.5.2 Conséquence pour les résidents.....	69
4.6 Propositions apportées au niveau général.....	70
4.7 Propositions locales.....	71
4.8 Intérêt de la mobilité.....	73
4.8.1 La disponibilité.....	73
4.8.2 Le cas de la mobilité forcée.....	73
4.8.3 Les risques à rester dans un même service .....	74
4.8.4 L'évolution favorable .....	75
4.8.5 Les cadres y sont favorables.....	75
4.8.6 Retour positif lors de la mobilité .....	76
5. Développement des compétences par la formation .....	77
5.1 La formation.....	77
5.1.1 La législation .....	77
5.1.2 Le plan de formation .....	78
5.1.3 La formation continue : ses missions .....	79
5.1.4 Le financement de la formation.....	82
5.1.5 Le DPC (Développement professionnel continu).....	82
5.1.6 Le CPA : le compte personnel d'activité.....	83
5.2 Entretien de formation.....	84
5.2.1 Evaluation et entretien professionnel dans la Fonction Publique Hospitalière .....	84
5.3 Intérêt des formations.....	85
5.3.1 Types de formation.....	86
5.3.2 La transmission des savoirs .....	87
5.4 Les freins aux formations .....	88

5.5 Retour positif des formations .....	89
5.6 EPP (Evaluation des pratiques professionnelles) .....	90
5.7 Rôle et place du cadre dans l'évolution des compétences.....	91
Conclusion 2 <sup>ème</sup> partie .....	94

Conclusion.....	96
Retour sur la problématique .....	97
Perspectives professionnelles .....	99

Bibliographie

Annexes

Table des matières

## Résumé

**Mots clés :** Cadre de santé, compétence, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, accompagnement, prendre soin, mobilité, coaching

Grâce au maintien à domicile des personnes âgées, et à l'augmentation de l'espérance de vie de celles-ci, l'entrée en EHPAD se fait de plus en plus tardivement. Cependant les résidents sont très souvent poly pathologiques. Face à cela, le cadre de santé doit veiller au maintien et au développement des compétences des agents.

L'étude menée pose la problématique suivante :

**« Comment le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante vers un processus de professionnalisation dans un contexte d'évolution de pratique soignante en EHPAD ? »**

Pour répondre à notre problématique, nous avons traité deux types de possibilité. En premier lieu, le cadre de santé par son accompagnement doit favoriser un management par compétences, de coaching pour une gestion des carrières des équipes. Et en second lieu, le cadre par son management par le sens, dans un contexte de soin évolutif doit contribuer à la mobilité des agents afin de valoriser et développer leurs compétences.

Par le biais des entretiens semi-directifs conduits sur le terrain, nous avons investigué auprès des cadres de santé dans le secteur EHPAD public, privé, rattaché ou non à un centre hospitalier.

En conclusion, le cadre de santé est donc le pivot central de l'équipe, il doit en prendre soin et favoriser leurs compétences par l'incitation aux formations et à la mobilité.





