

Colloque international du Resipro (n°487) « Entre réflexif et prescriptif. Analyse des dispositifs d'apprentissage et de formation des communicateurs », 9-10 mai 2013 – 81^{ème} Congrès de l'ACFAS, Université de Laval, Québec.

Les compétences communicationnelles, l'impensé de la réingénierie de la formation des cadres de santé

Valérie Lépine, Gresec, Université Grenoble Alpes
Bertrand Parent, Prefic's, EHESP

Introduction

Cette contribution s'inscrit dans une recherche qui porte sur les compétences communicationnelles mobilisées en situation professionnelle d'encadrement et de « conduite du changement ». Dans le cas présent, la réflexion n'est pas directement orientée sur les professionnels de la communication mais sur les acteurs de la communication au travail, c'est à dire les cadres. Nous nous intéressons ici aux cadres de santé, dans le système public hospitalier français. Ceux-ci portent la responsabilité d'accompagner les mutations organisationnelles en cours et leurs fonctions et missions sont actuellement en cours de redéfinition. Il s'agit d'interroger les articulations entre deux grands champs dans lesquels se joue cette redéfinition : d'une part celui des missions, responsabilités et compétences dans un référentiel de métier ; d'autre part celui des contenus de formations puis de les confronter aux situations de travail vécues par les cadres, en repérant les intrications mais aussi les impensés du rapport complexe entre compétences managériales et compétences communicationnelles.

En effet, de nombreuses réformes ayant pour objectif la modernisation et à la rénovation du système de santé, se sont succédées à un rythme soutenu depuis une quinzaine d'années en France. Ces réformes visent toutes l'intégration des soins et des services et à améliorer leur performance. Elles impliquent une redistribution importante des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé et mobilisent de nombreux dispositifs de normalisation et de transformation des activités de prise en charges des patients et usagers. Par exemple, la mise en œuvre du nouveau fonctionnement en pôles au sein des hôpitaux a justifié le développement décentralisé des fonctions administratives et d'encadrement et, corollairement, du nombre de cadres autour d'une structuration plus forte de la ligne hiérarchique qui fait apparaître désormais un encadrement supérieur coordonnateur de pôle. Cependant différentes études (Gadéa, 2009) ont montré le faible niveau relatif du taux d'encadrement dans le secteur hospitalier et plus généralement dans les structures de santé ; dans le même temps la complexification des missions du système hospitalier et l'impératif accru de la qualité des services rendus aux usagers mettent les cadres au défi de porter la déclinaison d'une adaptation rapide de tous les agents aux nouvelles exigences posées tant par la tutelle politique que par les attentes de la sphère publique. Les cadres sont donc aux prises avec des problématiques considérables, or tous ne se sentent pas

nécessairement suffisamment outillés, formés, accompagnés pour réussir dans ces missions aux contours parfois encore flous.

Ainsi, dans un contexte de renouvellement générationnel (d'ici 2015, près de 80% des cadres et cadres supérieurs en poste en 2000 seront partis en retraite) et dans les suites des travaux conduits par Chantal de SINGLY, Céline MOUNIER et Michel YAHIEL, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère de la Santé a démarré en 2011 la réingénierie du diplôme de cadre de santé. En préalable à ce travail de réingénierie pédagogique, cette direction centrale a engagé une réflexion prospective sur les facteurs qui impactent l'exercice des cadres de santé afin d'établir un référentiel des compétences des cadres de santé. Ce référentiel devrait constituer un socle à partir duquel sera décliné le référentiel de formation professionnelle recensant les ressources que les professionnels paramédicaux doivent acquérir ou développer pour exercer des fonctions d'encadrement.

Dans ce contexte, un certain nombre des compétences requises a été clairement identifié à partir des activités organisationnelles et gestionnaires traditionnellement réalisées par les cadres à différents niveaux (gestion des ressources budgétaires, matérielles et humaines ; organisation des flux de patients, etc.). Certaines activités sont spécifiquement liées à la dimension managériale de la fonction : animer une équipe, l'entraîner dans la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du travail ou dans la pleine participation dans la déclinaison local du projet d'établissement ; conduire un projet ; repérer les potentiels et encourager, accompagner l'évolution des personnels ; gérer les conflits, etc.

Or, ces compétences cruciales nous semblent relever d'une activité complexe de dialogue, de concertation, de négociation, d'information qui sollicite des ressources personnelles, matérielles, organisationnelles. Nous posons que ces activités relèvent d'une **compétence communicationnelle complexe**. Notre hypothèse est que ces compétences multidimensionnelles (communication organisationnelle, managériale, institutionnelle, promotionnelle) ne sont pas identifiées comme telles par les acteurs institutionnels et sont donc en l'état la fois peu visibles et peu objectivables. Elles apparaissent le plus souvent réduites à des capacités de transmission d'information ou encore liées à des qualités relationnelles propres à la personnalité des individus.

Ce constat interpelle le chercheur en SIC, au moment où la complexification des missions du système hospitalier incite à saisir l'enjeu que représente la mobilisation de ressources et compétences communicationnelles des cadres dans leurs activités de travail (Lépine, Parent, 2010). Dans ce sens, l'hypothèse que nous voudrions défendre et explorer ici, renvoie à celle déjà posée par ailleurs de la disparition - au moins partielle - de l'épaisseur du travail (Zarifian 2010 ; Clot 2011) dans les systèmes de représentation du travail. Cette disparition serait observable à deux niveaux : d'une part dans le processus politique de négociation de redéfinition du contenu des métiers ; d'autre part dans le processus de déclinaison du métier en référentiel de compétences. Omniprésente dans la justification des démarches de concertation, la communication semble être perpétuellement impensée et donc observée dans les pratiques. Nous travaillerons cette hypothèse à partir d'une méthodologie qualitative mobilisant deux types de données. L'analyse portera d'une part sur l'ensemble des travaux,

rapports, référentiels produits ou initiés par la DGOS dans sa démarche de réingénierie des formations des cadres de santé entre 2009 et 2012 ; d'autre part, sur une analyse des discours recueillis auprès de deux types d'acteurs : des responsables institutionnels et administratifs impliqués dans les travaux engagés par le Ministère de la Santé (4 entretiens menés auprès des services de l'IGAS et de la DGOS en 2013) et des cadres de la fonction publique hospitalière¹.

1 Formation et référentiel de compétences : l'impensé - partiel - de la communication

Dans cette partie nous montrerons que la communication reste une dimension absente ou envisagée de manière réductrice dans les référentiels de compétences des cadres du secteur de la santé. Cette absence tient à la fois à la nature et au mode même de construction des référentiels de compétences, qui ne retiennent du travail des cadres que les activités de gestion et d'organisation, réduisant la communication à des processus de transmission d'information. Le référentiel de compétences cadres 2013 DGOS marque cependant une évolution par rapport à cette constante. La communication apparaît désormais comme une compétence à part entière, mais son contour reste flou, assimilé à une compétence « transversale ».

Développés dans le milieu de l'entreprise, les référentiels de compétences deviennent progressivement une réalité dans le secteur de la santé. Longtemps considérés comme des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, leur diffusion et leur utilisation restent marquées par de nombreuses incertitudes. Les confusions sémantiques et théoriques au sujet de la notion même de compétence sont légion et les intitulés même des ces référentiels (de compétences, d'activité, de formation..) ne sont pas toujours précis. Les sources de leur production sont le plus souvent monotypées et il s'agit le plus souvent d'instituts de formation.

De nombreuses études ont déjà décrit les domaines d'activité investis par les cadres de santé. Elles montrent toutes leur engagement fort dans la gestion des ressources humaines et l'émergence de la fonction de contrôle. Cela a été bien souvent signalé, lors du développement de l'hôpital moderne, les cadres étaient issus du rang. Ce sont leurs compétences de techniciens (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateur radio) mais aussi leur ancienneté qui leur permettaient de devenir surveillant. Les valeurs et les références qui étaient mises en valeur étaient celles du métier d'origine dans un hôpital où l'activité administrative et gestionnaire est encore balbutiante. Les conditions économiques et les nouvelles formes de gouvernance hospitalière vont largement modifier les activités des cadres. Le surveillant des années 90 n'est plus un super technicien, mais devient un encadrant. Notons que cette formule est tautologique, mais significative, car elle définit le cadre de santé comme un encadrant sans proposer de contenu au travail, à son organisation et à la qualification nécessaire. Pour de nombreux auteurs dont Zarifian, cette évolution ne doit pas être comprise comme une opposition entre le modèle de métier et le modèle de poste de

¹ 25 entretiens qualitatifs approfondis ont été conduits entre 2009 et 2011 auprès de cadres de santé en unités de soin, cadres supérieurs, cadres coordonnateurs de pôle, directeurs des soins, cadres formateurs en instituts de formation. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre de recherches sur la reconnaissance des cadres (Lépine, 2009, 2010) et sur les enjeux du Nouveau Management Public (Grima, Lépine, Muller, Peyrelong, 2010). Sans être centrés sur ces aspects, ils abordaient aussi la question des activités de management, des compétences et des parcours de formation.

travail, mais comme une tendance dont la phase actuelle se concrétise par le développement de l'approche compétence. Reste qu'aujourd'hui, c'est un métier qui conserve un ancrage fort dans un autre métier, celui d'origine (soignant – majoritairement – ou médico-technique).

Nous le savons, le malaise des cadres de santé est fondé sur un besoin de légitimation et sur la nécessité d'une meilleure connaissance de leur travail. Il s'agit bien de favoriser l'identification des cadres santé au travail afin d'assurer, d'une part, la reconnaissance externe et d'autre part, l'auto-reconnaissance de ces professionnels. Les référentiels de compétence sont les derniers outils produits pour connaître le travail des cadres de santé et répondre à cette demande de reconnaissance. Plus élaborés que les fiches de poste (que l'on retrouve encore dans les établissements et qui servent au recrutement à l'évaluation des agents), ils visent tous une description fine des activités réalisées et des ressources mobilisées par les cadres en situation de travail. Les référentiels observés peuvent être de quatre types : des référentiels d'activités, des référentiels métiers, de compétence ou de formation. Ils sont tous envisagés comme une manière de comprendre les activités, mais également de modéliser l'objet choisi. Ils permettent l'explicitation des pratiques professionnelles prescrites ou réelles, afin d'optimiser l'organisation du travail et la délimitation des niveaux de qualification requis.

L'existence de référentiels concernant les cadres de santé est restée souvent confidentielle. Aujourd'hui, une recherche sur internet permet d'en retrouver un nombre significatif : référentiel de l'association nationale des cadres infirmiers et médico-techniques, référentiels de l'IFCS APHP, IFCS Lyon, etc. Les modalités de construction de ces référentiels ne sont pas toujours explicitées. Certains s'appuient sur des études de documents, d'autres sur des enquêtes de terrain avec observation des pratiques, quand certains sont le résultat de groupes de travail pluri-professionnels. La notion de compétence n'est pas toujours définie et peut renvoyer à des conceptions et des usages extrêmement variés. Ces différences méthodologiques donnent à voir des référentiels très hétérogènes dans leurs contenus et formes, et où la référence aux activités est exprimée parfois en termes de fonction, de compétence ou de domaines d'activité. L'analyse comparée de ces documents, produits ou relayés par des organismes professionnels de formation ou de représentation, met en évidence des référentiels centrés sur l'activité d'organisation et de gestion des ressources humaines et techniques.

Source ou porteur du référentiel	Intitulés des catégories retenues
<p style="text-align: center;">ANCIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le cadre organise les soins dans le respect des droits du patient en mobilisant les connaissances professionnelles et les moyens pour faciliter les complémentarités des partenaires. • Le cadre détermine les besoins et les catégories professionnelles nécessaires au fonctionnement du service dans le respect du droit du travail et des législations professionnelles spécifiques. • Le cadre maîtrise l'évaluation, ses concepts, ses outils et apporte les modifications nécessaires à l'amélioration de la qualité. • Le cadre initie, accompagne et valorise le développement professionnel des membres de l'équipe.

<p style="text-align: center;">ANCIM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le cadre assure la qualité de la communication interne et externe au secteur dans le respect de la confidentialité. • Il veille à l'amélioration des conditions de travail. • Le cadre assure la gestion des matériels du service ou du secteur. • Le cadre prévoit et surveille l'approvisionnement indispensable à la qualité des prestations. • Le cadre repère les axes de recherche pour améliorer la prise en charge des patients, participe et / ou favorise la participation du personnel aux activités de recherche.
<p style="text-align: center;">SNPI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin • Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin- • Encadrer (ou manager) des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin • Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle • Conduire une démarche qualité et de gestion des risques • Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche • Contrôler et évaluer les activités • Communiquer, transmettre les informations et rendre compte
<p style="text-align: center;">IFCS CHU Montpellier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une prestation et une relation de qualité avec le patient et/ou sa famille • Prendre en compte le travail réel • Accompagner les professionnels • Naviguer entre les 3 places (acteur, agent, auteur)

A.N.C.I.M. Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médico - techniques Hôpital, Novembre 1998 - Novembre 2000

SNPI Syndicat National des Professionnels Infirmiers - Janvier 2013

Institut de Formation des Cadres de Santé du CHRU de Montpellier - Projet 2010-2011

Dans tous ces documents, qu'ils soient anciens ou plus récents comme le référentiel de compétence des cadres de santé de l'APHP (juillet 2010), ceux-ci présentent systématiquement les phénomènes de communication de façon réductrice, c'est-à-dire réduits à des processus d'information. Il s'agit toujours de « gérer l'information relative au secteur » en maîtrisant « les techniques et outils de communication écrite ou orale ». Il s'agit de « traiter activement l'information pour construire du sens », de « produire une communication orale ou écrite claire, organisée et efficace », de « transmettre, reformuler, traduire, adapter »... un message existant en tenant compte des exigences de la situation de communication, ou encore « participer de manière efficace à une communication réciproque à l'oral ou à l'écrit ».

Des compétences, que nous pouvons rapprocher du domaine de la communication, sont évoquées ou explicitées dans ces référentiels mais toujours en termes de compétence « relationnelle » d'animation des collectifs de travail. Lorsque le cadre est sensé « manager et animer une équipe pluri-professionnelle dans un secteur de prestations de soins et de services », certaines des compétences contributives sont désignées en termes de capacité à « expliquer, convaincre, négocier avec les équipes, les usagers et les partenaires ». La notion de communication n'apparaît jamais en propre.

Le référentiel des activités et compétences du cadre de santé responsable d'unité de soin tel,, qu'il est stabilisé à ce jour (avril 2013) par la DGOS dans le cadre du groupe de travail « réingénierie de la formation des cadres de santé », marque une évolution par rapport aux travaux précédents sans pour autant constituer une véritable rupture. En effet, celui-ci présente un intitulé de compétence comprenant le terme de communication : « Communiquer, transmettre les informations et rendre compte ». Il s'agit de la huitième et dernière compétence retenue par le groupe de travail et celle-ci se décline en sous-domaines présentés ici :

- 1 Relayer la politique de la structure
- 2 Organiser, dans le respect de la réglementation, les moyens permettant d'assurer la traçabilité des informations et la qualité des transmissions
- 3 Mettre en œuvre une communication adaptée avec les patients et leur entourage
- 4 Communiquer en situation de crise
- 5 Produire, coordonner et transmettre les informations nécessaires aux activités et à leur suivi en utilisant les systèmes d'information
- 6 Rendre compte des activités, des incidents, des résultats des actions menées et des performances individuelles et collectives
- 7 Produire un bilan annuel d'activités, des comptes-rendus de réunions, des rapports spécifiques,
- 8 Formaliser et communiquer en interne et en externe les objectifs et les résultats des projets et des travaux conduits.

Là encore, les phénomènes de communication renvoient principalement à la maîtrise de techniques et outils de transmission d'information lorsqu'il s'agit par exemple « de rendre compte des activités » ou « d'assurer la traçabilité des informations ». La communication apparaît toujours principalement orientée sur la gestion des activités. C'est à dire la communication au travail correspondant à l'information nécessaire à la prise de décision, à la régulation de l'action. Comme dans une longue tradition managériale, héritée du travail industriel, le système d'information qui passe désormais par les êtres humains (et plus simplement les objets techniques) doit permettre la transmission de la bonne information au bon moment au bon opérateur. Dans la sphère de la santé, le fantasme du contrôle total des activités et des personnes n'est pas complètement absent et l'évolution des conceptions de l'information et de la communication en rapport les organisations de travail pourrait servir de bon traceur de la prégnance de cette problématique dans ce secteur. Cependant, l'épaisseur des phénomènes de communication – envisagée comme la coproduction de sens partagé dans des situations de travail – apparaît malgré tout et de manière plus forte que dans les référentiels produits précédemment. En effet, la qualité de la communication avec les patients et leur entourage est désormais identifiée comme une capacité essentielle du cadre de proximité. Celui-ci devra savoir expliciter et rendre lisibles les parcours de soin, expliquer des décisions, des protocoles de soin, s'assurer de l'engagement des patients dans l'activité de soin, ou encore développer des comportements de promotion de la santé. Ces activités ne peuvent se soustraire d'une définition élargie des phénomènes de communication où l'émergence de sens partagé dans des interactions complexes ne peut être exclue ou impensée.

Mais c'est en interrogeant les responsables du groupe de travail ministériel que l'évolution dans la manière d'envisager les phénomènes de communication se manifeste plus fortement. Ceux-ci indiquent en effet clairement que la communication leur apparaît comme une compétence managériale essentielle du cadre de santé. Elle est identifiée dans le référentiel de compétence aux « ressources personnelles permettant de s'adapter, de développer des capacités relationnelles, de s'affirmer et de s'auto-évaluer ». Comme dans la plupart des réflexions sur la « relation de service », l'accent est mis sur la dimension relationnelle de la compétence requise pour assurer la relation d'animation d'un collectif orienté « soin », qui serait radicalement différente de la dimension technique. Elle renvoie donc à des compétences relationnelles dont le contenu, qu'il soit décrit en termes de qualités comportementales, de savoir-être, d'aptitudes à la communication, paraît ici encore bien difficile à analyser, à objectiver et à évaluer.

Or il semble que les référentiels de compétences soient produits pour expliciter et permettre la reconnaissance des ressources et compétences mobilisées par les travailleurs dans leurs activités. Et ici encore, le référentiel de compétence des cadres de santé occulte une partie essentielle du travail de ces acteurs, la part communicationnelle, alors que les discours, les échanges et les réponses aux questions de notre enquête la mettent en exergue.

Pour comprendre ce constat, nous tenterons dans la partie suivante de rentrer dans une clinique de l'activité où il s'agira de préciser quelque peu ces compétences communicationnelles tant évoquées mais pour autant peu explicitées.

2 Expliciter l'activité de travail et ses enjeux communicationnels pour penser les compétences puis la formation

La fonction « cadre de santé » implique statutairement la capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à une fonction d'encadrement et d'enseignement. Particulièrement complexe, cette fonction requiert des capacités d'adaptation, un sens développé des responsabilités, ainsi que des attitudes professionnelles de base indispensables : outre les savoirs techniques de la profession, elle exige aussi des connaissances en matière de santé publique pour comprendre le système de soins, mais surtout des compétences communicationnelles pour accomplir non seulement les tâches quotidiennes d'organisation et de gestion de la production de soin (communication organisationnelle et managériale) mais aussi de promotion des activités et construction de la légitimité des acteurs et des actions. De même, nous verrons dans cette partie que les compétences des cadres de santé, bien plus que de simples savoirs, savoir-faire et savoir-être indissociables des motivations ou caractéristiques individuelles des personnes, sont nécessaires à l'émergence de dynamiques collectives et de coopération dans les unités de soins.

Dans ce sens, les référentiels de compétences étudiés révèlent bien la situation critique des cadres de santé aujourd'hui : des agents aspirés vers d'autres scènes du travail que celle du travail de proximité mais attendus dans leur capacité à réguler les collectifs de travail. Non formés pour traiter ces situations et ces tensions, l'invitation à sélectionner les cadres sur la

base de caractéristiques personnelles ne suffira pas à limiter les effets de contre-productivité et le désengagement du travail. Nous formulerons alors l'hypothèse d'un management entravé.

Communication et travail, les dimensions impensées

Tous les terrains d'observation démontrent que la communication est indispensable à la plupart des activités de travail, parfois-même elle la constitue. L'action ne se limite pas à appliquer un programme établi mais exige d'interpréter la situation et de réagir aux circonstances. Il faut que chacun confronte sa vision du travail pour la compléter, la nuancer à celles des autres. Les métiers ont plusieurs facettes ou rôles qui vont devoir s'ajuster et coexister. Agir en commun est une raison supplémentaire de communiquer. J.Girin (2005) dans une étude maintenant classique a étudié la place du langage dans les organisations, et sur le temps que passent les cadres à communiquer (80% de leur temps selon H.Mintzberg). Il a ainsi montré que le langage ne sert pas seulement à transmettre de l'information, car cela équivaudrait à considérer l'acteur au travail comme une « machine de traitement de l'information » pour reprendre le terme de R.Déry (2005). Selon J.Girin, dans les activités organisées, il existerait 2 types d'actes de communication, où le langage occupe une large place :

- l'acte de communication fonctionnel orienté vers l'activité, vers l'accomplissement des objectifs de l'organisation,
- l'acte de communication relationnel orienté vers l'ordre social, vers la collectivité, permettant le lien social et de marquer les positions.

Pour A.Chanlat et R.Bédard (2005), le cadre est engagé dans une multitude d'échanges verbaux, et le langage devient la modalité principale pour entrer en relation avec les autres et pour obtenir des résultats. Nous sommes loin de ce que certains considèrent comme du simple bavardage, une perte de temps. Les auteurs montrent bien que le choix des mots, de leur agencement, traduira la pensée du cadre et donnera du sens à sa parole. De nombreux auteurs en sciences de l'information et de la communication ont montré comment communication et pouvoir sont étroitement liés et combien la position hiérarchique détermine les conditions de la prise de parole et de son efficacité. Pour F.Mispelblom Beyer (2010), le cadre contribue à la construction du sens du travail de part ses interactions communicationnelles avec son environnement. Le cadre donne du sens à ses actes, à ses décisions, il utilise des mots qui donnent des délais, des responsabilités, des moyens, des interdits... Ces mots peuvent ensuite se traduire en actes par les membres de l'équipe de soin, signes des liens et engagements entre les parties. Ces mots et ces discours mettent un cadre et canalisent les actions concrètes. Pour F.Mispelblom Beyer (2010), le cadre doit en permanence s'adapter aux personnes qu'il encadre, faire avec elles, composer avec, en bref trouver des terrains d'entente afin de rendre le quotidien vivable.

Dans cette perspective, encadrer serait faire « en sorte que d'autres travaillent » : l'auteur n'hésite pas à reprendre des termes militaires en comparant l'encadrement à une stratégie militaire, où il s'agit de connaître les forces en présence (réseaux, nombre de salariés encadrés,

budgets, arguments...), le terrain de l'engagement (équipe éclatée sur plusieurs lieux, thèmes maîtrisés...) et le moment choisi (moment opportun où il faut agir, parler). Pour lui, « encadrer, c'est tenir une position, défendre une certaine ligne de conduite, des objectifs à atteindre dont la réalisation concrète demande des adaptations constantes ». Par « tenir une position », l'auteur montre bien l'importance de la façon dont est occupé et exercé le poste. Dans le vocabulaire des cadres de santé cette idée est tout à fait repérable dans des expressions récurrentes : « il faut se positionner » ou « le positionnement du cadre est indispensable ».

Les formes et modalités d'encadrement sont tributaires des stratégies et politiques des organisations. C'est ce qui fait dire à F.Mispelblom Beyer (2010) que le travail d'encadrement est à la fois divisé, diversifié (dans sa multitude d'objets et de moyens d'intervention) et unifié (par sa position d'intermédiaire entre l'encadrement supérieur et les acteurs de la production de soin, par les objectifs à atteindre et le travail à faire). Du coup, « pour qu'encadrer reste possible, il faut dire, redire et encore dire, quelles sont les limites à ne pas dépasser, quelle responsabilité relève de qui, affirmer constamment sa position, sans que cela ne s'arrête jamais ».

Ainsi nous découvrons ici certains aspects du travail des cadres rarement envisagés par la littérature managériale et peu repérés par les référentiels de compétence étudiés. Nous pourrions alors mettre en évidence les dimensions de communication institutionnelle mais aussi de communication promotionnelle qui constitue une part importante du travail des cadres de santé. En effet, dans un contexte d'évolution des politiques publiques (réforme de l'État, réformes hospitalières, réformes du secteur médico-social), de mise en œuvre de démarches qualité et de certification, de prise en compte de la parole des usagers et de multiplication des situations de crise, les communications institutionnelle et promotionnelle deviennent un enjeu majeur pour la performance des établissements sanitaires. Désormais, il devient indispensable de concevoir et mettre en œuvre des stratégies de communication permettant de rendre possibles et effectives les évolutions souhaitées, de consolider la légitimité de l'institution hospitalière ou du service, d'en assurer la promotion sur un territoire donné ou un environnement donné. La légitimité des acteurs (le cadre lui-même), de leurs actions et d'une unité de soin n'est pas établie de fait et pour toujours, tant la défiance interne et externe est vive (contraintes économiques dont le cadre est porteur, erreurs médicales, intensité du travail, restructurations...). Il s'agit en permanence de convaincre et d'argumenter, d'expliquer les décisions, de les promouvoir auprès des parties prenantes (familles, usagers, associations, collègues, médecins..) de montrer et démontrer que l'on travaille bien et pour le bien commun... Il ne s'agit pas seulement d'unifier les orientations de travail, de mobiliser les agents dans l'action, il est nécessaire d'en construire et développer la légitimité sociale et économique.

Coopération et communication, la dimension tronquée

Ce qui marque le plus la période actuelle et qui est souvent négligé par le management, la littérature managériale et les référentiels de compétence associés, c'est que le vecteur principal

de la coopération est précisément la communication directe dans le travail (et pas simplement le cadre organisationnel ou l'action managériale de direction). Cela peut s'expliquer par la complexification, l'intellectualisation et l'évolutivité rapide du travail à réaliser en commun. Processus qui implique de partager la compréhension des problèmes, faire se confronter les analyses, se projeter ensemble dans l'avenir et anticiper les actions à mener, voire élaborer ensemble des protocoles, des scripts supports de l'action, coécrire en quelque sorte la conception de ce que l'on doit entreprendre ensemble. Du même coup, on vérifie empiriquement que toute coopération dans le travail suppose des temps d'échange, de discussion, de réflexion collective, pour se mettre d'accord sur la compréhension des problèmes à résoudre, pour se réajuster, pour rectifier, pour mettre en commun l'expérience acquise, pour explorer de nouvelles solutions, etc. C'est cela le travail de production de soin dans une prise en charge qui se veut de plus en plus personnalisée et qui apparaît de plus en plus distribuée dans l'espace et le temps. Le travail est constitué de plus en plus par des prises d'initiatives qui doivent être collectives et convergentes, les plus pertinentes possibles au regard des enjeux en matière de santé. La prise d'initiative et de responsabilité face à des situations de soin évolutives et de plus en plus marquées par des événements imprévus constitue la réalité quotidienne des unités de soin.

Ainsi, du point de vue du cadre de proximité, il s'agit d'assembler et composer à partir d'un ensemble de compétences des prises en charge adaptées aux patients. La coopération doit donc être effective dans ces espaces de travail. Coopérer, c'est opérer ensemble, agir ensemble, travailler conjointement, et cet agir ensemble ne peut se consolider, dans les unités de soin, que si l'on partage des enjeux communs. Les enjeux ne sont pas simplement des objectifs de production, nécessitant la distribution d'informations parcellaires et utiles directement. Les enjeux relèvent de la longue portée tandis que des objectifs renvoient à des échéances certaines et circonscrites dans le temps. Et pour affronter ces enjeux du soin, il faut les connaître, en développer l'intelligence, les faire partager. Un enjeu ne peut pas être prescrit. Il doit être compris et admis. C'est en cela que le travail du cadre de proximité ne peut être réduit à une activité technique d'organisation de la division du travail (les plannings..) mobilisant des compétences personnelles « plus ou moins innées » ou liées aux aptitudes puisées dans les compétences du métier de soignant (« prendre soin de son équipe ») pour s'assurer de la motivation des membres de l'unité de soin. Le cadre doit réussir à faire agir ensemble et coopérer des acteurs aux logiques d'action et aux intérêts pas toujours convergents, aux cultures professionnelles et aux statuts différents, aux modes de rémunération et d'intervention parfois très divers. Cela lui sera rendu difficile si cette part du travail ne lui est pas reconnue mais surtout si son activité d'encadrement est entravée.

Un travail d'encadrement entravé

De nombreuses études et les entretiens réalisés ont permis d'observer un phénomène de plus en plus important de « désertion » du terrain de la proximité et de l'unité de soin par les cadres dits justement de proximité. Des auteurs comme Detchessahar (2011) ont en effet montré que les cadres de proximité étaient en fait aspirés vers deux autres « scènes » du travail : la machine de gestion et les multiples projets transversaux. Ce phénomène s'observe

particulièrement dans le secteur de la santé et à l'hôpital. Les cadres de santé alimentent désormais la machine de gestion en informations (*reporting* sur les indicateurs de gestion, des tableaux de bord...orientés résultats de l'activité et non contenu de l'activité). De même, les cadres apparaissent de moins en moins au chevet des équipes et des malades, mais se retrouvent au chevet de la machine de gestion qu'ils soutiennent.

Le monde de l'information apparaît aux dépens du monde de la communication. De plus, les cadres de proximité sont maintenant mobilisés par de très nombreux projets, orientés vers "l'innovation managériale". Ces projets s'effectuent selon des temporalités très différentes de celles du soin et avec des acteurs externes à l'organisation et par conséquent peu impliqués dans le soin. On peut alors observer une aspiration vers le haut des cadres de proximité. Ainsi, les nouvelles formes de gouvernance hospitalière et le management supérieur mobilisent les cadres dans des réunions multiples notamment liées à des projets transversaux ou les fixant pour *reporting* devant les écrans de la machine de gestion, et ce faisant entravent le travail attendu des cadres de proximité.

Conclusion

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés aux compétences communicationnelles de cadres de santé telles qu'elles sont identifiées dans les référentiels sensés les décrire, les reconnaître et les promouvoir. Nous avons rencontré les principaux acteurs de cette mise en mots de l'activité des cadres de santé. Notre enquête a montré que ces compétences spécifiques sont dans la plupart des cas confondues avec des compétences managériales générales, dont elles sont difficilement distinguées. Reconnues comme constitutives de la fonction de cadre, le vocable utilisé peut varier. On parle de : « savoir être », « compétences comportementales », « compétences transverses » mais jamais de compétences communicationnelles à proprement parler.

Il apparaît clairement, au regard des réponses de nos interlocuteurs et des référentiels étudiés que la définition et la déclinaison même de ces compétences spécifiques est une difficulté : les critères, les termes utilisés restent assez pauvres et ne permettent pas d'appréhender la complexité et la globalité de ces compétences humaines. La formalisation, même si elle se comprend par le souhait d'homogénéiser les pratiques et d'objectiver l'évaluation des compétences, ne permet pas de les appréhender dans leur spécificité et leur globalité. Ainsi, notre recherche met en évidence la difficulté de définir, de conceptualiser ces compétences communicationnelles, qui pour de nombreux interlocuteurs sont insaisissables car elles renvoient à ce qui fait la singularité même de chaque cadre. Si leur identification est rendue aléatoire, leur déclinaison et traduction en critères d'évaluation, en références par rapport auxquelles mesurer, évaluer, semble donc illusoire pour de nombreux acteurs.

Il nous semble au contraire nécessaire de les identifier. Sans ce travail conceptuel ancré dans les réalités du travail de cadre comment concrètement former et développer l'acquisition de ces compétences communicationnelles ?

Dans un contexte particulièrement normatif de description des activités réalisées par les acteurs en organisation, sans doute en appui d'un mouvement plus général de rationalisation du travail, la compétence a fait l'objet de très nombreux travaux dans les institutions et les organisations. Le modèle de la compétence exposé notamment par Zarifian émerge au tournant des années 90 quand les mutations observées dans les organisations marquent précisément la fin d'un modèle fonctionnel. La construction de référentiels de compétences constitue, depuis quelques années déjà, un enjeu important pour bon nombre de champs professionnels. En effet, ces outils sont censés fournir une valeur ajoutée, aussi bien en ce qui concerne le repérage et la délimitation des niveaux de qualification des personnels, que l'explicitation des pratiques professionnelles réelles et/ou prescrites (notamment dans le but d'optimiser l'organisation du travail et le management), l'évaluation des acquis afin d'élaborer des objectifs ciblés de formation, la mise en œuvre d'une démarche qualité, etc. Il n'est donc pas étonnant de constater que le nombre de référentiels de compétences réalisés ainsi que la diversité de leurs modes de construction aillent croissant.

Toutefois, à l'analyse, beaucoup de ces référentiels se révèlent peu étayés théoriquement et essentiellement limités à des listes d'activités conventionnellement décrites. De ce fait, ils restent souvent difficilement exploitables au regard des objectifs qu'on leur assigne notamment parce que, d'un côté, des listes d'activités très générales ne sont que peu représentatives des compétences visées, de même qu'à contrario, des descriptions qui viseraient la prise en compte de la spécificité de chaque situation s'avèrent peu réalistes. Par ailleurs, le type de description retenu dans ces référentiels tend à masquer le caractère dynamique des compétences. Mais au-delà de ces limites et malgré la multiplicité de textes qui donnent forme à une professionnalisation en recomposition, l'ensemble des référentiels étudiés trahissent de nombreuses similitudes normatives. Toujours la description y sert, explicitement ou implicitement, la prescription. Or, l'engagement individuel semble contradictoire avec l'injonction dont procède toujours le référencement de compétences décrites et écrites. De sorte que l'écriture classificatoire apparaît artificielle et souvent, inopérante, sauf à recourir à l'écriture des compétences pour d'autres fins que de les reconnaître.

Mais soutenir la professionnalisation sur le mode d'une écriture de la compétence ne constitue pas en soi une erreur dès lors qu'elle constitue bel et bien un produit de cette professionnalisation. L'écriture de la compétence peut au contraire permettre de combler la tension classique et encore peu dépassée entre travail prescrit et travail réel par la réappropriation officielle du contrôle de l'exercice de ses propres initiatives par le sujet humain, se substituant à l'ancienne définition des métiers.

Les compétences communicationnelles des cadres de santé peuvent ainsi apparaître comme le symptôme d'une crise managériale et des modèles managériaux appliqués dans le secteur de la santé. Les référentiels de compétence qui les portent ratent l'essentiel du travail, la part d'initiative, les modalités de l'engagement subjectif des agents dans l'action. Leur explicitation collective et partagée peut être aussi l'occasion de la réappropriation par les cadres eux-mêmes dans la réalité de leur travail et répondre, par la même occasion, à leur

désir de reconnaissance. Ce socle, une fois construit en lien avec les acteurs de terrain pourra permettre de repenser les dispositifs de formation des cadres de santé, tant du point de vue des contenus que des modalités pédagogiques d'acquisition des connaissances mais aussi d'apprentissage par l'intermédiaire de mises en situation notamment.

Bibliographie

- BOURGEON, D. sous la dir., (2012), *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail*, Rueil Malmaison : Eds. Lamarre.
- CHANLAT Jean François (2005), *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, Les Presses de l'Université de Laval, Editions Eska.
- CHANLAT Alain et BEDARD Renée (2005), La gestion, une affaire de parole, in *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, sous la direction de Jean François CHANLAT Les Presses de l'Université de Laval Editions Eska, p79-99
- DERY Richard (2005), De l'information à l'argumentation, in *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, sous la direction de Jean François CHANLAT Les Presses de l'Université de Laval Editions Eska, p101-113
- CLOT, Y. (2011), *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- DETCHESSARHAR. M. (2011), "Management et Santé, Introduction au numéro spécial", *Revue française de gestion*, mars, n°214, p. 65-68.
- DIVAY, S., & GADEA, C. (2009). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, (4), 677-687.
- GADEA, C., & DEMAZIERE, D. (2009). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris : La Découverte.
- GIRIN Jacques (2005), Le langage dans les organisations, in *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, sous la direction de Jean François CHANLAT Les Presses de l'Université de Laval Editions Eska, p37-76.
- LEPINE, V. (2011), « Le rôle des compétences communicationnelles dans la construction de l'ethos et la professionnalisation des cadres hospitaliers », *Colloque international Org&Co Les communications organisationnelles : des concepts aux pratiques*, Nice 31 mai-1er juin 2011, pp105-111
- LEPINE, V., PARENT, B. (2010) « La trajectoire de (trans)formation des compétences comme condition d'accès à une nouvelle professionnalité. Les cadres du secteur hospitalier en France », *XVII world congress of sociology, Sociology on the move*, Göteborg 11-17 juillet 2010.
- MISPELBLOM BEYER Frederik (2010), *Encadrer : un métier impossible ?*, Editions Armand Colin, 2ème édition
- PARENT, B. (2008), « la production de référentiels de compétences. Le cas des compétences communicationnelles du directeur d'hôpital », *communication au colloque international des sciences de l'information et de la communication*, Tunis 17, 18 et 19 avril 2008
- REINHARDT, S. (2011), "Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?", http://gree.univ-nancy2.fr/digitalAssets/53055_REINHARDT.pdf (page consultée le 16/04/13)
- ZARIFIAN, P. (2010). La communication dans le travail. *Communication & Organisation*, (2), 135-146.