

**Pour référencer cet article :**

PONTIER M., « L'adoption des outils d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier », *Gestion et Management Publics*, vol.2, Avril 2003.

# **L'adoption des outils d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier**

**Monique PONTIER**

# **L'adoption des outils d'appréciation du personnel dans le secteur hospitalier**

## **Résumé**

L'appréciation du personnel hospitalier rencontre de nombreux problèmes en raison de l'utilisation simultanée de deux systèmes : la notation inhérente au secteur public et des méthodes plus récentes telles l'entretien d'appréciation ou le management par les objectifs. Pour comprendre cette dualité et ses conséquences, trois pratiques différentes, analysées à travers des interviews menées au sein de huit établissements, sont présentées.

**Mots-clés** : appréciation, notation, hôpital, dualité, pratiques

## **Abstract**

Personnel appraisal in hospitals causes many problems because of a duality between two systems: notation which belongs to public sector and methods like appraisal interview or management by objectives introduced more recently.

In order to understand this duality and its consequences, three different practices, analysed in eight establishments by means of interviews, are presented.

**Keywords** : appraisal, notation, hospital, duality, practices

L'appréciation du personnel est utilisée depuis plusieurs années au sein des hôpitaux mais sous des formes multiples qui révèlent des attitudes fort différentes vis à vis de tels outils. Cet article a pour but de réfléchir aux raisons de l'émergence d'une appréciation du personnel au sein du secteur hospitalier. Nous proposerons tout d'abord de réfléchir à la dimension prise par l'appréciation et aux raisons de l'adoption de certaines méthodes par les hôpitaux. Une deuxième partie nous conduira à illustrer trois pratiques de l'appréciation du personnel à travers l'exemple de quelques établissements. Ceci nous conduira ainsi à définir la problématique de l'appréciation du personnel au sein de l'hôpital.

## **1. L'évolution des méthodes d'appréciation**

### **1.1. Une évolution dans les termes**

La terminologie attachée à l'évaluation du personnel est tout d'abord révélatrice de l'évolution des méthodes et d'une recherche toujours plus grande d'objectivité, garantie à la fois d'une efficacité de la mesure (si ce dernier terme peut être utilisé) et d'une adhésion des personnes considérées à la démarche.

Les termes « notation », « évaluation » et « appréciation » ont en effet successivement été utilisés.

Le terme de « notation », emprunté au domaine de l'Education représente le premier type d'évaluation utilisé dans les entreprises. La recherche d'une plus grande rationalité dans la notation des examens écrits a donné naissance à la Docimologie. De 1927 à 1963, Henri Pierron a mené une réflexion sur la précision des résultats obtenus lors des examens (H. Pierron, 1963). Il s'agira également, en réfléchissant aux objectifs de la notation de définir celle-ci. Différentes recherches vont ainsi analyser les systèmes de notation en référence à des objectifs de formation préalablement fixés (D. L. Stufflebeam and A. J. Skinfield, 1963) puis par rapport aux décisions devant être prises suite à la notation (V et G De Landsheere, 1984). *Emanant du système scolaire, le terme de notation prend l'aspect péjoratif d'un système jugeant la valeur d'un individu à l'aide d'un chiffre et se servant de ce dernier pour admettre ou recalculer le candidat.*

Le caractère très subjectif de l'attribution d'une note à un ensemble de critères au moyen, par exemple, de grilles de notation, a déjà été souligné par de nombreux auteurs (G. Alpander, 1990). Ce mot, hors du cadre de l'éducation, est généralement remplacé par celui « d'évaluation ». C'est au sein des grandes entreprises, traditionnel champ d'investigation des chercheurs et praticiens travaillant sur l'évaluation, que diverses méthodes vont être développées. La critique des méthodes traditionnelles type grilles de notation ou évaluation écrite libre a entraîné le développement rapide dans les années soixante-dix d'autres outils, notamment ceux fondés sur la fixation des objectifs et l'analyse des écarts ou sur les compétences ou le potentiel du salarié. Les méthodes d'appréciation de type sommative - un bilan du passé - s'enrichissent peu à peu d'autres méthodes, telles des appréciations formatives - par rapport à un développement de l'individu - et des appréciations de type diagnostic - une analyse de résultats par rapport à des objectifs précis -, d'où l'apparition de nombreuses méthodes que nous n'avons pas ici pour but de présenter.

Dans les travaux les plus récents, le terme « d'appréciation » se substitue de plus en plus à celui « d'évaluation ». Apprécier revêt en effet un caractère beaucoup plus positif que l'évaluation-mesure d'un critère. Le dictionnaire Le Robert en donne ainsi une double définition; c'est non seulement « estimer la valeur de quelque chose », c'est aussi « porter un jugement favorable ».

## **1.2. Des méthodes peu satisfaisantes**

Malgré la diversité de ces méthodes et la recherche d'objectivité et d'équité dans la pratique, plusieurs études, comme celle menée en 1993 par Fletcher (F. Grima et G. Trepo, 1999), montrent *une insatisfaction importante vis-à-vis de l'appréciation, quel que soit l'outil sur lequel elle s'appuie*. Les personnes concernées, évaluateurs comme évalués, soulignent les difficultés de la mise en pratique de ces méthodes dans le contexte de leur travail.

Les raisons de ces insatisfactions sont nombreuses; nous citerons seulement pour mémoire les plus importantes :

- **Nécessaire subjectivité des méthodes;**
- **Manque d'adhésion des intéressés;**
- **Problème de formation des évaluateurs;**
- **Diversité des objectifs;**
- **Faible exploitation des données recueillies.**

Ces différents problèmes trouvent un relief particulier dans le contexte hospitalier en raison à la fois des caractéristiques des procédures existantes et de l'évolution de ce secteur.

## **2. L'évaluation au sein de l'hôpital**

### **2.1. La notation traditionnelle**

La notation annuelle des agents hospitaliers, due à l'appartenance au Secteur Public, demeure la base du système. Elle conduit à *l'utilisation traditionnelle de grilles de notation nationales* qui définissent selon la catégorie professionnelle des critères de notation, évalués à l'aide d'une échelle de type Likert à six échelons. Les infirmières, les surveillantes, les surveillantes chefs, les aides-soignantes et les agents de service hospitaliers sont ainsi évalués selon cinq critères principaux, se subdivisant eux-mêmes en sous-critères.

Les aides-soignantes et les agents de service hospitalier ont une fiche de notation identique.

Il en va de même des surveillantes et surveillantes-chefs.

En revanche, les infirmières bénéficient d'une grille spécifique.

Tableau n°1 : les critères d'évaluation du personnel hospitalier

CRITERES	ASH	Aide-soignante	Infirmière	Surveillante	Surveillante-chef
Aptitude au travail	X	X			
Connaissances professionnelles			X	X	X
Application dans l'exécution du travail	X	X	X		
Sens de l'autorité				X	X
Sens du travail en commun	X	X			
Esprit d'initiative			X		
Esprit d'initiative et méthodes de travail				X	X
Aptitude psychologique à l'exercice des fonctions			X		
Comportement envers les hospitalisés	X	X			
Comportement envers les hospitalisés et les familles				X	X
Tenue générale et ponctualité	X	X	X		
Tenue et présentation				X	X

Si nous nous intéressons à ces critères généraux, nous pouvons observer des différences très ponctuelles ayant trait aux spécificités des fonctions ainsi décrites.

- Le terme d'aptitude au travail se transforme ainsi en connaissances professionnelles pour les infirmières et surveillantes, ce qui prend en compte à la fois les connaissances, leur application et leurs aptitudes notamment à encadrer ou à former les élèves.

- La seconde différence tient à la différenciation entre un travail d'exécution et un travail d'encadrement ou de mise en oeuvre de compétences professionnelles.

Ainsi, si l'esprit d'initiative est retenu comme une qualité principale attachée aux fonctions d'infirmière ou de surveillante, il s'agira davantage de souligner l'application dans l'exécution du travail et l'esprit d'équipe des ASH et aides-soignantes.

Enfin, les différences énoncées entre les critères ASH-aide-soignantes et les critères infirmières-surveillantes, ne sont parfois que très symboliques. Ainsi, comment analyser la différence de vocabulaire entre le critère « tenue générale et ponctualité » attribué aux ASH et aide-soignantes et le critère « tenue et présentation » inclu dans les fiches de notation des infirmières et des surveillantes?

*A la lecture du tableau ci-dessus et de ces quelques observations, ils apparaît que ces critères sont très généraux.*

Pour une même catégorie professionnelle, ils s'appliqueront quelles que soient les caractéristiques des fonctions effectivement couvertes. Ainsi, les spécificités du travail d'une infirmière de nuit ne sont pas en elles-mêmes prises en compte dans une fiche qui s'appliquera de manière identique à un même grade.

Cette notation, jointe au dossier de l'agent suivra celui-ci durant toute sa carrière. L'usage des grilles de notation nationales, évaluant des critères très généraux et dans les grandes lignes peu différents selon les catégories professionnelles, peut constituer un obstacle à la prise en compte de la diversité des structures et des postes.

## **2.2. De nouveaux outils joints à la notation**

Cette notation n'est pas exclusive. **La loi du 9 Janvier 1986 relative au statut des agents hospitaliers, prévoit en effet la possibilité d'adjoindre à cette notation une expression générale de la valeur professionnelle de l'agent** (J.-M., Clément, 1986).

La notation finale s'accompagne ainsi d'une appréciation écrite où le responsable est appelé à expliquer son opinion de manière libre. La notation finale est exprimée par la Direction, généralement par le chef d'établissement après avis du ou des supérieurs hiérarchiques. L'expression d'une évaluation libre permettant aux cadres de préciser un certain nombre d'éléments relatifs aux performances de l'agent ou à son comportement dans le travail, nécessite un support : ce sera la plupart du temps un entretien entre l'agent et son supérieur hiérarchique, généralement la surveillante. Ces pratiques cachent en fait des réalités fort différentes comme nous le verrons plus avant dans cet article.

Les agents hospitaliers sont ainsi évalués à la fois par leur supérieur hiérarchique (qui remplit la grille de notation) puis par leur direction (qui exprime également son avis). Chacun des responsables donne ainsi son avis de façon libre sur l'agent ( P. Lachèze-Pasquet, 1997).

## **3. La problématique de l'évaluation dans les hôpitaux**

En nous intéressant maintenant aux spécificités de l'évaluation du personnel hospitalier, nous soulignerons trois grands points qui nous permettront de comprendre trois principales raisons de la difficulté d'apprécier ce personnel :

- **L'évolution du secteur hospitalier**
- **Les caractéristiques de son personnel**
- **La dualité notation / appréciation**

### **3.1. L'évolution du secteur hospitalier**

Face à un environnement de plus en plus complexe et turbulent, l'hôpital a connu une profonde évolution (A. Mucchielli, 1993).

Ces facteurs environnementaux concernent tout d'abord la situation économique à laquelle l'hôpital se trouve aujourd'hui confronté.

Celui-ci adopte de plus en plus l'approche client. L'hôpital est une entreprise soumise à une concurrence du secteur privé et dont la clientèle devient de plus en plus exigeante. *Le personnel soignant devient un prestataire de services, soumis à une obligation de résultat.*

Même si le personnel soignant demeure réticent à l'utilisation de ce terme, jugeant que celui-ci remet en cause la mission de leur profession (D. et C. Jolly, 1993), la logique économique s'impose à présent. **De nouveaux outils de gestion vont alors devoir se mettre en place** (D. Fixari et D. Tonneau, 1993; A. Bartoli, 1995).

### 3.2. Les caractéristiques du personnel soignant

Suite à la réforme hospitalière du 31 Juillet 1991, les méthodes de gestion de l'hôpital connaissent une évolution profonde. **La gestion des ressources de l'organisation, tant matérielles que financières ou humaines doit devenir la préoccupation de tout le personnel hospitalier.** La législation met ainsi l'accent sur la nécessité d'allier la qualité des soins dispensés au patient avec une utilisation optimale des ressources.

A la recherche d'une plus grande efficacité, les hôpitaux vont alors développer des outils de gestion, empruntés à un domaine qui les a depuis plusieurs années adoptés, développés et étudiés, celui des grandes entreprises. Se pose alors évidemment la question de l'adaptation de ces outils au secteur public.

Dans ce nouveau contexte, le rôle de l'agent hospitalier va évoluer. L'infirmière doit être capable « de planifier, d'organiser, exécuter et évaluer les soins infirmiers dans leurs dimensions préventive, curative, éducative et relationnelle ». Des tâches de gestion sont ainsi intégrées à l'activité de l'infirmière et cette notion est aujourd'hui prise en compte de manière accrue dans les programmes de formation.

De même, l'accent va être mis sur le rôle managérial du cadre infirmier qui va devoir animer une équipe de travail et planifier les soins dispensés aux malades (D. Mottay, 1999)

Des démarches de type qualité vont alors se mettre en place. Il s'agit, à travers l'étude de la satisfaction des patients, de mesurer l'efficacité de l'hôpital (H. Leteurre, 1996; P. Lachèze-Pasquet, 1997).

Si le bien-être des patients reste la mission principale du personnel soignant, ce bien-être a un coût qu'il importe de prendre en compte.

L'efficacité du personnel soignant se mesure dès lors non seulement par la qualité des soins apportés à ses patients mais également en fonction de son utilisation des ressources mises à sa disposition ( L. Gerbaud et al, 1993; P. Grosjean et M. J. Boutet, 1996).

Cependant, l'évaluation de ce personnel demeure un problème important.

*Il s'avère en effet difficile de contrôler un personnel soignant qui dispose d'une importante autonomie dans son travail, autonomie qui lui est conférée par sa qualité de professionnel.*

Nous référant à l'analyse organisationnelle d'Henri Mintzberg (1989), l'hôpital est une **bureaucratie professionnelle** dont le centre opérationnel, formé de l'ensemble des professionnels de santé, constitue le centre. Le fonctionnement même de ce type d'organisation rend difficile l'idée d'instauration d'un contrôle individualisé du personnel.

La qualité de professionnel confère alors au personnel hospitalier une latitude considérable dans son travail.

*Si un contrôle existe, il est effectué par le professionnel lui-même et par le groupe de travail.*

Le personnel constituant le service va ainsi s'auto-réguler, sans intervention de personnes extérieures pour résoudre certains dysfonctionnements et assurer une évaluation informelle de ses membres. C'est l'existence de ces coalitions dominantes (J. P. Piermé et W. Wacheux, 1995) qui va permettre le contrôle des composants de l'organisation.

*Une étude menée par J. Abraham (1995) a montré parmi les spécificités de ce personnel, le très fort sentiment d'appartenance à l'équipe, au service, à un métier bien sûr mais beaucoup moins à l'établissement. Il devient ainsi difficile de faire partager à ce centre opérationnel les préoccupations de gestion.*

Vont ainsi coexister au sein de l'hôpital des objectifs forts différents voire antagonistes, ce qui conduit à différencier **l'administratif ( avec des préoccupations quantitatives liées au**

**coûts et aux temps de séjour) et le médical ( dont les objectifs qualitatifs sont relatifs à la qualité des soins apportés au malade).** Toute tentative d'introduction de ces logiques économiques auprès du personnel soignant est vécue comme une remise en cause de leur mission « assurer le bien-être du patient quel qu'en soit le coût » (M. Crémadez et Grateau, 1997).

Les conséquences sur les démarches d'appréciation du personnel sont les suivantes :

**- Le refus d'une évaluation par l'encadrement**

Le rôle de la ligne hiérarchique et du sommet hiérarchique est davantage les relations avec l'environnement et la résolution des problèmes de cohérence de l'organisation.

Le travail du professionnel est défini par des règles de fonctionnement externes à l'organisation et l'aspect technique de son travail pourra difficilement être évalué par un encadrement qui ne maîtrise pas obligatoirement la technique utilisée par le personnel soignant, le travail de celui-ci devenant dans certains services de plus en plus spécifique et pointu.

**- La réticence du personnel soignant à adopter des préoccupations de gestion rend difficile la prise en compte de l'utilisation des ressources par le professionnel.**

**- Les services produits par l'hôpital étant faiblement divisibles (A. Labourdette, 1996), individualiser l'évaluation se révèle délicat.** Les performances à l'intérieur du service sont généralement considérés comme le résultat du travail de toute l'équipe.

S'il y a notation individuelle, celle-ci doit prendre en compte l'aspect collectif du travail dû à l'appartenance à une équipe.

### **3.3. La dualité notation / évaluation**

La dernière raison pouvant être avancée à la difficulté d'une évaluation au sein du secteur hospitalier tient au système lui-même, c'est à dire à la **coexistence d'un outil issu du secteur public avec des outils d'appréciation empruntés au secteur des grandes entreprises privées.**

Si comme nous l'avons dit précédemment, l'introduction de nouveaux outils d'appréciation tels l'entretien, répond à la volonté de rendre plus objective et plus précise la notation, ces deux éléments ont du mal à trouver leurs places respectives au sein de l'organisation.

Notation et évaluation diffèrent en effet par leurs objectifs, par leurs méthodes et par les critères retenus.

Elles imposent en effet des rôles très différents aux participants :

Une observation réalisée au sein des divers établissements hospitaliers de la région du Rhône et de précédents travaux réalisés sur le domaine de l'appréciation ( M. Pontier, 1996), nous a permis de définir ces deux concepts à travers les objectifs poursuivis, les méthodes sur lesquelles ils reposent et le rôle donné aux acteurs impliqués dans la démarche.



Tableau n°2 : La dualité notation / évaluation

	Notation du personnel	Evaluation du personnel
OBJECTIFS	Calcul de la prime annuelle Avancement Sanction Respect de la législation	Rendre plus objective la notation Organisation du service Orientation professionnelle
METHODES	Grilles de notation	Entretien Fixation d'objectifs Bilan de compétence
CRITERES	Résultats Comportements	Résultats/objectifs Compétences Potentiel
ROLE DES ACTEURS	Evaluateur Négociation avec l'agent	Travail commun sur la fixation des objectifs et la mesure des écarts Libre expression de l'évalué

Ayant pour principale finalité la gestion du système social de l'organisation, *l'appréciation vise au recueil d'informations fiables permettant la prise de décision*. Elle suppose donc une totale adhésion des participants à cet objectif de recueil d'informations et d'amélioration de l'organisation.

La présence d'une notation, qui suivra l'agent tout au long de sa carrière rend difficile de considérer l'appréciation comme autre chose qu'un complément à l'usage des grilles de notation.

L'élément fondamental de ce système reste ainsi l'utilisation faite des résultats de l'évaluation. L'évaluation liée à une prise de décision peut en effet changer le jeu des acteurs et orienter l'appréciation formulée ou la note, par exemple en justifiant au moyen de la note, la décision prise. (Beaumont, 1993).

*Mais l'entretien est souvent l'occasion de faire le point sur l'activité du salarié et de discuter de l'organisation du travail. Son usage restera alors limité car aucune utilisation systématique n'est faite des résultats des évaluations, l'évaluation garde alors pour seul objectif de compléter la notation qu'elle vise à rendre plus objective.*

#### **4. Quelle évaluation pour le secteur hospitalier ?**

Si l'individualisation des évaluations s'avère difficile et si la dualité évaluation /notation est délicate, qu'en est-il alors du vécu au sein de l'hôpital ?

Dans le cadre d'une étude quantitative réalisée au sein d'un établissement hospitalier des Hospices Civils de Lyon, nous avons mené une étude empirique auprès de huit établissements du Rhône, sous la forme d'entretiens auprès des directions sur leur pratique de l'évaluation.

A partir de la problématique suivante « Comment faire coexister dans un même système procédures de notation et appréciation », nous nous sommes attaché principalement à analyser cette dualité appréciation/notation.

**Trois situations émergent de cette série d'entretiens.**

##### **4.1. L'entretien d'appréciation comme base de l'évaluation annuelle.**

Ce premier système résulte du constat qu'il est vain de vouloir séparer totalement l'outil d'appréciation de la procédure de notation.

Comme tel, l'appréciation répond au premier objectif de son introduction au sein du secteur hospitalier, permettre une plus grande objectivité et une argumentation de l'opinion exprimée par le responsable.

Instaurant un face-à-face annuel entre l'agent et le cadre, ce système permet un échange d'informations portant sur l'activité au sein du service et permettant le repérage de dysfonctionnements.

Moment de dialogue privilégié, permettant de réaliser un bilan de l'activité, l'entretien est généralement bien perçu par le personnel (comme nous l'a montré une enquête réalisée auprès de 250 agents hospitaliers d'un établissement représentant un effectif de 1200 salariés) même si son usage demeure limité. Il constitue un important outil de recueil d'informations et de clarification des rôles (M. Thévenet, 1992), permettant d'une part un meilleur ajustement des rôles au sein de l'équipe de soignants et d'autre part la résolution de problèmes et de conflits, grâce à l'échange d'informations et au dialogue.

La faible formalisation de l'entretien, dont le seul support éventuel est la grille de notation, permet une meilleure adaptation du système aux impératifs de la gestion individuelle.

Cependant, par ce manque de formalisation, elle rend malaisée une systématisation et surtout une exploitation systématique des informations ainsi recueillies; l'entretien étant conçu de manière fort différentes selon les cadres évaluateurs, sa pratique ne permet que difficilement une totale équité entre les agents évalués.

De fait, l'entretien n'a que de faibles conséquences sur l'activité de l'agent, si ce n'est de manière très ponctuelle. De là l'opinion fortement répandue selon laquelle l'entretien ne sert à rien.

Autre obstacle à l'usage conjoint de cet outil avec la notation annuelle, le manque d'adhésion des participants pour lesquels l'aspect bureaucratique de la notation ôte tout intérêt. Pour entraîner une meilleure implication, des actions de formation sont prévues.

Il paraît nécessaire, ainsi qu'il est actuellement envisagé dans l'établissement enquêté, de mener une réflexion commune sur la méthode utilisée et de parvenir à une adhésion concernant l'usage de l'entretien, grâce à des efforts en matière de communication interne.

Par son aspect procédural, l'appréciation représente souvent une contrainte pour les responsables. Soumis à des règles de périodicité, d'informations à recueillir et de formulaires à remplir, le responsable peut également manifester un désintérêt face à l'outil.

La notion d'inutilité de la tentative, exposée par Bandura (1986) montre que le responsable ne fera que peu d'efforts pour mener un entretien efficace dans la mesure où ses efforts n'ont aucune conséquence et ne seront pas reconnus.

De même, la faible formalisation de l'entretien dont l'objectif ne reste exposé que de manière très informelle gêne l'activité du responsable; la relation entretien-notation pèse sur l'échange libre entre l'agent et son supérieur hiérarchique.

*Il apparaît ainsi une volonté de séparer totalement les deux systèmes.*

« Il n'y a pas de séparation suffisante entre l'entretien et la notation, ce qui m'empêche de mener un entretien efficace » affirme une surveillante responsable de l'évaluation d'une vingtaine d'agents.

L'entretien doit permettre d'optimiser la gestion du service grâce à un ajustement des rôles de chacun et un repérage des dysfonctionnements, qu'il appartiendra ensuite aux divers membres de l'équipe de résoudre en commun.

L'attitude des agents objets de l'évaluation est fort semblable à celle de leurs supérieurs même si leur attitude vis-à-vis de l'entretien lui-même est plus réservée; certaines catégories de personnel demeurent plus méfiantes alors que les infirmières soulignent généralement l'effet positif « d'un entretien qui permet de faire le point sur l'année écoulée et de repérer les forces et faiblesses ».

#### **4.2. Séparation entre la notation annuelle et une démarche d'appréciation**

Dans plusieurs établissements, il existe une volonté, affirmée par la direction de l'hôpital de séparer de manière très claire deux démarches, aux objectifs totalement différents.

La notation annuelle, dont la base demeure la grille de notation peut éventuellement s'appuyer sur un face-à-face visant à expliciter certains éléments de notation afin d'exprimer une opinion justifiée et si possible argumentée sur le document.

Cependant, un système d'appréciation, totalement détaché de la notation annuelle a été mis en place. Sa première caractéristique, nécessaire selon les responsables interrogés dans un des établissements concernés par cette démarche, est d'être totalement séparée dans le temps de la procédure de notation annuelle.

Ceci permet d'éviter plus facilement la nécessaire relation établie par les agents évalués entre les critiques formulées lors de l'entretien et les points soulignés par le responsable avec l'opinion exprimée sur la fiche de notation. Malgré une volonté de séparer les deux démarches, il apparaît difficile de nier la relation entre les informations recueillies lors du face-à-face et leur rôle dans le bilan réalisé sur les performances et le comportement de l'agent qui donnera lieu à la notation annuelle dès lors qu'entretien et notation se suivent de manière très proche dans le temps.

#### **4.3. L'évaluation des compétences à partir des actes de gestion**

Cette dernière démarche est fondée sur une évaluation des compétences mais non systématique.

*Ce système est en effet relié à des impératifs de prise de décisions relatives à la gestion du personnel.* Cette évaluation est ainsi rattachée de manière très précise à certains événements dans la vie de l'agent, nécessitant qu'une évaluation soit formulée. Cette dernière a ainsi une conséquence très précise, une décision relative à la carrière de l'agent.

L'appréciation n'est donc plus périodique, elle revêt un caractère exceptionnel, ce qui simplifie sa distinction de la démarche de notation, jugée insuffisante pour la prise de décision individuelle.

Plutôt que de chercher à faire vivre de manière permanente un système qui s'avère d'un usage fort réduit, l'entretien ne débouchant que dans des cas ponctuels sur une décision qui modifiera la situation de l'agent au sein de l'établissement, l'idée retenue ici est de s'intéresser à des groupes d'agents pour lesquels une décision doit être prise en matière de gestion des ressources humaines. Il s'agira ensuite de s'intéresser à l'outil adéquat.

Quels éléments de la vie de l'agent au sein de l'hôpital peuvent faire l'objet d'une évaluation particulière ?

Les trois principaux cas sont les suivants :

- Le problème de recrutement de personnes écartées du service pendant une certaine durée, par exemple pour congé parental et pour lesquels on s'interroge sur une éventuelle perte de compétences.

La rapide obsolescence des techniques utilisées dans certains domaines médicaux rend ainsi nécessaire une évaluation des compétences de l'agent au regard de l'évolution de ces techniques et une étude de l'adaptation à cette évolution par l'ensemble du personnel concerné. Si l'adaptation peut plus aisément être réalisée et suivie pour le personnel utilisateur demeuré dans le service, il va de soi que la question se pose pour des agents ayant cessé leur activité durant une période de temps plus ou moins longue.

- La volonté d'accès à une formation ou le changement de carrière

Pour des décisions relatives à une évolution de la carrière de l'agent, par exemple pour une infirmière désirant devenir surveillante, il s'avère nécessaire de dépasser la notion de l'évaluation bilan de l'activité de l'agent pour adopter une évaluation prospective. L'objectif sera ici de valider un certain nombre d'acquis en matière de compétences jugées indispensables pour occuper le poste ou d'analyser le potentiel de l'agent intéressé par une formation qui lui permettra une évolution dans sa profession.

- Les insuffisances professionnelles et les problèmes de discipline

Face au repérage de dysfonctionnements liés au comportement d'un agent, l'évaluation va constituer un outil de discipline visant à analyser s'il y eu faute et si oui quelle en est l'origine. Les informations recueillies seront donc précisément étudiées afin de remédier au problème rencontré de la façon la plus juste possible.

Envisagé de cette façon, l'entretien répond ainsi à des objectifs bien précis. Leur utilité n'est pas mise en doute puisque des répercussions en termes décisionnels sont attendus suite à la démarche mise en oeuvre.

## **Conclusion**

Quelle évaluation pour le secteur hospitalier ?

L'hôpital connaît actuellement des modifications profondes qui ne vont pas sans heurts. Face à une organisation au fonctionnement très bureaucratique, fondée sur des valeurs très fortes liées à l'appartenance à un métier, l'évolution ne saurait être acquise avant plusieurs années.

Il est cependant surprenant, comme nous avons pu le constater au cours de notre enquête, de voir combien les préoccupations liées à l'appréciation sont semblables que l'on s'adresse au secteur hospitalier ou, comme nous l'avons réalisé lors d'une précédente étude, au secteur des grandes entreprises. Des discours à la pratique, les écarts sont importants, mais sans doute également les attentes vis-à-vis de cet outil ont-elles été trop importantes. L'évaluation est un outil de management mais ne saurait être une solution à tous les problèmes d'organisation.

Des diverses pratiques observées, il n'est guère possible de trancher et de définir la pratique la plus efficace.

Cependant, qu'il s'agisse d'une évaluation liée aux actes de gestion ou d'une évaluation annuelle, il apparaît qu'une nette séparation entre notation et évaluation est indispensable et d'ailleurs clairement souhaitée.

## Bibliographie

ALPANDER G. (1990), *Human Resources Management*, AMACOM.

ABRAHAM J. (1995), « Les obstacles à la modernisation de la GRH hospitalière », *Congrès de l'A.G.R.H.*, Poitiers.

BANDURA in NAPIER N. et G. L. LATHAM (1986), « Outcome expectancies of people who conduct performance appraisal », *Personnel Psychology*, n°39.

BARTOLI A. (1997), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod.

BEAUMONT P. B. (1993), *Human resources management : key concepts and skills*, Sage Publications Ltd.

CAUVIN C. (1997), « Etablissements de santé : spécificité de la gestion et particularité du management », *Encyclopédie de gestion*, Tome 1.

CLEMENT J.-M. (1986), *Guide pratique de la fonction publique hospitalière*, Berger-Levrault.

M. CREMADEZ et F. GRATEAU (1997), *Le management stratégique hospitalier*, Interéditions, Masson.

DE LANDSHEERE V. et G. (1976), *Définir les objectifs de l'évaluation*, Paris, Presses Universitaires de France.

FIXARI D. et D. TONNEAU (1993), « La modération par rapport aux mécanismes types Marché : le cas des nouveaux outils de gestion hospitalière », *Politique et Management Public*, Vol. 11, n° 2.

GERBAUD L., Ph. GLANDIER et B. AUBLET CUVELIER (1993), « Système d'information hospitalier et évaluation de la qualité des soins », *Gestions hospitalières*, n°324.

GRIMA F. et G. TREPO (1999), « L'appréciation du personnel : retour sur une pratique critiquée », *Actes du 10<sup>e</sup> congrès de l'A.G.R.H.*, Lyon.

GROSJEAN P. et M.-J. BOUTET (1996), *L'aménagement du temps de travail à l'hôpital*, ESF Editeurs.

JOLLY D. et C. (1993), *Malade ou client*, *Santé Publique*, Economica.

LABOURDETTE A. (1996), *Economie de l'hôpital public*, *Cahier de recherche CREGE*, n° 16, Bordeaux 1.

LACHEZE-PASQUET P. (1997), *Management hospitalier pour le praticien*, Editions Masson.

LETEURTRE H. (1996), *La qualité hospitalière*, Berger-Levrault.

LONGENECKER C. and G. GOFF (1992), « Performance appraisal effectiveness : a matter of perspective », *Organizational behavior and human performance*, Spring.

MINTZBERG H. (1989), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation.

MOTTAY D. (1999), L'émergence du rôle managérial des cadres infirmiers à l'hôpital, *10ème Congrès A.G.R.H.*, Lyon.

MUCCHIELLI A. (1993), « La crise interne des hôpitaux : un outil d'évaluation de son importance », *Gestions hospitalières*, n° 324, Mars.

PIERMET J.-P. et F. WACHEUX (1995), « Les coalitions dominantes, conditions initiales et processus émergent : Application au secteur hospitalier », *Actes du Congrès A.G.R.H.*, Poitiers.

PIERRON H. (1963), *Examens et docimologie*, Paris, Presses Universitaires de France.

PONTIER M. (1996), *Utilisations de l'entretien d'appréciation comme outil de gestion : une approche multi-acteurs*, Thèse IAE - Université Montpellier II.

STUFFLEBEAM D.L. and A. J. SKINFIELD (1984), *Systematic evaluation*, Lancaster Dordrecht.

THEVENET M. (1984), « L'évaluation du personnel », *Encyclopédie du Management*, Vuibert.