La gestion des compétences clés dans les établissements de santé au Sénégal

Dr Serge Francis SIMEN
Laboratoire de recherche en GRH - UCAD
Sicap Dieuppeul IV, Villa N° 25
B.P. 15 851 Dakar-Fann (SENEGAL)
fsnana@yahoo.fr

Résumé

Pourquoi le meilleur des médecins, infirmiers, aides soignants... ne peut-il jamais parvenir au même niveau de maîtrise que le Médecin en chef ? Pourquoi peut-il atteindre un degré d'excellence comparable à celui du chef en étant lui-même, en apprenant et en partageant avec les autres ?

La question de l'application et du transfert des compétences organisationnelles est essentielle pour beaucoup d'organisations. Elle est désormais reconnue comme la clé de voûte des avantages concurrentiels, aussi bien par les professionnels en entreprise que par les chercheurs en gestion.

Cette communication présente les résultats d'une recherche autour des compétences clés dans les Centres Hospitaliers au Sénégal. Elle présente d'abord, le projet de recherche global (centré sur l'identification des compétences, leur dynamique et la création collective de valeur autour de compétences personnelles) et la méthodologie qui s'appuie essentiellement sur des entretiens directs, des observations en salle de soins et des données secondaires. Ensuite, elle identifie les compétences clés au travers de l'analyse d'un cas, en différenciant les compétences du médecin en chef, de son second, et des autres membres du service. Enfin, elle caractérise les compétences spécifiques du médecin en chef puis analyse leur coordination avec les compétences des autres médecins, infirmiers et aides soignants… ainsi que leur intégration dans l'activité collective.

Mots clés : Compétence stratégique – Compétences organisationnelles - Connaissance - Centres Hospitaliers – valorisation des savoirs

Introduction : Position du problème

La question de l'application et du transfert des compétences est essentielle pour beaucoup d'organisations. Elle est désormais reconnue comme la clé de voûte des avantages concurrentiels, aussi bien par les professionnels en entreprise que par les chercheurs en gestion. Cependant, dans les organisations qualifiées de « professionnelles », cette question est véritablement fondamentale.

Dans les services des centres hospitaliers (CH), les compétences-clés sont entre les mains d'un nombre restreint d'acteurs, parfois même d'un ou deux individus seulement. Pourtant, ces individus ne prennent pas nécessairement part à l'ensemble de la production de service de l'organisation. Ces acteurs sont alors le nœud d'une compétence collective à construire et à valoriser. La question du transfert et du partage des compétences organisationnelle en est d'autant plus aiguë.

Ce travail de recherche est à l'intersection de différents courants théoriques autour du concept de compétence, appliqués au contexte particulier des Centres Hospitaliers. Il s'appuie principalement sur le concept de compétences stratégiques, mais ne néglige pas pour autant d'autres approches voisines, comme celles sur l'apprentissage organisationnel, la gestion des connaissances, l'approche par les communautés de pratique ou l'approche par les ressources humaines de la gestion des compétences.

Cette recherche s'intéresse aux compétences organisationnelles d'un centre hospitalier : comment favoriser l'échange et la combinaison de connaissance au sein d'un collectif, lorsqu'un individu est porteur d'une connaissance spécifique, cela permettant de construire et de valoriser une compétence collective.

Ces compétences spécifiques soulèvent de nombreuses questions. Parmi elles :

1. Comment identifier et définir conceptuellement ces compétences, qui peuvent être individuelles ?

2. D'où proviennent-elles ? Et comment peut-on les renouveler ?

3. Leur diffusion : quelles compétences sont partagées ? S'agit-il d'un simple transfert, comment se fait-il qu'un certain nombre de ces compétences puissent être ponctuellement appliquées par les médecins, infirmiers, aides soignants... en l'absence des Médecins en chef ? Comment protéger ces compétences pour fonder un avantage concurrentiel ?

4. Comment créer de la valeur à partir de ces compétences individuelles en les utilisant dans un service collectif ?

Afin de répondre à ces interrogations, ce projet de recherche est conduit de façon progressive, et aborde tour à tour les apports théoriques permettant la compréhension de la gestion des compétences stratégiques (1), l'objet étant de mettre en évidence les limites de l'appareillage théorique existant. Aussi, après avoir justifié les choix méthodologiques (2), les résultats, issus du travail de terrain, seront présentés (3).

1. Construction et valorisation des compétences organisationelles : limite de l'appareillage théorique existant

« *Face à la profusion des écrits et pratiques qui se réclament de la « compétence », il est difficile de voir clair aujourd'hui sur les questions qui concernent les impacts effectifs des démarches compétences au sein des organisations* » (Défélix C., Klarsfeld A., Oiry E., 2006). Toutefois, en rapport avec l'échange et la combinaison de connaissances au sein d'un collectif lorsqu'un individu est porteur d'une connaissance spécifique, plusieurs approches permettent de comprendre les modalités de construction et de valorisation des compétences organisationnelles.

Les recherches sur les compétences stratégiques, plus récentes que les autres approches, ont d'ailleurs largement utilisé ces contributions théoriques (voir la Figure 1).

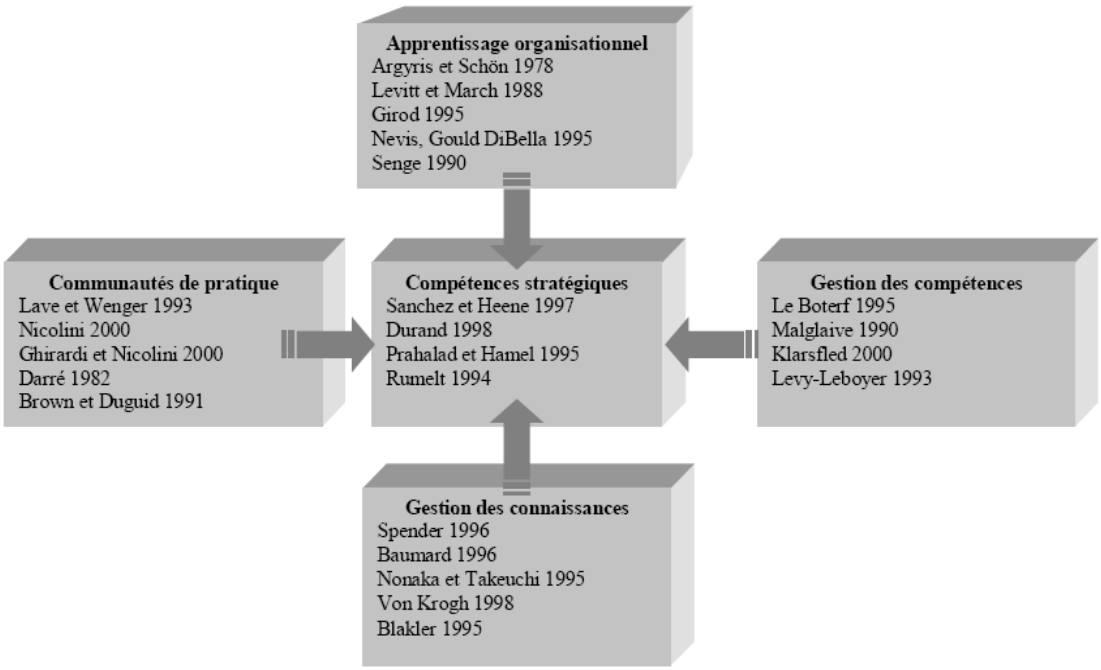


Figure 1 : Différents courants autour des compétences

« *La compétence peut favoriser un apprentissage organisationnel et l'émergence de nouvelles professionnalités en offrant des opportunités de négociation autour des règles ; la confrontation des savoirs et des représentations de l'action autour de ces règles…* » (Dietrich, 2000).

La littérature sur l'apprentissage organisationnel est la plus ancienne en sciences de gestion. Elle repose sur les modèles développés en psychologie (*ceux de l'école de Palo Alto et d'Anderson notamment*). Cette approche remet le salarié (acteur) au centre de la réflexion, en science de gestion. Il est considéré comme un partenaire privilégié dans l'acquisition d'un avantage concurrentiel. Ainsi, les membres de l'organisation deviennent une équipe d'acteurs de l'efficience organisationnelle, et ensemble ils apprennent de leurs erreurs. Ce point de vue autorise à penser l'organisation comme une « *organisation apprenante* ». Pour Philippe Zarifian, « *l'élément qui unifie toutes les dimensions d'une organisation apprenante peut*

s'exprimer ainsi : apprendre de l'instabilité et des mutations et donc devenir actif face à cette instabilité, apprendre à s'affronter positivement au devenir qui par définition est incertain et le faire ensemble dans des démarches de communication active… ».

Qu'elles proposent des modèles explicatifs de l'apprentissage (Argyris et Schön1978, March et Olsen 1976, Huber 1991, Argote 1998), ou des théories normatives sur la façon de construire une organisation apprenante (Senge 1990, Nevis, Gould et DiBella 1995), les recherches sur l'apprentissage organisationnel restent essentiellement centrées sur l'individu. Le passage de l'individu au collectif reste peu clair, malgré des efforts de conceptualisation. Cette approche permet, toutefois, de mettre en œuvre une logique de développement des acteurs dans l'organisation, des structures et des outils conformes aux besoins d'évolution progressive. Ainsi, faire le pari de la compétence, c'est commencer par changer les organisations du travail et les modes de relations entre les acteurs (Zarifian, 2004).

Cette approche porte peu sur le produit de l'apprentissage et l'information joue dans le processus d'apprentissage un rôle central. Il faut noter que l'aspect tacite des connaissances apprises est rarement pris en compte.

La gestion de compétence et le *Knowledge management* (gestion des connaissances) sont intimement liés puisqu'ils contribuent intimement à la production et à l'exploitation de ressources créatrices de valeur (Dupuich-Rabasse, 2002). Les auteurs traitant de la gestion des connaissances s'appuient sur les travaux de psychologie (Piaget, Polanyi, James) et de philosophie (philosophes classiques comme Aristote ; philosophes pragmatistes américains comme Dewey, Ryles ; voire constructivistes comme Wittgenstein). De nombreuses typologies visant à décrire la nature de la connaissance sont proposées (*voir Tableau 1*). Les critères principalement retenus sont le caractère explicite ou implicite de la connaissance, la différence entre savoir théorique et savoir empirique, les connaissances déclarative ou procédurale. Il semble, cependant, que ces recherches s'attachent plus à décrire la nature de la connaissance qu'à en étudier la dynamique (ce qui est privilégié dans le présent article). De plus, ces recherches ne portent pas sur la valorisation organisationnelle des connaissances, point central dans l'analyse des compétences.

Tableau 1 : Quelques typologies de la connaissance dans les organisations

Auteurs	**Variété des conceptions de la connaissance**
Ryle (1949)	*« Knowing that" vs "knowing how"*
James (1950)	*"Knowing about" vs "knowledge of acquaintance"*
Anderson(1976)	*Connaissance déclarative vs connaissance procédurale*
Machlup (1984)	*Connaissance alpha vs beta bs gamma ; « know-that » vs « know-what » vs« know-how » vs « know-why »*
Polanyi (1967)	*Savoir objectif, connaissances tacites et explicites*
Hatchuel (1993)	*Savoir faire, savoir comprendre, savoir combiner*
Reix (1995)	*Connaissances déclarative, de pratique, connaissances procédurales et de contexte*
Girod (1995)	*Connaissances déclarative, procédurale, de jugement et*
Spender (1996)	*Savoir scientifique, savoir pratique, savoir communautaire*
Baumard (1996)	*Généralisations, expertise technique, sagesse de la pratique sociale, intuition*
Blakler (1995)	*Savoir codifié, cognitif, incarné, routinisé, enculturé*
Le Boterf (1994)	*Savoir théorique, savoir procédural, savoir-faire cognitif, savoir-faire procédural, savoir-faire expérientiel, savoir-faire social*
Durand (2000)	*Savoir, savoir-faire, savoir-être, compétence*

Il est maintenant classique en gestion de considérer l'organisation comme un système de ressources tangibles et intangibles. Les capacités et les compétences appartenant à la deuxième catégorie (Grant 1991).

« *Le concept de compétence est un attracteur étrange : la difficulté à la définir croit avec le besoin de l'utiliser* » (Le Boterf, 1994). Toutefois, on peut la définir comme « *l'aptitude à déployer de façon coordonnée des actifs et des capacités, d'une manière qui permette à l'entreprise de réaliser ses objectifs* » (Sanchez, Heene et Thomas 1996). Les compétences sont fortement liées à l'action. Aussi, il faut considérer la compétence comme un concept dynamique. Contrairement à certaines ressources qui peuvent être consommées et épuisées, les compétences se développent et s'accumulent quand on les utilise ; elles évoluent au cours du temps et dans l'espace organisationnel : elles sont construites, transmises, sauvegardées et/ou appliquées (Sanchez, Heene et Thomas 1996). Elles peuvent se diffuser à travers des produits et des services et se répandre au sein d'industries (Rumelt 1994). Il convient cependant de préciser que ces mouvements peuvent être rendus plus complexes par la dimension tacite des connaissances à l'origine des compétences. Nonaka (1994) a montré que les connaissances tacites et les connaissances explicites ne requéraient pas les mêmes processus de transmission. Dans cet article, les compétences sont considérées comme des connaissances en action.

Selon Wright, Van Wijk et Bouty (1994), les connaissances tacites sont plus difficiles à transmettre mais elles permettent de construire des *compétences distinctives* procurant un

avantage concurrentiel plus décisif. Ainsi, même en restant à un stade tacite, ces connaissances peuvent générer des compétences clés, ce qui est particulièrement important pour les Centres Hospitaliers dont l'avantage concurrentiel repose sur l'expertise de ses membres.

Le bon fonctionnement des Centres Hospitaliers repose sur des travailleurs qualifiés. Ces derniers utilisent des compétences difficiles à apprendre. Leur situation organisationnelle est à la fois complexe et stable : complexe, car elle requiert des compétences qui ne peuvent être acquises que par une formation de haut niveau ; stable, car la mise en œuvre de ces compétences peut toutefois être standardisée. Selon Mintzberg (1981), les Centres Hospitaliers reposent d'ailleurs sur la coordination de leurs qualifications standardisées. La plus grande part de la coordination nécessaire entre les acteurs opérationnels intervient alors automatiquement, « *parce qu'ils ont appris à attendre les uns des autres* » (Mintzberg, 1981).

La complexité des compétences et des connaissances garantit cependant le caractère discret de leur mise en œuvre, car deux professionnels, ici des médecins, n'appliquent jamais leurs compétences exactement de la même manière, maintes réflexions sur le contexte sont nécessaires. D'après Mintzberg, l'internalisation d'un ensemble de procédures rend la structure bureaucratique, et il parle alors de « bureaucratie professionnelle ». On n'est toutefois pas assuré que tous les Centres Hospitaliers procèdent à cette standardisation. Dans tous les cas, bureaucratique ou non, les centres hospitaliers exacerbent l'autorité de nature professionnelle que constitue le pouvoir de l'expertise.

Afin de comprendre comment les Centres Hospitaliers fonctionnent à un niveau opérationnel, il est utile de les considérer comme un ensemble de programmes standards à appliquer dans des situations connues, ou contingentes. Le diagnostic est fondamental mais restreint. Les diagnostics à finalité ouverte (*c'est-à-dire à la recherche d'une solution pour un problème unique*) nécessitent une opération innovante dans la mesure où ils ne peuvent reposer sur aucune contingence standardisée ni aucun programme.

L'organisation des activités des centres hospitaliers répond à deux des besoins les plus importants des hommes et des femmes d'aujourd'hui : elle est *démocratique* et elle accorde, une large autonomie. Elle est démocratique parce qu'elle dissémine le pouvoir au sein de ses membres ; elle leur accorde une large autonomie dans la mesure où elle va jusqu'à les libérer de la standardisation préétablie. Les médecins sont rattachés à l'organisation mais ils sont libres de servir leurs patients suivant leurs propres manières. Ils ne sont alors tenus que par les standards de leur profession.

2. Méthodologie

L'objet de cette communication est de porter un regard spécifique sur la question de l'échange et de la combinaison de connaissances au sein d'un collectif, lorsqu'un individu est porteur d'une connaissance spécifique. En d'autres termes, comment construire et valoriser les compétences organisationnelles.

La nature de la question de recherche (exploratoire) et de son objectif (identification et définition) nécessitent l'utilisation d'une méthodologie qualitative approfondie.

Des données ont été collectées à travers une étude de cas : un Centre Hospitalier Universitaire

(CHU). Il existe un grand nombre d'informations sur ce CHU et sur leurs médecins en chef dans différents média : magazines, internet, interviews télévisées, ... Tout ceci à fourni des données secondaires très utiles. Des observations directes de pratiques dans les services ont été également menées, avant, pendant et après le service des médecins et aides soignants. Enfin, des informations ont été collectées directement par interviews des médecins en chef et des membres de leur équipe. Trois guides d'interviews sont utilisés : un pour le médecin en chef, un autre pour son second et un troisième pour les autres membres de l'équipe (comme les aides soignants, par exemple). Toutes les personnes interrogées sont des permanents dans le CHU et ont une ancienneté, en moyenne de 6 ans (quelle que soit la strate concernée (médecins en chef, médecins…)).

Le tableau 2 résume le déroulement de l'enquête.

Tableau 2 : ***Le déroulement de l'enquête.***

	CHU étudié
Entretien avec : - Médecins en chef - Médecins - Aides soignants	 Oui (4) Oui (5) Oui (3)
Durée moyenne de l'entretien	2H30 (pour les médecins en chef) ; 1h30 (pour chaque médecin) et 1h30 pour les aides soignants)
Entretiens téléphoniques réguliers	Oui
Documents : - Fax - Courrier - Rapports et Réunion - Article de presses - Plaquette - Documents juridiques	 Oui Oui Oui Oui Oui Oui
Durée totale de l'étude	6 Mois

Les entrevues se sont déroulées au sein des services du CHU. Elles ont autorisé un grand nombre d'observations spontanées. L'observation des locaux, du matériel utilisé, des méthodes de travail, des relations établies entre les acteurs est venue enrichir la compréhension du mode d'organisation. Elle constitue une perspective complémentaire, partie intégrante de la méthode de triangulation adoptée. Le *tableau 3* se concentre sur la triangulation des données observées, orales et écrites. Le *tableau 4* présente la triangulation des méthodes de collecte et d'analyse des données.

Tableau 3 : La triangulation des données observées.

Données observées	Données orales	Données écrites
- Locaux - Comportement	*Entretiens* : - informels - semi-directif - en face à face - téléphoniques	- Plaquette - Fax - Courrier - Compte rendu des réunions - Rapport de stage - Article de presse sur le CHU

Tableau 4 : La triangulation des méthodes de collecte et d'analyse des données.

ACTION	MOYENS
1. Collecte de données : - externes	Experts : entretiens, documentations
	Responsable d'institution encadrant le CHU : Ministère de la santé et syndicat
- internes	- Plaquette - Fax - Courrier - Compte rendu des réunions - Rapport de stage - Article de presse sur le CHU
2. Recours à différentes techniques d'entretien	*Observation* - locaux - matériel - méthode de travail - relations Médecins en chef/collaborateurs
	Entrevues/ contacts téléphoniques répétés dans le temps - Enrichissement des réponses - Corrections des mauvaises interprétations - Synthèse et reformulation des propos du répondant
	Protocole d'entrevue : questionnement de la réalité
	Guide d'entretien - Vérifications des informations communiquées - nouveau questionnement de la réalité
3. Rédaction d'un récit final	*Ensemble des données colligées utilisées* *Accord des répondants sur le récit relaté* - Lecture - Correction - Enrichissement

Les données collectées sont étudiés selon une analyse de contenu classique : une grille de catégories prédéterminées à partir du protocole de codage a été utilisée. Les tâches dans le service ont été comparées afin d'identifier les différences entre compétences (l'étude s'appuie sur la définition des *compétences comme des connaissances en action*).

Le choix de construire un échantillon théorique (un cas) s'appuie sur les recommandations de Glaser et Strauss (1967). Ainsi, le cas est choisi en fonction des besoins en informations et à partir de ce que les données secondaires indiquent sur les médecins et les Centres hospitaliers.

Concernant la validité, les préoccupations principales sont la précision et la pertinence des résultats. Différentes stratégies ont été utilisées pour améliorer la validité des construits. Par exemple, en multipliant les sources de preuve (interviews, observation directe, données secondaires externes et internes) et en faisant relire les compte-rendus d'interviews par les répondants on peut améliorer cette validité. Puis l'on s'est assuré que les données collectées sur le terrain correspondaient le mieux possible à la réalité à étudier.

L'instrument de mesure doit fournir une représentation aussi bonne que possible du phénomène étudié. Aussi, la fiabilité a été assurée en :

1. retranscrivant intégralement et fidèlement les interviews, enregistrées sur cassette,
2. codant les données brutes obtenues par les interviews et les documents,

La description et l'explication de la stratégie d'analyse et des outils contribuent également à la pertinence et la cohérence interne des résultats en augmentant la transparence du processus de recherche et en rendant la critique possible.

A ce stade, on ne peut atteindre une généralisation théorique (au sens de Glaser & Strauss, 1967 et de Lincoln & Guba, 1985).

Afin de proposer une analyse en profondeur du cas choisi, une description du contexte particulier des établissements de santé est nécessaire.

3. Résultats

3.1. Contexte de l'étude

L'édification du CHU étudié s'est faite en plusieurs étapes comprises entre 1955 (date du projet de sa création) et 2001 (date de démarrage des travaux de construction du Service d'ORL). Le CHU étudié polarise une population d'environ deux millions d'habitants et couvre la ville de Dakar et sa banlieue. Du fait également de sa vocation nationale, et de par ses spécialités de pointe, le CHU étudié a un rayon d'action englobant l'ensemble du territoire national, et couvre une population estimée en 2002 à 10 millions d'habitants.

Par ailleurs, Le CHU étudié, notamment son Service de Neurochirurgie constitue un pôle d'attraction sous-régional. En effet, celui-ci fut le premier Service de Neurochirurgie de l'Afrique de l'Ouest. Au-delà donc du Sénégal, le flux de patients provient de la quasi-totalité des pays de la sous région (Mauritanie, Mali, Guinée Conakry, Guinée Bissau, Gambie, etc.).

Le CHU étudié dispose de 13 services médico-sanitaires, cinq Services d'appui technique et compte l'ensemble des structures administratives et de gestion défini dans le cadre de la réforme hospitalière.

Les Services médico-sanitaires sont les suivants :

- Accueil-urgence
-Neurologie
-Psychiatrie
-Maladie infectieuse
-Pneumo-phtisiologie
-Neurochirurgie
- Biochimie
-Bucco-dentaire
-Cardio-vasculaire et thoracique
-Oto-rhino-laryngologie
-Bactériologie-virologie
-Radiologie générale
-Parasitologie et Mycologie

La capacité d'accueil du CHU étudié peut être résumée comme ci-dessous.

Tableau 5 : Capacité d'accueil: répartition des lits par chambre et par service

	Chambre à un lit	Chambre à 2 lits	Chambre à 3 lits	Chambre à 4 lits	Chambre à 5 lits	Chambre à 8 lits	Lits-réanimation	**Total**
Neurologie		7			9		6	**65**
Psychiatrie		45		1				**94**
Neurochirurgie		4				3	12	**44**
Pneumologie		7	3	15				**83**
Maladies infectieuses	8	3		8			14	**60**
Total des chambres	8	66	5	24	9	3	2	**110**
TOTAL	**8**	**132**	**15**	**96**	**9**	**24**	**20**	**332**

Source : Direction des études, de la recherche et de la formation, janvier 2003.

3.2. Les compétences couvertes par le CHU étudié

Comme toute organisation, le CHU étudié a un champ de compétences spécifiques grâce auxquelles il est à même de concevoir, d'offrir ses services. Son champ d'activité est composé d'un ensemble de compétences individuelles ; elles-mêmes constituées de connaissances et de savoir-faire particuliers : ceux des hommes et des femmes qui y travaillent. L'enjeu est alors de rassembler ces savoirs individuels et de les capitaliser en une somme de compétences qui pourront être partagées.

3.2.1. Diagnostic des compétences au CHU étudié

Les compétences du CHU étudié couvrent des domaines divers, tels que : la neurologie, la pneumonie, la neurochirurgie, la psychiatrie, les maladies infectieuses, l'accueil d'urgence, la consultation externe psychiatrique, la chirurgie dentaire, la kinésithérapie. Chaque domaine est organisé comme un service et est dirigé par un médecin en chef[1] assisté de plusieurs médecins[2], infirmiers et agents sanitaires[3] (*voir tableau 6*).

[1] Généralement des médecins ayant suivi 7 années d'études après le baccalauréat et au moins 3 années de spécialisation. Ils ont acquis dans le service une certaine notoriété et ont au moins 5 années d'expérience professionnelle.

[2] Ils ont suivi 7 années d'études après le baccalauréat. Certains font une spécialisation dans le service.

[3] Ils ont suivi une formation de courte durée (environ trois ans) après le brevet d'études ou le baccalauréat. Nous les appellerons aides soignants.

Tableau 6 : Répartition de l'effectif salarié du CHU étudié par domaine de compétences

Domaines de compétences	**TOTAL**	**Médecin en chef**		**Médecins**		**Infirmiers/agents sanitaires**	
		Va en retraite dans – 5 ans	Autres	Va en retraite dans – 5 ans	Autres	Va en retraite dans – 5 ans	Autres
Accueil	**2**						*2*
Pharmacie	**3**					*2*	*1*
Laboratoire	**1**	*1*					
Parasitologie	**2**	*1*			*1*		
Bactériologie	**3**		*1*		*1*		*1*
Bucco-dentaire	**5**		*1*	*1*	*2*		*1*
Radiologie generale	**2**		*1*				*1*
Neurologie	**12**	*1*		*2*	*5*	*1*	*3*
Neurochirurgie	**4**	*1*			*2*		*1*
Psychiatrie	**7**	*1*		*1*	*3*		*2*
Maladies infectieuses	**8**		*1*	*2*	*3*		*2*
Pneumo-phtisiologie	**6**	*1*		*1*	*3*		*1*
TOTAL	**54**	**6**	**4**	**7**	**20**	**3**	**15**

Source : Direction des études, de la recherche et de la formation, janvier 2003.

A partir des données du tableau, on peut faire les constats suivants :

- 29,63% de l'effectif du CHU étudié ira en retraite dans moins de cinq ans ;
- certains services sont bien pourvus (neurologie, par exemple), alors que d'autres le sont moins ;

Ceci dénote le fait que des domaines de compétences sont menacés à moyen terme. Résorber le problème passe par le recrutement et la formation de jeunes médecins. Des propos du médecin en chef du service psychiatrie, « *il y a une masse d'étudiants en formation, qu'il faudra initier au métier. C'est une tâche importante… peut-être seront-ils à la hauteur de ceux qui iront bientôt à la retraite* ».

3.2.2. Les connaissances nécessaires aux activités du CHU étudié

Les connaissances du CHU étudié susceptibles d'être gérées concernent : le métier exercé, les brevets, les techniques, les informations scientifiques, sur la demande, les patients et la concurrence. Elles peuvent être résumées comme suit (*voir figure 2*).

Figure 2 : les connaissances du CHU étudié.

	Connaissances internes	**Connaissances externes**
Connaissances tacites	Savoir-faire Compétences Histoires de l'établissement Les valeurs partagées	La réputation du CHU étudié L'image de marque Le Groupes de patients qui y vont
Connaissances explicites	Les bases de données Les livres et archives Les procédures codifiées	Articles de presse Guides utilisateurs Prix pratiqués

Compte tenu de la nature des activités du CHU étudié (soins de santé), il est impératif d'avoir en son sein un personnel de qualité couvrant l'ensemble des domaines existant en son sein.

Dans les domaines de compétences abondantes « *on assistera à long terme à une pénurie de personnel si l'on y prend garde* » (entretien avec le Directeur du CHU étudié). Malgré une insuffisance probable du nombre de médecins expérimentés prévisibles à moyen ou long terme, la demande est plus ou moins satisfaite aujourd'hui. Selon le Directeur du CHU étudié, « *L'Etat gagnerait à faire former de jeunes médecins et devrait leur assurer une rémunération adéquate. Cela pourrait empêcher l'insertion massive de jeunes diplômés dans le secteur privé* ».

Il est important de signaler que les connaissances en voie de disparition au CHU étudié concernent : la parasitologie, la bactériologie et les activités d'analyse en laboratoire. Compte tenu du degré de spécialisation des connaissances que nécessitent ces compétences et de la demande qui évolue rapidement, des actions devraient être entreprises pour juguler ce problème.

La médecine peut être considérée comme créative, audacieuse et riche, souvent surprenante, car chaque médecin, à partir de préceptes, de son vécu, de son savoir-faire guérit des maladies. Pour certaines maladies, le résultat peut être qualifié d'innovant. Les professionnels de la médecine s'accordent à classifier les médecins (surtout en chef) dans une catégorie à laquelle ils sont probablement les seuls à appartenir. Le responsable du service neurologie le dit lui – même, « *je me suis approprié des choses et j'ai crée mon propre univers de travail* ».

En plus d'un style unique, le médecin en chef et les médecins ayant une plus grande expérience professionnelle sont caractérisés par leur travail dans le service. Le tableau 5 montre dans le détail les tâches de chacun dans le service considéré à partir des données primaires obtenues par entretiens et observations. Il présente aussi des données secondaires (articles parus dans la presse).

Tableau 6 : Comparaison des tâches

a – les services habituels

Médecin en chef	Médecins	Infirmiers / Agents sanitaires
« *les matins (après un moment de réflexion et avant de prendre des patients en consultation) je participe largement à ce qui se passe dans le service* » (entretien avec le médecin en chef) « *je suis au service et en consultation de 10h à 14h »* (entretien avec le médecin en chef) « *une fois la maladie diagnostiquée, des instructions sont données aux médecins et infirmiers qui m'assistent pour la marche à suivre avec le patient* » (entretien avec le chef) « *tous les patients sont consultés par nous* » (entretien avec le chef) Selon les besoins, le médecin en chef consulte, assure le traitement et le suivi du patient. Il peut confier l'une de ces tâches, s'il le souhaite à ses assistants. En même temps qu'il consulte et assure le traitement de ses patients, il veille sur ce qui se passe ailleurs dans le service, il regarde la technique (façon de procéder, gestes, attitudes, …), les prescriptions (observations dans le service). « *je me réserve le droit d'intervenir sur tout* » (entretien avec le chef) « *je veux vraiment laisser ma marque* » (entretien avec le chef)	« *ils assurent souvent le suivi des patients* » (entretien avec le médecin en chef) « *les plus expérimentés peuvent également effectuer les consultations, le traitement et le suivi des patients »* (entretien avec le chef)	« *ils sont chargés de seconder et éventuellement d'aider les autres médecins dans leurs tâches* » (entretien avec le chef). « *ils accueillent les patients et les orientent vers les personnes devant les consulter*''

b- Les services spécifiques nécessitant une plus grande expertise

Médecin en chef	Médecins	Infirmiers / Agents sanitaires
Les nouveaux patients sont d'abord accueillis et consultés par un groupe de personnes expertes (médecins en chef, et quelques médecins ayant plus de six années d'expérience).	Discutent du diagnostic établi avec le médecin en chef et le reste de l'équipe.	« *Les infirmiers ont l'information, puis ils exécutent. Après j'ajuste (…) je ne suis pas toujours là lorsqu'ils font les soins* » (entretien avec le chef)
Ensuite, une fiche technique, contenant plusieurs descriptions du patient, est écrite (et distribuée à l'équipe) (observation)	Contrôlent l'exécution du traitement avec le médecin en chef.	
« *il y a une fiche technique (…) qui donne à l'équipe les grandes lignes et les discussions sont engagées afin d'arrêter le traitement à prodiguer au patient* » (entretien avec le chef)		

3.2.3 Caractéristiques du travail dans un service du CHU étudié

Comme le montre le tableau de comparaison 6.a, le médecin en chef est essentiellement caractérisé par :

- Sa capacité à accomplir toutes les tâches relatives au service et à intervenir dans tout,
- Son haut degré de créativité,
- Ses relations avec les patients.

- la capacité d'accomplir toutes les tâches dans le service

Le médecin en chef participe activement à ce qui se passe dans le service. Il considère le fait de consulter/traiter les patients comme une part principale de son rôle. Toutefois, il affirme : « *Le service continue de fonctionner quand je ne suis pas là. Il faut noter que certains patients désirent être consultés uniquement par moi » (entretien avec le chef).* Par exemple*, « j'ai été absent une semaine, et plusieurs patients ont appelé pour reporter leur rendez – vous lorsqu'il n'y avait aucun caractère d'urgence ».*

La principale explication que le médecin en chef donne à cela, hormis le fait qu'il aime ce qu'il fait, est qu'il juge nécessaire de « *laisser son empreinte* ». Cela signifie que le médecin en chef souhaite animer son service. C'est une volonté plus qu'une nécessité. Cela signifie également que certaines compétences du médecin en chef sont purement techniques. Pour dominer son art, il a besoin de « maîtriser » de nombreuses techniques. Cette maîtrise est une compétence-clé du médecin en chef, qu'il partage chaque jour avec ses collaborateurs lorsqu'il consulte, prodigue un traitement, assure le suivi du patient et il dirige son équipe pour donner vie à ses idées comme il le dit : « *Aujourd'hui, j'ai des certitudes sur la manière dont ceci ou cela devrait être diagnostiqué et traité, ce qui pourrait être différent suivant le résultat auquel je veux aboutir. Il y a une méthode pour une maladie donnée, et le traitement peut être utilisé de façons différentes pour une autre idée »* (entretien avec le Chef).

- Le haut degré de créativité dans le diagnostic

La seconde tâche distinctive du médecin en chef et des médecins ayant plus de cinq années d'expérience professionnelle est l'innovation. Le diagnostic des patients qui arrivent est propre au médecin en chef et ceux ayant plus de six années d'expérience.

Une partie de leur rôle est la réflexion à propos du travail qui doit être fait dans le service (consultations, traitement et suivi de patients). Ce haut degré de créativité est certainement attaché à l'univers particulier et complexe des médecins. Mais cela est également dû au fait que personne d'autre dans le service n'est capable d'accomplir pleinement cette tâche. Les médecins en chef et ceux ayant plus de 5 ans d'expérience sont les seuls qui puissent diagnostiquer et prescrire un traitement dans cet univers particulier. Cela ne veut pas dire que les médecins (ayant moins de six années d'expérience), les infirmiers/aides soignants et agents sanitaires n'ont jamais d'idées ou ne participent jamais au diagnostic de nouveaux patients. Cela signifie plutôt que seuls ces médecins en chef et ceux ayant plus de six années d'expérience professionnelle peuvent diagnostiquer, et prescrire un traitement pour les nouveaux patients. Comme le médecin en chef du service kinésithérapeutique le dit lui – même : « *Parfois, sur leur initiative, leur propre expérience professionnelle peut apporter une idée ou une trouvaille, une technique particulière* » (entretien avec le chef). En d'autres termes, bien que les membres de l'équipe (constituée de plusieurs médecins et infirmiers) puissent être créatifs, cela reste limité, comparé à la capacité de création des médecins en chef et ceux ayant une ancienneté supérieure à six ans. Cela apparaît clairement à travers le processus de suivi d'un nouveau patient :

- Lorsqu'un nouveau patient arrive, il est d'abord consulté et un diagnostic est établi. L'état du patient est consigné sur une fiche technique remplie à la main.
- Ensuite, des directives sont données pour le traitement à suivre. Le médecin en chef du service « urgence » dit : « *... je leur donne une ligne directrice à l'intérieur de laquelle ils font ce qu'ils veulent (...) mais la ligne à suivre est précise (...) mes collaborateurs ne sont pas des automates ».*
- Enfin, à partir de ces fiches, les activités du service donnent vie aux idées du chef et de ses collaborateurs. Les résultats sont discutés avec toute l'équipe.

- Le Management d'équipe et la communication

Cette capacité à diagnostiquer et à prescrire un traitement pour un patient resterait stérile si les médecins en chef et ceux ayant au moins six années d'expérience, n'étaient pas capables de communiquer leurs idées à leurs équipes et de les manager avec succès. De nombreuses tâches accomplies par les médecins sont de l'ordre de la communication et du management de leurs équipes. L'observation de ces tâches ne peut être aussi évidente que celle du service, elles sont pourtant très importantes.

Les médecins chargés du diagnostic et de la prescription d'un traitement communiquent leurs idées et les partages avec l'équipe. Ils font leur diagnostic, le consigne dans des fiches techniques, puis laissent la responsabilité à l'équipe de suivre l'administration du traitement au patient ; c'est-à-dire qu'ils utilisent ces fiches comme moyen de communication et n'essaient pas de leur montrer à quoi ressemblent ses idées une fois réalisées. « *Les infirmiers ont l'information et ils administrent le traitement (...), puis au besoin, j'ajuste le traitement (...). Je ne suis pas toujours là* » (entretien avec le chef du service psychiatrie).

Les médecins en chef et ceux ayant plus de 6 années d'expérience construisent une équipe autour d'eux pour réaliser chaque jour le traitement des patients. Ils choisissent généralement

les membres de leur équipe d'après leurs compétences. Quant aux jeunes médecins, ils observent la capacité de diagnostiquer une maladie et celle à s'intégrer à l'équipe ; l'une des compétences clés du médecin en chef est de choisir les membres de son équipe et de les inciter à rester dans le service. Par ailleurs, le médecin en chef dirige chaque jour son équipe en même temps qu'il consulte les patients. En observant ce qui se passe dans le service, nous avons noté que le médecin en chef gardait toujours un œil sur ce qui se passe autour de lui et interférait régulièrement pour corriger les techniques et les outils utilisés. Il ne s'agit pas d'un contrôle au sens « *hiérarchique* » du terme. Le médecin en chef participe et assiste l'équipe pour atteindre l'excellence dans chaque traitement. L'une des compétences clés du médecin en chef se situe donc dans le management. Ainsi, *est-il important de se sentir bien avec les gens. Certains dans mon équipe sont vraiment talentueux, mais s'ils ne se sentent pas bien avec nous …c'est très important »* (entretien avec le Directeur du CHU étudié).

– Les Relations avec les Patients

Les médecins et leurs collaborateurs (toute l'équipe du service) accomplissent une autre tâche : les relations avec les patients. Ils sortent régulièrement de la salle de consultation pour se rendre en salle d'attente (observation). Ils sont la partie émergée de l'équipe dans le service et jouent ainsi un rôle de représentation. Se rendre en salle est aussi un moyen de rester en phase avec la demande qui s'adresse à elle, de savoir ce que les patients apprécient ou non, pourquoi, s'ils se sentent bien, leurs désirs,… Une telle tâche nécessite des compétences totalement différentes de celles qui sont partagées dans le service. Cela signifie que les médecins et infirmiers dans le service ont plus que des compétences purement techniques et scientifiques.

Le médecin en chef assure la visibilité de son service en accordant des interviews aux médias, en participant à des colloques et séminaires,… comme le montre *le tableau 6.b*, les médecins (ayant moins de 6 années d'expérience) sont caractérisés par leurs techniques et capacités à reproduire le diagnostic du médecin en chef (en face d'une même maladie). Comme le médecin en chef du service neurochirurgie le dit, ils sont « *les seuls à pouvoir reproduire ce que je fais* ».

Le médecin en chef et les autres médecins travaillent ensemble depuis plusieurs années et après un certain nombre d'années, ils deviennent le double du médecin en chef.
Les médecins ayant travaillé pendant au moins six ans avec le médecin en chef sont ceux qui comprennent bien l'univers du service et les idées de celui-ci. Ils sont capables de reproduire « *relativement* » le même résultat que le médecin en chef. Compte tenu de leur formation, leur base technique est presque meilleure que la mienne (*entretien avec le médecin en chef du service neurologue*).

- Sa position dans le service

Puisque le médecin en chef et les médecins ayant au moins 6 ans d'ancienneté sont si comparables, ils peuvent échanger leurs rôles dans le service. Les médecins assistent le médecin en chef dans le diagnostic et le traitement des patients. Ils possèdent de compétences scientifiques, techniques et managériales. Ils organisent le travail des infirmiers et aides soignants vérifient que les instructions du médecin en chef sont respectées.

Les autres membres de l'équipe (infirmiers, agents sanitaires,…) sont caractérisés par :

- le fait qu'ils réalisent des tâches déterminées (administration des médicaments, piqûres….),
- les compétences techniques et spécifiques.

L'équipe est fragmentée parce que les infirmiers et agents sanitaires ne sont pas polyvalents. Seul le médecin en chef et les médecins qui travaillent avec lui depuis plusieurs années peuvent organiser et coordonner le traitement des patients. Cela ne signifie pas que les compétences des infirmiers sont mineures. Ils ont la responsabilité dans l'administration du traitement (piqûre, prise de médicament, suivi du patient dans le temps,…) et concrétisent les idées et diagnostic du médecin en chef à travers le partage de leurs compétences techniques. Néanmoins, ils ne sont concernés que par la spécificité de leurs tâches (anesthésie, prise de tension,…)

Qui plus, bien qu'ils atteignent tous un degré d'excellence technique (ce qui leur permet de devenir membre de l'équipe), les infirmiers et agents sanitaires ne semblent pas tous avoir exactement les mêmes compétences. Certains semblent avoir un plus, une technique pure (pour réaliser une injection, par exemple), un potentiel que d'autres n'ont pas. Ces différentes compétences se développent à travers un long apprentissage et sont souvent comparables à des compétences artistiques. *« Il y a dans l'art de faire une injection, de la sensibilité et de la finesse qui ne peuvent être développées de manière égale par tous les infirmiers et aides soignants* » (propos d'un médecin).

En résumé, les compétences que nous avons identifiées à travers l'étude du CHU étudié peuvent être résumées comme ci – dessous (*voir tableau 7*).

Tableau 7 : synthèse de compétences du CHU étudié peut être résumé

		Médecin en chef	Médecins		Infirmiers et agents sanitaires
			Ancienneté < 6 ans	Ancienneté > ou = 6 ans	
Consultations	Diagnostic d'un nouveau patient (consultation)	X	X	X	
	Innovation technique (exemple : nouveau procédé)	X		X	X
Traitement	Prescription d'un traitement	X		X	
Suivi du traitement	Suivi du traitement		X		X
	Ajustement du traitement	X	X	X	

Managériales	Communication Ex : réal. De la fiche technique Management d'équipe Ex : choix des collaborateurs Relations clientèle Ex : dialogue avec le patient	X X X	X	X X	X
Techniques	Coordination des temps de traitement Maîtrise du traitement d'une maladie Maîtrise dans le choix des médicaments	X X X	X X	X X X	X
Normes	Code déontologique	X	X	X	X

Comme le montre le *tableau 7*, les principales compétences du médecin en chef et des médecins ayant plus de 6 ans d'ancienneté sont essentiellement scientifiques et techniques (diversifiées et spécialisées) et managériales.

« *Je pense que le danger, il est dans la dérive sur le temps, et ça je pense que c'est facile à comprendre, c'est-à-dire que vous partez 10 jours, 15 jours, même un mois je dirai, je pense, qu'il n'y aurait pas beaucoup de changements, mais après va se poser le problème du renouvellement des services offerts, des choses nouvelles, des mises en place de nouvelles idées, des petits trucs en plus vous voyez…* » (Entretien avec le Chef).

Cette citation illustre à quel point certaines compétences du Médecin en chef sont essentielles pour le Service du CHU. Elle met aussi en lumière le fait que ces dernières ne semblent être mobilisées qu'occasionnellement. Par contre, les compétences des médecins, infirmiers et aides soignants sont mobilisées régulièrement.

Les compétences identifiées peuvent être résumées comme suit (*voir figure 3*) :

Figure 3 : Pyramide des compétences

3.3 Organisation concrète du transfert des compétences au CHU étudié

Le choix des mécanismes de transfert des compétences dépend au moins de trois facteurs : les caractéristiques de la connaissance transférée, l'utilisation faite de la connaissance au sein de l'établissement, et le contexte organisationnel du transfert, tel que l'éventail de diffusion de la connaissance transférée.

3.3.1 - Mécanismes du transfert des compétences

Le transfert des compétences au CHU étudié dépend des moyens mis en œuvre et de la politique managériale mise en place. Il privilégie les contacts informels entre les salariés (« *culture de la machine à café* » comme le dit l'un de nos interlocuteurs). Les laboratoires de recherche utilisent la méthode du cahier de laboratoire ou de protocoles afin de consigner les informations utiles à l'ensemble des membres du laboratoire. Les retours-patients sont également une des formes de transfert employé : ils permettent de voir l'adéquation des soins prodigués et de réorienter, si nécessaire, la stratégie mise en place. Plusieurs logiques s'affrontent donc : de l'échange informel de l'information provenant directement du terrain, à une logique privilégiant des dispositifs réels de transfert d'information par un service ou des méthodes créées spécialement à cet effet.

Le CHU étudié utilise plusieurs modes de transmission de l'information, parfois simultanément. Le mode électronique et l'écrit sont privilégiés : rapports, notes d'études, cahiers de résultats, recherches sont transmis de ces deux manières. Le mode oral est utilisé pour les réunions d'équipes concernant l'organisation du Service, mais aussi les résultats de recherche ou des tests, et les retours d'information des patients. Les modes oraux et écrits se complètent parfois : une réunion d'équipe peut faire l'objet d'un compte rendu écrit.

Cet établissement hospitalier a une structure documentaire (un centre de documentation, une bibliothèque, une cellule de gestion des connaissances). Celle-ci dénote la réflexion qui est engagée sur la mise en place d'un centre de documentation, afin de mieux gérer l'information

et de mieux utiliser des outils documentaires (bases de données, Internet, service d'abonnements à des revues spécialisées) en adéquation avec leur activité.

Chacun des médecins rencontrés utilise plusieurs moyens pour s'informer :

- Le forum interne de discussion devient de plus en plus l'outil privilégié d'information. Le CHU étudié réfléchit également sur la mise en place d'un système intranet. Ce dernier permettra de consulter des supports d'informations (comptes rendus, mémos, procédures, contrats en cours, agendas, ...), mais également d'en créer et d'en publier. Les services seront chargés de mettre à jour eux-mêmes les documents publiés.
- Les moyens classiques d'information existent : les abonnements à des revues spécialisées, les salons et congrès professionnels, les formations et stages, le réseau professionnel sont également des moyens utilisés.
- Les banques de données externes, l'accès à Internet sont encore relativement peu utilisés. A l'heure où l'information électronique se développe, il peut paraître étonnant que le CHU étudié exploite peu ce moyen d'information. Il existe plusieurs explications pour cela : le fait que la connexion au réseau représente un coût important, la question de la sécurité des informations est aussi un argument mis en avant. Toutefois, les laboratoires de recherche sont des utilisateurs réguliers d'Internet. Cela rejoint les pratiques scientifiques constatées dans différents secteurs en matière d'échange d'information.
- Le recours à des structures documentaires externes est marginal et peu développé, ainsi que le réseau interne ou l'information obtenue auprès des partenaires extérieures.

Parfois peu formalisée, la gestion des compétences est une question majeure pour le CHU étudié, même si certaines ne l'expriment pas clairement ou n'ont pas encore intégré les enjeux. Le CHU étudié a engagé un processus de gestion de compétences traditionnel, en ayant recours à une structure documentaire, par exemple.

La gestion des compétences est souvent individuelle, c'est-à-dire que certains des interlocuteurs rencontrés éprouvent le besoin de gérer eux-mêmes la connaissance reçue, même si l'établissement a mis en place une gestion organisée. On assiste, dans ce cas précis, à une double gestion de compétences, à la fois individuelle et collective, plus ou moins formalisée.

Une gestion de compétence entraîne des modes de classement particuliers : on observe que dans la plupart des cas, l'information recueillie est classée selon des techniques documentaires classiques avec l'utilisation d'une classification, d'un classement par thèmes, d'une codification, d'une nomenclature. Les fichiers et dossiers traditionnels sont également employés. Au CHU étudié, les informations sont classées dans des banques de données internes.

Dans un objectif d'observation des systèmes de gestion des connaissances, il est intéressant d'étudier la manière dont certaines entreprises conservent des informations essentielles pour leur développement, la mise en place de nouveaux produits, les résultats obtenus suite à des expériences ou des tests, les informations sur les patients, etc. Le CHU étudié conservent l'information soit par des procédures d'archivage classiques (service dédié, local à archives, boîtes personnelles), soit en la stockant sur des supports électroniques (un serveur), soit parfois en utilisant ces deux modes simultanément.

En résumé, les mécanismes de transferts utilisés au CHU étudié peuvent être matérialisés comme ci-dessous.

Tableau 8 : Les mécanismes de transferts des compétences au CHU étudié

Modes de transfert	Caractéristiques
Transfert de personnel : *Expatriation d'expert* *Visites ponctuelles*	 Formation longue durée pour les médecins. Observation de pratiques
Echanges de données électroniques	Pour des connaissances facilement codifiables dans des formats standards
Courrier électronique	Pour traiter une grande variété de formats et de types de connaissances
Travail en équipe	Fournit une plate forme permettant d'intégrer les connaissances tacites de différents individus.
Face à face (tutorat et parrainage)	Permet le transfert de savoir-faire et la contextualisation des connaissances explicites
Séminaires et formation	Pour transférer à un groupe une connaissance explicite et complexe.
Communautés de pratique	Pour les individus partageant une connaissance de spécialiste.
Règles, procédures et directives	Le transfert des connaissances est assuré par traduction des méthodes de gestion des connaissances fonctionnelles et managériales en de simples règles, directives, procédures et instructions, imposées par autorité formelle dérivant de la relation hiérarchique.

3.3.2 Types d'actions et de supports utilisés

Le CHU étudié affiche son souhait d'acquérir et de créer des nouvelles connaissances, de diffuser les savoir-faire et les compétences, de capitaliser l'expérience, puis de développer une culture du partage des connaissances. C'est donc une étape supplémentaire franchie par cet établissement. Sur un autre plan, la capitalisation des connaissances conduit à organiser les réseaux de partenariat et l'animation de réseaux clients.

L'option choisie pour les outils de la gestion des connaissances est l'option offerte par les technologies avec les logiciels de veille, les Intranet d'entreprise, la gestion électronique de documents (GED), les forums internes, les bases de connaissances thématiques. Le réseau informatique est plus utilisé : c'est celui qui offre le plus de possibilités d'échanges et de partages car il rassemble un certain nombre de possibilités : forums internes, accès à des bases de données, accès à des publications internes.

Les supports de capitalisation sont nombreux et permettent d'établir une typologie qui distingue des supports peu élaborés tels les supports techniques ; des supports reposant sur les technologies actuelles de l'information, tel l'Intranet.

- Les supports techniques : premiers outils de la capitalisation

Un système d'archivage des données, le plus courant, est le support technique : il permet de stocker des informations écrites en les classant par catégories. Dans le cas d'un laboratoire de recherche, ce système présente l'avantage de conserver ce qui caractérise les composantes et les plans. Auparavant, ce savoir reposait sur la connaissance d'un seul médecin et les

indications techniques étaient mentionnées sur une « fiche technique ». Le laboratoire dispose ainsi de l'historique de ces services. Cet héritage papier est très précieux ; il évite de reconstruire chaque fois la vie d'un traitement et surtout sa composition. Par la suite, un cahier des charges précis du système a été élaboré. Les formules sont, quant à elles, consignées. Les ingénieurs valident dans un premier temps les informations importantes qui sont ensuite conservées. Cet archivage systématique des données permet l'accumulation des différents savoir-faire sur une période de vingt-cinq années.

- Les supports technologiques : des outils du travail collaboratif

Dans les établissements qui adoptent une démarche de gestion des connaissances, la technologie est considérée comme un moyen de consolider et d'améliorer la collaboration entre les personnes. Cela suppose qu'elles aient accès aux outils technologiques et qu'elles soient formées à leur utilisation. La technologie peut être considérée comme un moyen de réduire les barrières géographiques (dans le cas d'établissements installés sur plusieurs sites) et les contraintes temporelles.

Les systèmes de communication facilitent les relations à l'intérieur du CHU étudié grâce à la messagerie électronique, puis, dans les systèmes plus élaborés, avec un système de groupware permettant d'échanger (Lotus Note, Intranet) et de travailler en groupe. Ces systèmes sont reliés aux organisations externes (patients et partenaires), mais également aux sources de connaissances (réseaux de communication de données commerciales, Internet).

La forme papier étant toujours très utilisée pour la transcription des connaissances, l'utilisation de la gestion électronique de documents (GED) va permettre de numériser et de gérer les documents produits. Le moteur de recherche peut alors chercher l'information en plein-texte.

La constitution de corpus d'information importants n'est pas l'unique objectif visé. Le véritable objectif est de mettre en adéquation le patrimoine conservé et la vision interne de l'entreprise. La question essentielle apparaît être dans la structuration elle-même des informations utiles à l'entreprise. Les informations nouvelles pourront être intégrées et la recherche d'information sera d'autant plus performante que la structuration sera efficace.

Les supports offerts par la technologie actuelle sont nombreux et se révèlent être précieux quant à la sauvegarde et au stockage d'informations et de savoir-faire très souvent disséminés. La question est de savoir si ces supports sont efficaces et s'ils peuvent fonctionner dans le temps, lorsque notamment des équipes changent ou vieillissent et sont remplacées.

3.4. Echange et partage d'expériences au CHU étudié

L'activité scientifique qui consiste à publier ou communiquer des résultats de recherches, d'études, de tests est, de manière générale, soutenue au CHU étudié. Les objectifs de ces publications ne sont cependant pas les mêmes.

Les laboratoires de recherche du CHU étudié communiquent ses recherches dans un but d'avancée scientifique. Il est à noter la forme prise par l'activité scientifique qui consiste à réaliser des services particuliers à partir de résultats bruts : synthèses ou analyses, dossiers, notes techniques. Ces services (en réalité des services documentaires tels qu'ils sont réalisés par les documentalistes) s'adaptent au public visé et sont majoritairement conditionnés pour

être lus et intégrés rapidement par leurs lecteurs : les facteurs temps et rentabilité sont ici privilégiés.

La question du partage de l'expérience est une des questions clés du dispositif de capitalisation des connaissances. Le CHU étudié a conscience de l'importance du partage de l'information au sein de ses équipes, mais n'accordent pas toujours aux médecins les moyens de le réaliser : il est souvent peu formalisé ou se matérialise sous un mode informel (rendez-vous, rencontre, discussion). La question de confiance se pose, surtout quand il s'agit de recherches ou de services dits « sensibles ». Il existe d'autres explications : une réticence à communiquer ; le fait que certains domaines (comme la recherche) sont des domaines sensibles ; et enfin, certains services qui ne souhaitent pas promouvoir les échanges interpersonnels entre ces équipiers. Cela entraîne un cloisonnement de la connaissance, peu propice à la mise en place d'un système de gestion des connaissances. Il devient plus formel quand il se concrétise par des réunions régulières ou par un système de compagnonnage. La mise en place d'un Intranet favorise cependant le partage d'information.

Les retours d'information concernent essentiellement deux catégories d'interlocuteurs : les médecins et les infirmiers/agents sanitaires. Ces retours d'informations permettent une meilleure adéquation des diagnostics de patients par rapport aux tests effectués.

Dans le processus de gestion des connaissances, surtout dans les secteurs qui touchent le domaine de la recherche, la question de la validation de l'information transmise est primordiale : que l'information soit archivée ou directement consultable dans des dossiers ou des banques de données, celle-ci doit être pertinente et fiable. L'information retenue ou produite est contrôlée, analysée, selon les domaines, par des chercheurs, des ingénieurs, des administrateurs, des experts. Ils allient des compétences techniques à une connaissance du domaine. L'information est soumise parfois à un double contrôle et requiert des expertises multiples (un chercheur et un médecin par exemple).

Conclusion

Cette recherche, a exploré les établissements de santé à la lumière de la notion de compétences. Elle s'est intéressée plus particulièrement aux organisations dans lesquelles les compétences-clés sont entre les mains d'un ou deux individus. Elle a essayé de comprendre comment de telles organisations peuvent quotidiennement atteindre un certain niveau d'excellence alors que les individus en question ne sont pas systématiquement présents. Pour cela, elle a étudié le cas d'un CHU au Sénégal.

L'excellence de ce CHU est constante et quotidienne. Les Médecins en chefs, on le sait, ne sont pourtant pas systématiquement en consultation dans le Service et quand ils y sont, ils ne consultent pas toujours. Dans un premier temps, on a cherché à déterminer quelles sont les compétences des différents acteurs dans un Service du CHU.

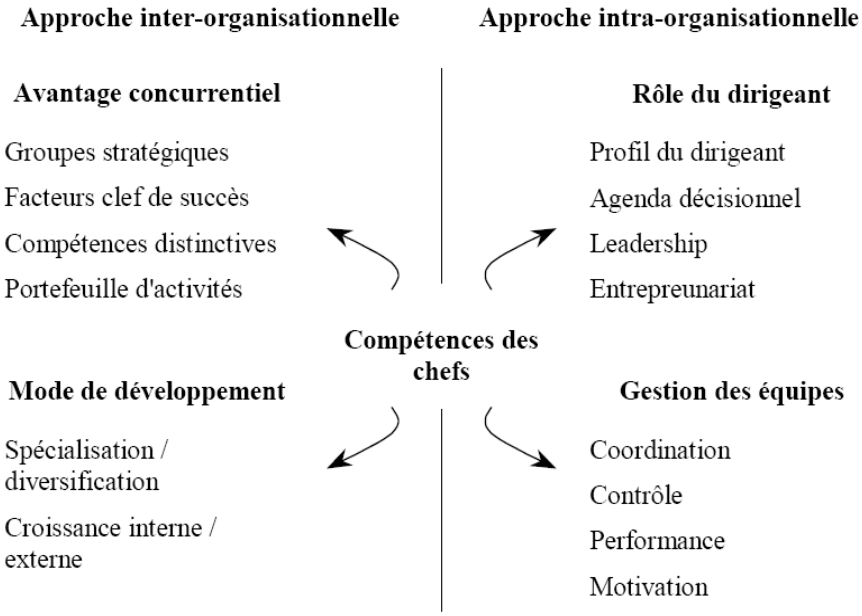
Le principal résultat est l'identification et la représentation des compétences qui sont schématisées sous la forme d'une pyramide inversée. Les compétences des infirmiers et agents sanitaires sont purement managériales et techniques. Ce sont par ailleurs des compétences partagées dans la profession : il faut les acquérir pour devenir infirmiers ou agents sanitaires. Les compétences des médecins ayant moins de 6 ans d'expériences professionnelles sont techniques et managériales. Elles sont aussi plus individuelles et comprennent en particulier une part de sensibilité personnelle. Quant au médecin en chef et les médecins ayant au moins 6 ans d'expérience professionnelle, ses compétences sont scientifiques, techniques et managériales, ainsi que très marquées par leur dimension individuelle. Il est notable que certaines de ces compétences sont clés pour l'organisation. En particulier, le chef est une source majeure de différenciation du CHU, que celle-ci soit relative à la pure technique ou pas. Cela a conduit à examiner les conditions de mobilisation de ces compétences. L'introduction de nouveaux procédés et leur mise en place dans le Service, ou l'utilisation de nouveaux outils nécessitent la présence du Chef, parce que ses compétences spécifiques sont mobilisées à ces occasions. En d'autres termes, bien qu'elles soient absolument essentielles pour l'organisation, les compétences du médecin en chef ne sont mobilisées qu'occasionnellement.

Bien sûr, ces conclusions sont le fruit d'une seule étude de cas et elles demandent à être muries. Tous les médecins en chefs ont-ils les mêmes compétences par exemple ? Si oui, pourquoi ne font t-il pas toujours le même diagnostic et n'offrent t-il pas le même traitement ? Si non, qu'ont-ils en commun et que les autres n'ont pas ? Ce sont autant de questions qui méritent des approfondissements.

De nombreuses questions sont à examiner dans la perspective adoptée, depuis celle du développement des compétences lors de l'apprentissage jusqu'à celle de la valorisation des compétences sur le marché, en passant par des interrogations sur la diffusion des compétences dans la communauté et son effet sur l'émergence des grands médecins en chefs…

Enfin, il apparaît progressivement que la recherche que entreprise est au carrefour de nombreuses interrogations stratégiques, dont la mobilisation pourra contribuer à l'enrichissement de la réflexion. La figure suivante (*Figure 4*) propose une première schématisation de ces orientations.

Figure 4 : Les interrogations stratégiques suscitées



Par exemple, il semble que la personnalité du médecin en chef l'incite à accorder une grande importance à l'aspect technique, scientifique et managériale. De plus il apparaît que ce médecin en chef a un style de management particulier : il est très proche des membres de son équipe, s'implique au quotidien dans le Service et a su s'entourer d'une équipe formée de longue date.

Bibliographie

ANACT/CUKIERMAN Sylvie, NANTEUIL Matthieu de, PARLIER Michel *Apprentissages formels et informels dans les organisations.- Lyon : Anact, oct. 1996.- 359 p*

Argyris C. et Schön D.A., 1978,.*Organizational Learning : a theory of Action Perspective.* Reading, MA : Addison-Wesley.

Baumard P., 1996, *Organisations déconcertées, la gestion stratégique de la connaissance,* Masson, Paris.

Blackler F., 1995, Knowledge work and Organizations : an Overview and Interpretation, *Organization Studies,* 16/6, pp. 1021-1046.

Brown J.S. et Duguid D., 1991, Organizational Learning and Communities-of-practice : Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation, *Organization Science,* vol.2 n°1.

Darré J. P., 1982, La diffusion des connaissances, propositions pour se débarrasser du consensus empirique, *cahiers du GERDA*L, réédition nov. 1982.

Defélix C., Klarsfeld A., Oiry E. (coord.), Nouveaux regards sur la gestion des compétences, Paris, Vuibert, 2006

Dietrich Anne, les paradoxes de la notion de compétence en GRH, in les CLAREE, UPRES-A CNRS 8020.

Dietrich Anne, *La compétence comme instrument de régulation de l'action organisée, Gérer et comprendre, n° 49, sept. 1997, pp. 71-82.*

Dupuich-Rabasse Françoise, *Gestion des compétences et knowledge management*, Liaisons (4 décembre 2002), Collection : Entreprise & Carrières, ISBN-10: 2878805151, ISBN-13: 978-2878805154, 196 pages

Dupuich-Rabasse Françoise, *La gestion des compétences collectives*, *Entreprises et Management*, ISBN : 2-296-01045-8, juillet 2006, 226 pages

Girod M., 1995, La Mémoire organisationnelle", *Revue Française de Gestion* ,sept.-oct., pp.30-42.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L., 1967. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative researc*h. NY: Aldine Publishing Company.

Grant, R. M., 1991. The resource-based theory of competitive advantage: Implications for strategy formulation. *California Management Revie*w, Spring, 114-135.

Huber G.P., 1991, Organizational Learning : The Contributing Processes and the Litterature. *Organization Scienc*e, 2, 1.

Le Boterf Guy, *De la compétence à la navigation professionnelle.- Paris : Ed. d'Organisation, 1997.- 295 p.*

Le Boterf Guy, *De la compétence : essai sur un attracteur étrange.- Paris : Ed. d'Organisation, 1994.- 176 p.*

Le Boterf Guy, 1995, *de la compétenc*e, Les éditions d'organisation, Paris, 3è tirage, 1995.

Levitt B. et March J.G., 1988, Organizational Learning,. *Annual Review of Sociology*, 14.

Levy-Leboyer C., 1993, *le bilan de compétences,* Editions d'organisation.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G., 1985, *Naturalistic inquir*y. Newburry, CA: Sage Publications.

Machlup F., 1984, *Knowledge and knowledge productio*n, Princeton University Press.

Malglaive G., 1998, *enseigner à des adultes,* PUF, 1990.

Miles, M. B., & Huberman, A. M., 1994, *Qualitative data analysis. A sourcebook of new method*s. (2nd Ed.) Newburry, CA: Sage Publications.

Mintzberg, H., 1981, The structuring of organizations :A synthesis of the research, Prentice Hall.

Nevis E.C., DiBella A.J., Gould J.M., 1995, Understanding organizations as learning systems', *Sloan Management Review,* Winter.

Nonaka I. et Takeuchi H., 1995, *The knowledge-creating compan*y, Oxford University Press, N.Y.
Nonaka I., 1994, A Dynamic theory of organizational knowledge creation,. Organization Science, 5(1).
Rumelt R.P., 1994, *Forewor*d, in Hamel, G. & Heene, A. Eds. *Competence-based competitio*n. New York, NY: Wiley.
Sanchez R. et Heene A., 1997, *strategic learning and knowledge management,* John Wiley and Sons.
Sanchez R., & Heene A., & Thomas H., 199*6, Towards the theory and practice of competence-based competitio*n, in Sanchez, R., & Heene, A., & Thomas, H. Ed*s. Dynamics of competence-based competition: Theory and practice in the new strategic managemen*t, Oxford: Elsevier.
Senge P.M., 1990, *The Fifth discipline : the Age and Practice of the Learning Organizatio*n, London : Century Business.
Wells, P., 1997, From the provinces to Paris, 'immediate' and enthusiastic cuisin*e, International Herald Tribun*e, January 3:8.
Wright, R. W., & Van Wijk, G., & Bouty, I., 1995, Une théorie générale du management des ressources fondées sur le savoir, *Revue Française de Gestio*n. 105 :70-75.
Yin, R. K., *Case study research. Design and methods,* Newburry, CA :Sage Publications,1984.
Zarifian Philippe, *Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante,* Revue Education Permanente, n°112, octobre 1992.
Zarifian Philippe, *De la qualité de l'apprentissage professionnel à l'efficience économique,* Le Mensuel de l'ANACT, octobre 1993, n°118
Zarifian Philippe, *Organisation qualifiante et modèle de la compétence : quelles raisons et quels apprentissages ?* Revue européenne de la Formation professionnelle, CEDEFOP, n°5, mai-août 1995/II, p.5 à 9
Zarifian Philippe*, Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions,* éditions Liaisons, avril 2001, 109 pages.