



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**De la fonction cadre à celle de
directeur des soins...
Quel accompagnement par le directeur
des soins en établissement ?**

Michel NICOLAS

Remerciements

Nous tenons à remercier très sincèrement :

- Mr F.X. SCHWEYER pour son aide dans la structuration initiale de cette recherche.

- Nos collègues de formation qui ont accepté de répondre à nos questions...

- C. LEDEZ, directeur des soins, qui nous a accompagné dans notre projet professionnel

- Isabelle, soutien sans faille à l'entrée dans cette formation....

- Notre fille, Cassandra, pour avoir supporté l'absence et nous avoir soutenu par messages (sms) lors de l'écriture des dernières pages...

- Le « Club des cinq », espace d'échanges, de partages et de détente...

- Hubert, pour sa confiance et son soutien précieux tout au long de ces derniers mois...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Directeur des soins : du contexte historique et environnemental à l'accompagnement vers une construction de la représentation de la fonction.	5
1.1 De l'évolution des métiers de l'encadrement paramédical au statut de directeur des soins.	5
1.1.1 Evolution des métiers de l'encadrement à l'hôpital	5
1.1.2 Directeur des soins : un statut récent	6
1.1.3 Les directeurs des soins aujourd'hui	8
1.2 L'hôpital : une organisation en profond changement obligeant les acteurs à se repositionner.....	9
1.2.1 Les changements récents	9
1.2.2 Des évolutions dans la place des acteurs.....	10
1.3 Accompagnement et évolution des représentations	11
1.3.1 L'accompagnement.....	11
1.3.2 Représentations professionnelles et identité	13
2 De l'enquête exploratoire a l'enquete de recherche : un profil de professionnels et un cheminement personnel et institutionnel vers le concours	17
2.1 Méthodologie d'enquête	17
2.1.1 L'enquête exploratoire.....	17
2.1.2 L'enquête de recherche.....	19
2.1.3 Les limites de l'enquête.....	19
2.2 Quels profils ?	20
2.3 Quels cheminements et accompagnements dans la construction de la représentation professionnelle ?	26
2.3.1 De la décision à la formalisation du projet	26
2.3.2 Du cheminement personnel à l'accompagnement	31
2.3.3 La place des acteurs dans l'établissement	34
3 Formaliser une politique institutionnelle afin de reperer les candidats potentiels et les accompagner	37
3.1 Formaliser une politique institutionnelle.....	37
3.1.1 Formaliser au sein de la politique managériale la démarche d'accompagnement des parcours professionnels.....	37
3.1.2 Un profil de fonction cadre et cadre supérieur incluant les possibilités d'évolution professionnelle	38

3.1.3	Formaliser les modalités d'accès aux formations « diplômantes » incluant l'accès à la préparation au concours de directeur des soins.	39
3.2	Faire connaître la fonction, repérer les candidats potentiels	40
3.2.1	Renforcer la connaissance de la fonction directeur des soins et de l'accès à cette fonction	40
3.2.2	Repérer les potentiels.....	41
3.3	Accompagner les professionnels dans la construction du projet et des représentations	43
3.3.1	Un investissement et une validation institutionnels initiant la contractualisation de l'accompagnement	43
3.3.2	Accompagner pour permettre la construction des représentations professionnelles.....	44
3.3.3	Accompagner le professionnel dans la préparation au concours	46
	Conclusion.....	49
	Sources et bibliographie	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
ANIG	Association Nationale des Infirmières Générales
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CNG	Centre National de Gestion
EDS	Elève Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
DRH	Directeur des Ressources Humaines
HPST	(Loi relative à) l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires
T2A	Tarifification A l'Activité

INTRODUCTION

La fonction de directeur des soins connaît une baisse d'attractivité depuis plusieurs années. En effet, le nombre de candidats au concours d'accès à la formation décroît régulièrement. On dénombrait 227 candidats en 2007 contre 81 en 2012¹. D'après les statistiques du Centre National de Gestion (CNG) (Annexe I), la courbe des candidats décroît de façon sensible et régulière depuis 2005.

Le CNG dans son rapport d'activité 2012² note cette baisse d'attractivité en précisant qu'entre 2011 et 2012, les effectifs de candidats ont baissé de 13%. De fait, la totalité des postes offerts en formation n'ont pas pu être pourvus.

Parallèlement, le CNG dans ce même rapport annuel, pointe un contexte particulier : Il y aurait en effet 122 postes de directeurs des soins non pourvus, faute de candidats, ou occupés par des professionnels faisant fonction. Ainsi en 2012, sur 140 postes proposés à la vacance, seuls 51 ont été pourvus³.

Ce constat se double d'un contexte démographique particulier : La moyenne d'âge des directeurs de soins en exercice est de 55 ans en 2013⁴. L'évolution des entrées et sorties dans le corps est négative. En effet, pour 2012, pour 64 sorties définitives du corps, le CNG dénombre seulement 34 entrées. Soit un solde négatif de 30, équivalent au solde négatif de 2011⁵.

C'est ce même constat qui a conduit l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) à lancer une campagne de promotion de la fonction en 2012.⁶

Notre interrogation a donc porté dans un premier temps sur les motifs de cette « désaffection ». En effet, quelles peuvent être les raisons expliquant une telle baisse de candidats ? Ces raisons sont-elles objectivables ? Et si oui, quels sont les moyens d'y remédier ?

Pour expliquer ce phénomène, plusieurs raisons sont assez fréquemment évoquées.

Ainsi, celle de l'investissement nécessaire à la fois personnel et familial mais également en termes financiers. En effet, l'exercice de la fonction de directeur des soins est un « troisième temps de carrière » (un quatrième pour ceux ayant effectué une spécialité) : le pré-requis pour présenter le concours nécessite en effet d'avoir exercé la

¹ Chiffres communiqués par le centre national de gestion – mail JP HURTAUD du 12 février 2013.

² SITE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION, Rapport d'activité du Centre national de gestion, année 2012, [visité le 22 août 2013], disponible sur internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012_v2.pdf, page 347

³ Ibidem, page 305

⁴ Ibid., page 155

⁵ Ibid., page 160

⁶ SITE DE L'ASSOCIATION FRANCAISE DES DIRECTEURS DE SOINS, Lancement de la campagne de promotion du métier de directeur des soins, 14 mai 2012, [visité le 10 mars 2013], disponible sur internet : <http://www.directeurdesoins-afds.com/ActusP.asp?IDactu=549>

fonction de cadre pendant 5 ans au moins. Ce sont, en tout, dix années minimum d'exercice professionnel préalables qui sont nécessaires. Il s'agit donc d'un engagement particulier à une période de vie où une majorité de professionnels sont « installés » à la fois sur le plan professionnel et personnel. Cet engagement implique 12 mois d'études, d'éloignement familial et de perte partielle de revenus. Au bout de cette année de formation, c'est bien souvent une mobilité géographique à laquelle seront confrontés les nouveaux diplômés. Il est cependant admis que ces contraintes n'ont pas évoluées au cours des années. En tout état de cause, aucun changement substantiel n'est intervenu pouvant expliquer une moindre attractivité de la fonction en lien avec ces éléments.

L'hypothèse d'une non-reconnaissance statutaire est bien-sûr assez facilement évocable tant cette question est aujourd'hui débattue. Ces éléments ne peuvent pas être considéré comme récents. Au vu du contexte actuel (mobilisation des directeurs des soins pour la mise en œuvre du protocole d'accord du 29 juillet 2011⁷). Il nous a cependant paru intéressant d'explorer cette question. Une enquête exploratoire auprès de plusieurs professionnels en établissement de santé nous a conduit à poursuivre notre réflexion. En effet, aucun des professionnels rencontrés n'évoque le statut du directeur des soins pour expliquer son hésitation ou son refus d'accès à la fonction. Ces entretiens exploratoires laissent apparaître une variété de motifs touchant aux représentations individuelles et collectives de la fonction et au contexte dans lequel cette fonction s'exerce.

Une rencontre avec un cadre dont le projet de devenir directeur des soins semblait abouti mais qui restait sur « le pas de la porte », nous a permis de faire évoluer notre question initiale. Ce cadre semblait en effet dans l'attente d'un élément qui pourrait « déclencher » le déroulé de son projet. De fait, à l'issue de cet entretien, il nous est apparu opportun de comprendre ce qui à un moment donné de la carrière d'un professionnel peut favoriser une appropriation de ce projet et permettre sa mise en œuvre.

Ces derniers éléments recueillis nous ont fortement interrogé et conduit à partager avec nos collègues de formation sur cette question. Notre expérience de préparation au concours s'inscrit en effet dans une dynamique institutionnelle spécifique. Au sein de notre établissement d'origine, comptant vingt huit cadres de santé, trois cadres ont accédé à cette formation en seulement dix ans. Les échanges avec nos collègues de formation viennent confirmer la disparité des expériences à ce niveau. En effet, certains originaires de centres hospitaliers de taille importante (centres hospitaliers universitaires par exemple), confirment ne pas avoir connaissance de prédécesseurs dans le projet de

⁷ SITE LEGIBASE SANTE, Lettre Légibase santé, n° 86, *Revalorisation des trois corps de direction : le protocole d'accord statutaire a été signé le 29 juillet 2011*, [visité le 5 mai], disponible sur internet : <http://www.sante.legibase.fr/newsletter/86>

directeur des soins. Dès lors, notre interrogation, qui jusqu'alors se portait sur des questions plus nationales, pouvait se recentrer sur un contexte plus local. La question du contexte institutionnel local mais également celles des missions et rôles des acteurs hospitaliers pouvaient se poser. Parmi ces acteurs, le directeur des soins occupe une place privilégiée dans sa proximité de travail avec les cadres et cadres supérieurs de santé.

Nous nous sommes donc interrogé sur la mission du directeur des soins dans ce cadre. Le décret du 19 avril 2002⁸, précise la mission d'animation du collectif cadre par le directeur des soins. Par ailleurs, le référentiel métier stipule : « *Il (le directeur des soins) développe avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH), l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants.* »⁹

Ainsi, le Directeur des soins est un des interlocuteurs des cadres et cadres supérieurs concernant leur projet professionnel. En lien avec cette mission, Il lui appartient de repérer d'éventuels candidats. Nous entendons régulièrement parler de « détection des potentiels » à ce propos. Au-delà du repérage des candidats potentiels au concours, il s'agit ensuite de susciter le projet mais également d'être en mesure de proposer un accompagnement des cadres ou cadres supérieurs de santé dans ce projet.

Au travers de cette recherche, il s'agit donc pour nous de proposer une tentative de compréhension des éléments conduisant à l'engagement dans le projet de devenir directeur des soins. Comment ce projet trouve-t-il une formalisation et une concrétisation dans nos établissements actuellement ? Quelle est la place dans la construction de ce projet des différents acteurs hospitaliers et notamment le directeur des soins ?

En effet, en tant que futur directeur des soins, il nous importe de pouvoir accompagner des professionnels, dans leur démarche vers cette fonction, en ayant connaissance des freins et leviers éventuels pour développer ce projet.

Nous formulerons donc l'objet de notre recherche au travers de la question suivante :

Quels éléments le directeur des soins au sein d'un établissement de santé, peut-il repérer pour susciter et accompagner le projet professionnel d'un cadre vers la fonction de directeur des soins ?

⁸ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. [en ligne]. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002. [visité le 25 avril 2013], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=37C8282DB0532E9A0803165ED4723DBE.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000413623&categorieLien=id

⁹ SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation* [en ligne]. Mars 2010. [visité le 25 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

Plusieurs questionnements naissent de cette interrogation :

- Existe-t-il une « typologie » des cadres souhaitant accéder à la fonction de directeur des soins ? Poste occupé, ancienneté dans la fonction, collaboration directe avec un directeur des soins....
- Comment se construit chez ces professionnels la représentation de cette fonction ?
- En quoi cette fonction représente-t-elle pour eux un écart identitaire professionnel ou pas ?
- Quelles sont les éléments de politique institutionnelle qui ont favorisé leur projet ?
- La représentation de la fonction s'appuie-t-elle sur un modèle de directeur des soins ?

Nous tenterons dans un premier temps d'appuyer notre réflexion sur un cadre de référence. Ce cadre de référence prendra en compte les éléments de contexte actuel et des éléments factuels historiques de l'évolution des professions de cadres de santé et de directeur des soins. Des éléments conceptuels autour de l'accompagnement et des représentations viendront également alimenter ce cadre de référence. Dans un second temps nous exposerons les résultats et l'analyse de l'enquête effectuée. Enfin, dans une troisième partie, nous dégagerons des pistes de réflexion et d'action pour notre exercice professionnel futur.

1 DIRECTEUR DES SOINS : DU CONTEXTE HISTORIQUE ET ENVIRONNEMENTAL A L'ACCOMPAGNEMENT VERS UNE CONSTRUCTION DE LA REPRESENTATION DE LA FONCTION.

1.1 De l'évolution des métiers de l'encadrement paramédical au statut de directeur des soins.

1.1.1 Evolution des métiers de l'encadrement à l'hôpital

La fonction d'encadrement paramédical s'est structurée progressivement au sein des établissements hospitaliers. Isabelle FERRONI et Anémone KOBER-SMITH¹⁰ dans leur travail de comparaison concernant le statut de cadre entre la France et la Grande Bretagne, situent trois grandes périodes de cette évolution qui correspondent schématiquement aux périodes de mutation de l'hôpital public. Elles décrivent une évolution tendant à spécialiser de plus en plus les cadres de santé, les éloignant par la même progressivement, de la fonction soignante : « *Ces transformations sont peu compatibles avec les définitions antérieures des fonctions de surveillante, faiblement différenciées des fonctions soignantes* »¹¹. Ainsi, initialement la fonction restait faiblement différenciée des fonctions soignantes. A partir des années soixante-dix, la complexité des organisations et technologies fait naître un besoin de coordination des activités et de management du personnel. De fait, la fonction d'encadrement à l'hôpital se structure autour de ces nouvelles missions et y puise une identité plus forte.

Cette évolution va se concrétiser le 11 avril 1975¹² par la naissance d'une ligne hiérarchique complète avec la création du poste d'infirmière générale. La formation de cet encadrement reste cependant facultative et la fonction n'exclut pas la participation aux soins...L'apparition du terme de « cadre infirmier » viendra amorcer une nouvelle conception de la fonction en lien avec l'introduction des politiques de maîtrise des dépenses de santé.

¹⁰ FERRONI I., KOBER-SMITH A., Septembre 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne », Revue Française de sociologie, volume 46, n°3, pages 469 à 494.

¹¹ Ibid., page 474

¹² MINISTERE DE LA SANTE, Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics [en ligne]. Journal officiel du 15 avril 1975 page 3927 [visité le 1^{er} juin 2013], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=FE84B51C5C63811C3FCF7C652C537C86.tpdjo11v_1?idArticle=LEGIARTI000006708295&cidTexte=LEGITEXT000006062303&dateTexte=19881231

En effet, le modèle managérial évolue : « *La maîtrise de type traditionnel, fondée sur l'ancienneté et l'expertise technique, s'efface au profit d'un encadrement de type gestionnaire...* »¹³. La nouvelle terminologie « cadre de santé » vient confirmer une vision plus générique de la fonction mais également une autonomie par rapport au corps médical : « *La surveillante devient cadre infirmier affirmant la profession infirmière et l'organisation des soins hors les seuls critères médicaux* »¹⁴

Ainsi, cette évolution voit se spécialiser et s'autonomiser la fonction d'encadrement au sein des établissements de santé. La fonction de directeur des soins connaîtra aussi une évolution importante. Nous aborderons maintenant de manière plus particulière l'évolution de cette fonction depuis son origine.

1.1.2 Directeur des soins : un statut récent

La fonction de directeur des soins a considérablement évoluée depuis plusieurs années. Ainsi, celui-ci prend une place de plus en plus affirmée au sein de l'équipe de direction des établissements de santé. Nous appuyant sur les éléments fournis par l'AFDS¹⁵, Nous retracerons ici cette évolution.

L'existence de la fonction précède le statut. Nombre d'infirmières occupent depuis les années 60 des postes au sommet de la hiérarchie infirmière. Elles sont nommées surveillantes générales, surveillantes chef... En 1971, se crée la première association regroupant ces professionnelles, l'Association Nationale des Infirmières Générales (ANIG). Le 11 avril 1975, le corps des infirmières générales est créé. Le décret statutaire sera présenté lors des quatrièmes journées de l'ANIG. Chargée de la coordination des soins infirmiers et de la proposition d'affectation de ces professionnels, l'infirmière générale est d'emblée placée auprès du directeur de l'établissement au sein de son équipe, même si cette place reste floue. Le lien avec les équipes médicales reste fort, l'infirmière générale est membre de la commission médicale consultative.

Le 19 octobre 1989¹⁶, le statut est modifié à la faveur de la refonte des statuts de la fonction publique. La place de l'infirmier général y est plus précise au sein de l'équipe de

¹³ FERRONI I., KOBER-SMITH A., Septembre 2005, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne », Revue Française de sociologie, volume 46, n°3, page 478

¹⁴ SCHWEYER F.-X., Avril 2013, « De quelques évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres » - *Revue hospitalière de France*, n°551, page 17

¹⁵ SITE INTERNET DE L'ASOCIATION DES DIRECTEUR DES SOINS, [visité le 1^{er} juin 2013], <http://www.directeurdesoins-afds.com/metier.asp#1>;

¹⁶ MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel du 19 octobre 1989 page 13056, [visité le 1^{er} juin 2013], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5C37DC598B3E4DBDC382DD3FB3E3685B.tpdjo14v_1?cidTexte=JORFTEXT000000315727&categorieLien=id

direction. Le décret du 26 octobre 1990¹⁷ concernant la commission médicale d'établissement viendra confirmer cette place. Dorénavant, l'infirmier général assiste aux réunions de la CME en tant que membre de l'équipe de direction. « *Le décret statutaire de 1989 est visé, l'IG sort de la sphère médicale en étant confirmé dans la sphère de la direction.* »¹⁸

Le corps de directeur des soins succédant à celui d'infirmier général est créé par le décret du 19 avril 2002¹⁹. La référence à la fonction infirmière (infirmière générale) disparaît et la notion de « dirigeant » est affirmée. La légitimité de la fonction repose encore en partie sur la fonction hiérarchique vis-à-vis des cadres de santé. Le principe de filière d'origine est maintenu. La formation est accessible sur concours. Le concours est national et les candidats au concours interne doivent justifier de cinq ans d'exercice minimum dans la fonction de cadre de santé.

La loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009²⁰ intègre le coordonnateur général des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques comme membre du directoire. Ainsi, c'est à un niveau moins opérationnel, plus politique et stratégique que sont attendus les directeurs des soins.

La gestion du corps par le CNG, à l'image des directeurs d'établissements, vient confirmer cet ancrage dans la fonction de directeur.

Le décret du 29 septembre 2010²¹, supprime la notion de lien hiérarchique avec les cadres de santé, mais missionne le directeur des soins sur la mise en œuvre de la politique des soins par les cadres de santé. Ce décret supprime toute notion de filière métier. « *L'identité de métier d'origine s'est dissoute au profit d'une identité forte de*

¹⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°90-956 du 26 octobre 1990 modifiant le décret n° 72-1079 du 6 décembre 1972 et relatif à la commission médicale des établissements d'hospitalisation publics[en ligne]. Journal officiel, n°250 du 27 octobre 1990 [visité le 1^{er} juin 2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006076682&dateTexte=20090716>

¹⁸ SITE INTERNET DE L'ASSOCIATION FRANCAISE DES DIRECTEURS DES SOINS, [visité le 1^{er} juin 2013], <http://www.directeurdessoins-afds.com/metier.asp#1>;

¹⁹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. [En ligne]. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002. [page visitée le 25 avril 2013], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=37C8282DB0532E9A0803165ED4723DBE.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000413623&categorieLien=id

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 22 avril 2009], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=EB752A4080FAE770ACC5EB669DFC5C15.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

²¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, [page visitée le 22 avril 2013], disponible sur internet, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866206&dateTexte=&catégorieLien=id>

Directeur des Soins »²². Dans ce même article, C. CLAUSSE-DURIF pointe au travers de sa recherche que le recruteur reconnaît avant tout le statut de direction, la filière n'a que peu d'importance.

Le référentiel métier²³ définit de manière très précise les activités liées à la fonction que ce soit dans le champ de compétence propre du directeur des soins, en lien avec le positionnement institutionnel ou en transversal. Concernant les compétences attendues, elles s'organisent (en plus des connaissances acquises en cours de formation) selon trois axes : stratégiques, de coordination ou opérationnelles.

Cette évolution se traduit aujourd'hui par la présence de directeurs des soins au sein des équipes dirigeantes des établissements de santé. Nous nous attacherons maintenant à fournir une approche plus descriptive de ces professionnels.

1.1.3 Les directeurs des soins aujourd'hui

Le Centre National de Gestion dans son rapport d'activité de l'année 2012²⁴ dresse un « portrait » des directeurs des soins en poste actuellement mais aussi des candidats au concours d'entrée.

- Les directeurs de soins en poste

On dénombre 830 directeurs des soins au 1^{er} janvier 2013, soit une baisse de 3% par rapport à 2012. Parmi eux, 764 exercent en établissement (centre hospitalier ou institut de formation). Comme évoqué précédemment, leur âge moyen est de 55 ans. L'âge moyen d'entrée dans le corps est de 48,4 ans. On relève une forte proportion de femmes (74, 1%). Ce dernier élément est le reflet de la prédominance de professionnelles de sexe féminin dans les métiers paramédicaux.

- Les candidats au concours d'entrée

Au-delà des données chiffrées concernant les candidats au concours, évoquées précédemment, quelques caractéristiques de ces candidats méritent d'être soulignées.

Il existe également une répartition hommes/femmes déséquilibrée avec 22 % d'hommes. En ce qui concerne l'âge des candidats, on retrouve naturellement les éléments cités précédemment. Une majorité de candidats (66%) se situent dans la tranche d'âge 41-50 ans. Ils sont 88 % à être lauréats du concours.

²² CLAUSSE-DURIF C., février 2011, « Directeur des soins : un corps professionnel en évolution » - *Gestion hospitalière*, n°503, page 114

²³ SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, mars 2010*. [visité le 25 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

²⁴ SITE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION, Rapport d'activité du Centre national de gestion, année 2012, [visité le 22 août 2013], disponible sur internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012_v2.pdf,

Le corps des cadres supérieurs de santé est surreprésenté avec 66 % des candidats et 80 % des lauréats. En 2012, 24 % des candidats étaient faisant-fonction. Ils représentaient 34 % des lauréats.

Les métiers et statuts des professionnels de l'encadrement au sein des établissements de santé ont donc sensiblement évolué. Cette évolution va de pair avec les transformations profondes qu'ont connues ces mêmes établissements. De fait, les évolutions récentes dans l'organisation hospitalière conduisent à une nouvelle négociation autour des places et rôles des uns et des autres

1.2 L'hôpital : une organisation en profond changement obligeant les acteurs à se repositionner.

Nous ne tenterons pas ici de décrire l'évolution historique du monde hospitalier. Nous nous attacherons seulement à observer les changements profonds qu'ont connues nos organisations ces dernières années et l'incidence que ces changements peuvent avoir sur les acteurs hospitaliers et notamment les managers.

1.2.1 Les changements récents

Un des changements important, au sein de cette dernière décennie, a sans doute été la mise en place de la « nouvelle gouvernance hospitalière ». Issue de l'ordonnance du 2 mai 2005²⁵, cette réforme a conduit à une refonte des organisations internes des établissements de santé, restructurant de manière substantielle les espaces de décision et de négociation. Par l'introduction d'un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité (T2A), l'activité de soins va devenir centrale dans la gestion financière de l'établissement.

Nous nous intéresserons ici à un des aspects particulier de cette réforme : la mise en place des pôles. Cette réforme va en effet organiser la structuration, au sein des établissements de santé, de pôles d'activité rassemblant plusieurs unités ou services médicaux.

Cette nouvelle modalité d'organisation interne vise à rendre plus efficient le fonctionnement de l'établissement de santé en organisant la délégation de gestion au plus près des activités. En effet, comme le cite O. DUPUY : « *C'est un des axes majeur de la*

²⁵ MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé [en ligne], journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, [visité le 23 avril 2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=&categorieLien=id>

réforme, une déclinaison du principe de « subsidiarité » »²⁶. Cette gestion au plus près de la production de soins va se traduire par une contractualisation entre les pôles et la direction. L'autonomie, ainsi acquise par les pôles, se double d'une responsabilisation accrue en matière de gestion et d'efficience des prises en charge.

La loi relative à L'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)²⁷ du 21 juillet 2009 viendra confirmer la nécessité pour les établissements de réorganiser les dispositifs. L'article L6146-1 du Code de la Santé Publique (CSP) sera rédigé ainsi : « *Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement, et dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche.* »

L'organisation des établissements se modifie donc sensiblement ces dernières années. Logiquement, cette modification s'accompagne d'une évolution de la place de certains acteurs.

1.2.2 Des évolutions dans la place des acteurs

A la tête des pôles d'activité, se trouve un médecin responsable de pôle. Celui-ci dispose de l'autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels du pôle. Le responsable de pôle s'adjoint la collaboration d'un cadre de santé de pôle. O. DUPUY cite la DHOS « *Dans le silence des textes sur ce point, il paraît légitime de laisser les responsables de pôle choisir les cadres qui les assistent* »²⁸.

De fait, en 2005, se dessine un nouveau cadre d'exercice pour les cadres de santé : cadre de pôle. Cette fonction est accessible à tout professionnel titulaire du diplôme cadre de santé. Elle est cependant bien souvent synonyme d'accès au titre de cadre supérieur - même si tous les cadres supérieurs de santé ne sont pas cadres de pôle. Cette fonction de cadre de pôle place les cadres dans un exercice de gestion plus autonome, en charge d'équipes quantitativement plus importantes et de structures plus nombreuses. Comme le dit H. Anthony-Gerroltdt : « *...des cadres paramédicaux de pôle gèrent aujourd'hui des structures de plusieurs centaines de lits et d'équivalents temps plein, parfois plus importants en taille que certains établissements de santé.* »²⁹ De plus,

²⁶ DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance hospitalière, l'organisation en pôles d'activité*, Heures de France, Collection Droit professionnel, page 8.

²⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 22 avril 2009], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EB752A4080FAE770ACC5EB669DFC5C15.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

²⁸ DUPUY O., octobre 2007, « Gouvernance hospitalière : quelle autorité du responsable de pôle sur les cadres de santé ? », *Objectif soins* n° 159, page 28

²⁹ ANTHONY-GERROLDT H., Mars 2013, « Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution. », *Soins Cadres*, n° 86, page 22.

le niveau de décision tel que prévu par la délégation de gestion les conduit à exercer une responsabilité accrue.

Ainsi, certains cadres de pôles s'estiment « à égalité de compétence avec les directeurs des soins qui s'accrochent à leurs prérogatives »³⁰. Le rapport établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)³¹ en février 2010, parle d'un « positionnement ambivalent » concernant les cadres de pôles puisqu'ils sont toujours placés sous l'autorité hiérarchique du directeur des soins. Cependant elle note que « cette nouvelle organisation donne...incontestablement une reconnaissance et une légitimité aux cadres supérieurs de santé qui sont responsables de pôle. »³²

La fonction de directeur des soins a nécessairement été impactée par ces réformes. Le rapport de l'IGAS cité précédemment évoque : « la crainte de perte de pouvoir du côté des directions, spécifiquement des directions des soins et des directions de site, a été identifiée comme une difficulté importante »³³. L'autonomie des pôles liée au principe de délégation peut conduire à une moindre implication du directeur des soins dans l'organisation des soins. Dès lors, il s'agit pour le directeur des soins de retrouver une place au sein de l'organisation de l'établissement.

C'est donc dans un contexte mouvant que le directeur des soins devra développer un accompagnement des cadres dans leur projet professionnel et l'évolution de leurs représentations de la fonction. Il importe, à ce stade du travail, de définir les concepts d'accompagnement et de représentations.

1.3 Accompagnement et évolution des représentations

1.3.1 L'accompagnement

Ce concept d'apparition récente est utilisé pour désigner une multitude d'activités tant dans le domaine éducatif, que social ou encore thérapeutique. M. PAUL³⁴ rattache ce concept aux pratiques de counseling, conseil, mentoring, compagnonnage, coaching... Sa définition s'en trouve complexe à établir. La définition commune indique : « Se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui »³⁵ Il apparaît cependant que certains éléments constituent des invariants.

³⁰ HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectifs soins*, n°203, p 24

³¹ ZEGGAR H., VALLET G., février 2010, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mise en place dans les établissements de santé, Inspection générale des services, page 5

³² Ibid., page 30

³³ Ibid., page 16

³⁴ PAUL M., 2004, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Harmattan, 352 pages

³⁵ PAUL M., septembre 2012, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique », *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 110, page 14.

Il en est ainsi des trois attitudes qui accompagnent cette action : conduire, escorter et guider. Si ces trois verbes d'actions ne recouvrent pas le même sens, ils illustrent cependant les différentes postures de l'accompagnant dans la relation avec l'accompagné. Conduire induit la notion de direction. Escorter, c'est la notion d'aide et d'assistance qui est mise en avant. Guider, ouvre sur les notions de conseil et d'orientation.

Ces trois notions portent également l'idée d'un déplacement, déplacement avec l'autre. Car il s'agit bien d'un acte relationnel dans lequel deux personnes s'engagent.

Ainsi, l'accompagnant se trouve engagé dans une relation où les notions de proximité, d'altérité sont sans cesse à évaluer. *« L'accompagnant n'est en effet pas épargné par les paradoxes : entre son désir d'aide et de laisser l'autre libre (...) Il doit lui-même s'engager tout en se situant en retrait, s'impliquer tout en s'effaçant, sans cesse s'adapter, s'ajuster, changer de registre. »*³⁶.

Du côté de l'accompagné, il s'agit à la fois de la formulation de la demande et de l'acceptation de la relation avec l'accompagnant dans le cadre institutionnel fixé. La capacité à formuler la demande est centrale dans cette relation. *« Pour qu'il y ait relation d'accompagnement, il faut donc qu'il y ait un professionnel qui prenne en compte autrui comme demandeur potentiel, même si la demande n'est pas formulée. »*³⁷. La formulation de cette demande va inscrire l'accompagné dans une intentionnalité, un mouvement de sujet, auteur de son évolution.

La notion d'accompagnement individuel recouvre donc bien une relation duelle dans laquelle la confiance et le respect ont toute leur place. *« Si la confiance respectueuse se constitue comme première modalité interactive, cette dialectique croise donc celle de la croyance (croire l'autre capable...) et de l'espoir (...de répondre à mes attentes) »*³⁸.

Au terme de cette rapide synthèse autour de la notion telle que développée par M. PAUL, nous percevons que l'accompagnement est un engagement relationnel qui implique deux individus. Cet engagement relationnel se noue autour d'un objet médiateur (ici le projet professionnel du cadre de santé), dans un cadre institutionnel déterminant et contenant de cette relation. *« L'institution joue un rôle de contenant par rapport à un contenu (le processus relationnel) »*³⁹. Le dispositif d'accompagnement tel que défini par l'institution garantirait donc l'existence d'un cadre à la fois à la relation mais aussi au contenu de la relation : *« L'institution fournit un mandat, donne autorité à un professionnel*

³⁶ PAUL M., 2004, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Harmattan page 114

³⁷ Ibid., page 128

³⁸ Ibid., page 131

³⁹ Ibid., page 127

pour agir (accompagner) en son nom et fixe le cadre, les références et les médiations. »⁴⁰.

C'est dans cette relation « cadrée » que peuvent donc évoluer les représentations de la fonction du cadre de santé accompagné. Ces représentations sont les prémisses d'une construction identitaire à venir. Il importe donc maintenant de définir plus avant ces dernières notions.

1.3.2 Représentations professionnelles et identité

Selon J. F. BLIN⁴¹, représentations, contexte de travail ou pratiques, et identités professionnelles « *font système* ». Il s'agit donc, dans cette partie de la recherche, de pouvoir définir de façon plus précise ces différents éléments.

Les représentations professionnelles sont des représentations sociales. Il convient de définir en premier lieu ce terme. Le concept de représentation sociale est largement développé dans l'ouvrage dirigé par D. JODELET⁴². Elle le définit comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »⁴³. Il s'agit donc de se représenter un objet. Ces objets peuvent être des faits de société, des individus, des mécanismes politiques...La représentation sociale est une forme de connaissance constituée d'un savoir de sens commun qui permet une interprétation de ce qui nous entoure : « *la représentation sociale est avec son objet dans un rapport de symbolisation. Elle tient lieu d'interprétation, elle lui confère des significations* »⁴⁴. Ces représentations constituent donc un filtre à travers lequel nous percevons l'environnement et ceux qui nous entourent.

Ces représentations sociales n'existent que dans la relation. Citant D. JODELET, J.F. BLIN énonce : « *les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique, orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal* »⁴⁵. Il s'agit à la fois de représenter quelque chose mais aussi de le construire. Cette construction fait intervenir un double processus : objectivation et ancrage. L'objectivation va permettre de passer d'éléments abstraits sélectionnés par

⁴⁰ PAUL M., 2004, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Harmattan, page 118

⁴¹ BLIN, J.F., 1997, collection action et savoir, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, 224 pages.

⁴² JODELET, D., éd. 1989, Sociologie d'aujourd'hui, 5^{ème} éd., *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 447 pages.

⁴³ Ibid., p. 53

⁴⁴ JODELET, D., éd. 1989, Sociologie d'aujourd'hui, 5^{ème} éd., *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, page 43

⁴⁵ BLIN, J.F., 1997, collection action et savoir, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, page 71.

l'individu à des éléments concrets qui deviendront pour lui réalité. L'ancrage est le processus qui va permettre que les représentations jouent un rôle d'organisation de l'environnement social. C'est à un moment donné aussi, le partage par le groupe de cette base interprétative du réel.

Les représentations professionnelles sont une partie des représentations sociales. S'il existe des représentations sociales des professions, elles diffèrent des représentations professionnelles. En effet, ces dernières ne peuvent se construire que dans un contexte spécifique qui est le contexte professionnel. « *Les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelle (interagir et interréagir)...* »⁴⁶. Il n'existe donc de représentations professionnelles que contextualisées. Les représentations professionnelles vont donc se construire et circuler au sein d'un groupe d'acteurs relevant d'un même champ professionnel. Il est intéressant de noter que la construction de ces représentations professionnelles entraîne une rupture avec les représentations sociales de la profession. « *La construction des représentations professionnelles est largement dépendante du statut professionnel des acteurs et de son exercice, entraînant une rupture avec les représentations sociales de la profession.* »⁴⁷

Nous pouvons donc dire que toute personne est en mesure d'avoir une représentation sociale d'une fonction donnée. Acquérir une représentation professionnelle de cette même fonction, va nécessiter une implication dans le champ professionnel concerné et permettre une rupture avec les représentations sociales initiales de cette fonction. Il s'agira pour l'individu en situation professionnelle, de faire siennes certaines valeurs, des modèles, théories implicites ou explicites... Les processus d'objectivation et d'ancrage permettent à l'individu et au groupe de se représenter la fonction et de la représenter.

L'identité professionnelle serait composée de représentations professionnelles. A ce titre, elle ne serait pas stable et définitive mais permettrait une adaptation constante à l'environnement par le jeu de l'objectivation et de l'ancrage. Selon JF BLIN, l'identité professionnelle est « *une articulation entre une transaction interne à l'acteur et une transaction externe entre l'acteur, les groupes et le contexte professionnel, avec lesquels il entre en interaction* »⁴⁸. On retrouve ici la nécessaire contextualisation pour pouvoir évoquer la notion d'identité professionnelle. R. HOCLMAN⁴⁹ reprenant les travaux de C. DUBAR, fonde la construction de l'identité sur deux formes de transactions. La

⁴⁶ BLIN, J.F., 1997, collection action et savoir, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, page 82

⁴⁷ Ibid., page 84.

⁴⁸ Ibid., page 179

⁴⁹ HOLCMAN, R, Thèse 2006, *l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, 231 pages. [page consultée le 16 juillet 2013]. Disponible sur internet <http://www.robertholcman.net/index.php?post/2008/01/01/These>, page 24

transaction objective qui s'opère en lien avec les autres autrement dit l'identité attribuée et la transaction subjective qui s'opère avec soi-même autrement dit l'identité pour soi.

Ainsi selon JF BLIN, « *l'identité professionnelle serait un réseau d'éléments particuliers des représentations professionnelles, réseau spécifiquement activé (...) pour répondre à une visée d'identification/différenciation avec des groupes (...) professionnels* »⁵⁰.

En synthèse, nous reprendrons la notion évoquée au début de cette partie. Il est admis qu'une vision systémique doit être portée sur ces éléments que sont les représentations professionnelles, le contexte de travail et l'identité professionnelle. La construction de représentations professionnelles est un préalable à la définition d'une identité qui ne s'entend pas comme figée et définitive mais sans cesse en évolution. La contextualisation, c'est-à-dire l'investissement de l'espace de travail, est une nécessité pour pouvoir construire les représentations professionnelles et faire ainsi rupture avec les représentations sociales concernant cette profession.

Le cadre de référence ainsi défini, nous nous proposons de porter un regard sur les données recueillies au cours des différents temps d'enquête qui ont jalonné ce travail de recherche.

⁵⁰ BLIN, J.F., 1997, collection action et savoir, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, page 187

2 DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE A L'ENQUETE DE RECHERCHE : UN PROFIL DE PROFESSIONNELS ET UN CHEMINEMENT PERSONNEL ET INSTITUTIONNEL VERS LE CONCOURS

2.1 Méthodologie d'enquête

Nous abordons ici l'explicitation des choix méthodologiques qui ont été les nôtres au cours de cette recherche. Nous précisons d'emblée que notre choix a été d'explorer cet objet de recherche uniquement au sein des établissements de santé. Ce choix a été fait en lien avec notre projet professionnel d'exercer au sein de ces institutions plutôt qu'en pédagogie.

2.1.1 L'enquête exploratoire

La phase initiale de cette enquête consiste en un travail exploratoire auprès de différents professionnels au sein d'un centre hospitalier. Les professionnels rencontrés sont : un directeur d'établissement, un directeur des soins, deux cadres supérieurs de santé, deux cadres de santé. Il s'agit pour nous de confirmer la pertinence de notre questionnement et de dégager des éléments permettant d'affiner l'objet de recherche. Notre question initiale est centrée sur la compréhension de la baisse de candidats au concours et donc la possible « désaffection » de cette fonction. Nos interrogations portent donc sur les freins et leviers identifiés par les différents professionnels à la construction d'un projet de formation et d'exercice de la fonction de directeurs des soins. Cette pré-enquête aborde également les représentations des uns et des autres concernant cette fonction. L'outil utilisé est l'entretien de face à face. La prise de note permet une retranscription des propos des professionnels rencontrés.

Les rencontres laissent apparaître différents éléments :

Le premier d'entre eux est que, contrairement à nos attentes, un seul professionnel évoque la question du statut des directeurs des soins comme élément explicatif. Il s'agit du directeur d'établissement. Par ailleurs, celui-ci ne se sent pas particulièrement impliqué dans l'accompagnement des projets professionnels de directeur des soins, mis à part dans la situation où celui actuellement en poste, viendrait à quitter l'établissement.

Du côté du directeur des soins, le constat est fait de l'existence sur l'établissement de professionnels ayant exprimé leur souhait d'accès à ce concours mais qui « restent sur le pas de la porte » sans que lui même puisse trouver une modalité d'accompagnement qui permette la concrétisation de ce projet. Un autre constat est qu'il existe au sein de son établissement des cadres de santé « ayant un potentiel » qui n'ont pas émis le souhait de

présenter le concours. A la question de savoir si ce directeur a mis quelque chose en place pour ces professionnels identifiés comme potentiels candidats, il apparaît qu'aucune démarche n'est organisée. Il est dans l'attente de la maturation du projet et de la demande du professionnel.

Du côté de l'encadrement, les cadres rencontrés choisis au hasard, n'ont pas forcément le projet à moyen ou long terme de présenter le concours d'entrée. Les réponses apportées à nos questionnements autour de la fonction de directeur des soins, des missions de celui-ci et des difficultés inhérentes à ces missions laissent apparaître des éléments de représentation très variables. De fait, l'absence de projet de directeur des soins pour trois de ces quatre professionnels conduit à un regard plus distant de l'exercice. L'approche de cette fonction est souvent plus élaborée en lien avec l'exercice actuel : une collaboration existante ou non avec le directeur des soins. Cependant, la rencontre avec un cadre supérieur de santé ayant ce projet nous permet de repérer des éléments identifiés par le professionnel comme frein actuel à son projet. Il s'agit, en grande partie, d'éléments concernant un doute sur ses propres capacités à suivre la formation mais aussi à exercer : « *je ne crois pas avoir les épaules assez solides, ni le charisme...* ». Cette incertitude quant à une capacité à exercer la mission, se double d'un questionnement sur la difficulté du concours et l'investissement que cela représente. Par ailleurs des éléments de vie familiale représentent également un frein pour cette professionnelle à un investissement de ce projet.

A l'issue de cette enquête exploratoire, il nous est apparu peu pertinent d'interroger de manière aléatoire des cadres sur les freins éventuels à un projet de formation de directeur des soins. En effet, si ces professionnels ne sont pas engagés dans une réflexion autour de cette évolution professionnelle, les éléments recueillis nous apparaissent peu exploitables dans le cadre de notre recherche.

L'entretien avec le cadre supérieur ayant ce projet laisse entrevoir des difficultés identifiées pour mener à bien ce projet. Il en découle donc pour nous une première interrogation : Quelles sont les modalités à mettre en place pour accompagner au mieux ce projet ?

Par ailleurs, l'absence de politique formalisée menée par le directeur des soins en ce qui concerne le repérage des potentiels et l'accompagnement, nous interroge sur notre action future en tant que directeur des soins dans l'élaboration d'une politique visant cet objectif.

Cette réflexion nous conduit donc à réinterroger notre cible d'enquête. Initialement, il nous était apparu intéressant de comprendre quels pouvaient être les freins à un projet de formation de directeur des soins. Il nous apparaît à l'issue de cette enquête exploratoire intéressant d'interroger des professionnels ayant abouti dans ce projet afin de

repérer avec eux les leviers et freins à ce projet. Ceci afin de pouvoir construire une politique de repérage et d'accompagnement pertinente lors de notre exercice futur.

2.1.2 L'enquête de recherche

Postulant donc qu'il nous faut interroger des professionnels ayant abouti dans ce projet, notre réflexion nous conduit vers des professionnels ayant réussi le concours.

Interroger des directeurs des soins en poste sur la période de construction de ce projet, nous paraît aléatoire, dans la mesure où cette période est assez éloignée pour certains d'entre eux. Cet écart temporel peut être source d'imprécision, mais également de reconstruction des événements. Nous choisissons donc d'interroger les élèves directeurs des soins (EDS) en formation avec nous.

Notre enquête se déroulera en deux temps et sous deux formes différentes :

Pour répondre à notre première interrogation « Existe-t-il une « typologie » des cadres souhaitant accéder à la fonction de directeur des soins ? » notre enquête prendra la forme d'un questionnaire élaboré sur Google (ANNEXE II) et adressé par mail à chaque élève de la promotion (trente).

Afin de réunir des éléments plus qualitatifs sur la période de construction du projet et la période précédant la réussite du concours, douze entretiens de face à face sont organisés sur la base du volontariat. Aucune sélection préalable n'est opérée au sein du groupe d'élèves, ni au sein des volontaires. Les entretiens furent réalisés sur la base d'un guide d'entretien (ANNEXE III) testé au préalable, enregistrés et retranscrits à des fins d'analyse.

2.1.3 Les limites de l'enquête

Le faible nombre de questionnaires envoyés - du au choix de la population enquêtée - et, de fait, le faible nombre de réponses ne peut que donner une idée des éléments de parcours professionnels avant l'entrée en formation. Il permet cependant de repérer des items plus fréquemment rencontrés sans autoriser une généralisation. La comparaison de ces éléments de parcours avec des candidats ayant échoué aurait sans doute un intérêt mais la faisabilité de ce type de travail ne nous paraît pas réalisable en termes de temps. La pertinence d'un travail de comparaison sur des échantillons aussi petits peut-être également interrogée.

La population enquêtée est constituée d'élèves directeurs des soins en formation au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Il s'agit d'un groupe constitué depuis quatre mois au moment de l'enquête, groupe auquel nous appartenons. Deux limites nous apparaissent donc dans ce dernier constat. D'une part, les élèves nous connaissent, ce qui peut apporter un biais aux réponses lors des entretiens. D'autre part, ayant nous-mêmes ce parcours récent en tête, des biais peuvent intervenir en lien avec la

résonnance de certains parcours avec le notre, voir même la recherche d'éléments concordants à notre propre parcours.

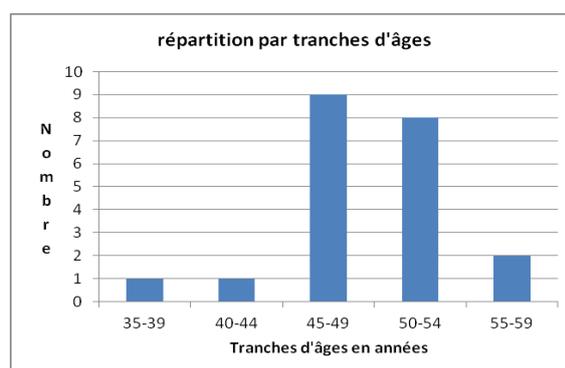
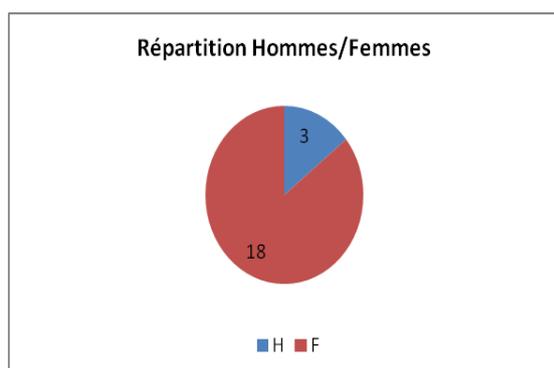
Enfin, un biais plus aléatoire nous semble-t-il mais qu'il faut cependant évoquer, est la nature même de l'échantillonnage. En effet, il pourrait être renvoyé que l'ensemble des professionnels interrogés ont été sélectionnés à priori en amont puisqu'ayant été classés par le même jury au concours. Des profils identiques pourraient donc être le fruit de cette première sélection.

Ces limites identifiées, nous pouvons présenter les résultats et l'analyse que nous en faisons.

2.2 Quels profils ?

Sur trente questionnaires adressés, vingt et un ont été renseignés. Tous sont exploitables. Cependant, ce faible nombre ne permet pas une généralisation et une extrapolation. Les résultats chiffrés sont donc présentés en quantité et non en pourcentage.

- Répartition hommes/femmes et par tranches d'âges



La répartition hommes/femmes est comparable à celle relevée par le Centre National de Gestion (CNG) dans son dernier rapport d'activité⁵¹. En effet, la répartition hommes/femmes chez les directeurs des soins en poste est de 74,1 % de femmes et 25,9 % d'hommes. Elle est ici de 18 femmes pour 3 hommes. Comme évoqué précédemment, cette répartition est à mettre en lien avec la forte proportion de femmes dans les professions infirmières notamment et ne constitue pas à notre avis un élément remarquable.

L'entrée dans la fonction des directeurs des soins est tardive. Dans l'échantillon de la promotion 2013, les EDS ont accédé à la formation en majorité entre 45 et 54 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la nécessité d'être titulaire d'un diplôme de cadre

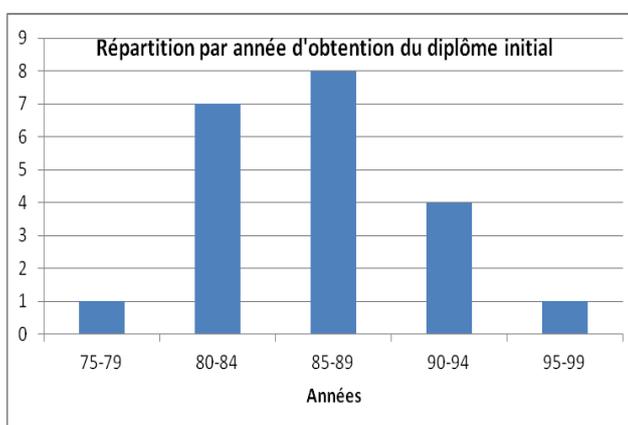
⁵¹ SITE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION, Rapport d'activité du Centre National de Gestion, page 155, [visité le 16 mai 2013], disponible sur internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012.pdf

de santé et une expérience de 5 ans, pour présenter le concours. Il s'agit en effet d'une troisième carrière. Cependant, il nous paraît intéressant de mieux caractériser les parcours des élèves en formation avant leur entrée à l'EHESP.

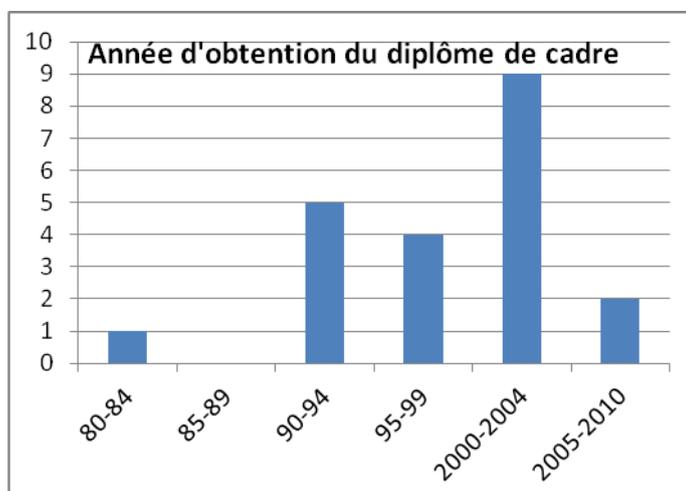
- Parcours de formation préalable à l'entrée à l'EHESP
 - Avant le diplôme initial

Sur les 21 EDS ayant répondu au questionnaire, 18 ont débuté leur carrière paramédicale à l'issue du baccalauréat ou du lycée, un seul a effectué une année de faculté, deux sont titulaires d'un diplôme Bac + 2. Nous pouvons en déduire une entrée assez jeune dans le métier initial, entre 21 et 23 ans pour une grande majorité.

- Obtention des diplômes initiaux et de cadres



Pour plus de la moitié des élèves, le diplôme initial a été obtenu avant 1990. Cinq d'entre eux sont titulaires d'un diplôme de spécialité (deux infirmiers anesthésistes, deux Infirmiers de bloc opératoire et une infirmière puéricultrice). Ces spécialités sont acquises pour deux d'entre eux à moins de cinq ans du diplôme initial, pour deux autres à 6 ans et pour un à 12 ans.



Une forte proportion de la population enquêtée a obtenu son diplôme de cadre entre 2000 et 2004, soit entre 9 et 13 ans avant la formation de directeur des soins. Nous observons cependant, que pour 10 d'entre eux, ce diplôme a été obtenu plus de treize ans avant l'entrée en formation. Il est à noter à ce stade de l'enquête que comme évoqué précédemment, l'accès au concours interne d'entrée en formation de directeur des soins est possible après cinq années d'exercice de la fonction cadre.

Les parcours sont donc longs avant l'entrée en formation de directeur des soins. Afin de mieux objectiver ce temps nous calculerons l'écart moyen entre les différentes étapes de carrière.

L'écart moyen entre l'obtention du diplôme initial et celui de cadre pour la population enquêtée est de 11,3 années (médiane = 11). Il est de 14,8 années (médiane = 13) entre le diplôme de cadre et l'entrée en formation. Nous pouvons donc constater pour les deux données un delta significatif entre les années d'expériences exigées dans une fonction pour accéder à la formation de cadre ou de directeur des soins et la réalité sur la population enquêtée.

Le premier écart (entre le diplôme initial et celui de cadre) est un des facteurs de la longueur du parcours professionnel avant l'accès à la formation de directeur des soins. Bien que l'étude des motifs explicatifs de cet écart exigence/réalité nous paraît très intéressant, il apparaît moins en lien avec notre sujet d'étude.

Nous nous centrerons donc sur la seconde partie de carrière : celle qui s'étend entre l'obtention du diplôme cadre et l'entrée en formation. En effet, il convient de s'interroger sur le parcours des professionnels durant ces « presque 15 ans » de carrière et leur accès à d'autres fonctions.

- L'exercice de la fonction de cadre supérieur :

Sur les 21 EDS, 18 ont accédé au titre de cadre supérieur préalablement à l'accès en formation. La proportion de cadres de santé n'ayant pas exercé comme cadre supérieur est donc très faible. En cela, nous retrouvons les données évoquées précédemment, données extraites du rapport d'activité du CNG⁵². Il convient pour nous de comprendre ce faible recrutement de professionnels n'ayant pas le titre de cadre supérieur de santé : Est-ce un défaut d'information de ces cadres sur les modalités d'accès au concours ? Un critère de recrutement lors du jury du concours ? Des compétences supplémentaires ou un positionnement plus assuré développées dans l'exercice de la fonction de cadre supérieur ? Une approche plus fine des parcours nous donne quelques éléments.

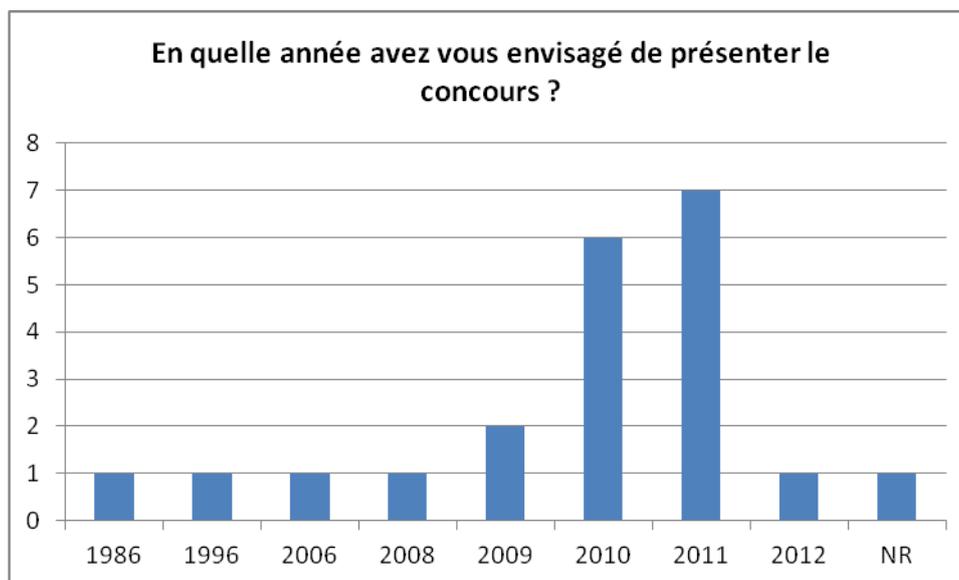
Pour les dix-huit professionnels ayant exercé comme cadre supérieur de santé, il convient de s'intéresser aux délais entre ces différentes étapes de carrière. En moyenne, il s'écoule 7,2 années entre le diplôme de cadre et le concours de cadre supérieur

⁵² Supra page 9

(médiane = 7) et 7,5 années entre le concours sur titre de cadre supérieur et l'entrée en formation (médiane = 7). On observe donc que ces presque quinze années entre le diplôme de cadre et l'entrée en formation se partagent de façon relativement homogène entre la carrière de cadre et celle de cadre supérieur. Il est pertinent à notre avis de s'interroger sur une nécessaire appropriation de la fonction exercée – qui nécessiterait un certain nombre d'années d'exercice – avant l'accès à une autre fonction. Il faut également interroger ce passage « obligé » par la fonction de cadre supérieur et le sens de cette « nécessité ».

Si nous nous intéressons aux trois professionnels n'ayant pas exercé la fonction de cadre supérieur, l'entrée en formation intervient, pour deux d'entre eux, 19 et 20 ans après le diplôme de cadre de santé et pour une, 7 ans après. Dans ce dernier cas, le parcours est assez atypique puisqu'il s'agit d'une carrière de cadre après deux métiers paramédicaux différents, technicien de laboratoire et infirmier, exercés respectivement 12 et 9 ans avant le diplôme de cadre. Nous notons donc que sur ces trois professionnels, deux d'entre eux ont une carrière de cadre très longue.

Ces éléments sont à mettre en lien avec le moment où le professionnel a pensé pour la première fois à l'exercice de la fonction de directeur des soins :



Sur 20 professionnels ayant répondu à cette question, 17 situent le moment où ils ont pensé à présenter ce concours dans les cinq années précédentes. La majorité (13) se situant dans les deux ou trois, années précédentes. Il n'est donc pas possible de corréler la longueur du parcours préalable à l'entrée en formation à une phase de réflexion ou de préparation à ce concours.

- Les autres diplômes acquis :

Si nous nous intéressons aux autres diplômes acquis, il apparaît que 15 des 21 professionnels ayant répondu, ont acquis un diplôme universitaire au cours de leur carrière. Sur ces 15 réponses, trois d'entre eux sont les professionnels n'ayant pas présenté le concours de cadre supérieur, 10 ont eu ce diplôme avant le concours sur titre de cadre supérieur et deux après celui-ci. Les diplômes obtenus sont : Une licence (5), un diplôme universitaire (DU) (5), un master (8). Il est à noter que certains ont plusieurs diplômes. Si les observations précédentes nous conduisaient à considérer l'accès à la fonction de cadre supérieur comme un passage « obligé », nous pouvons sur ces dernières observations noter la prédominance d'un accès à des titres universitaires avant la présentation du concours.

- Les parcours professionnels :

Au-delà d'une tentative de caractériser temporellement les carrières d'encadrement des élèves en formation, il nous paraissait intéressant d'essayer de cerner les axes prédominants de ces carrières. Il est bien évident que les parcours restent hétérogènes en termes de spécialités et cela ne présenterait qu'un intérêt relatif que de les détailler. Nous nous intéresserons cependant au nombre de postes d'encadrement occupés et aux postes de faisant fonction de directeur des soins ou de cadre supérieur attaché à la direction des soins.

Les réponses font apparaître un nombre de poste d'encadrement moyen de 5 par professionnel (médiane = 5). Même si il est difficile de qualifier ce dernier chiffre, en se rapportant aux nombres d'années moyennes effectuées en fonction d'encadrement (environ 15), la mobilité de ces professionnels peut être qualifiée d'importante (tous les trois ans).

Concernant les postes de faisant fonction ou de cadre supérieur affectés à la direction des soins, 16 professionnels enquêtés ont exercé sur ce type de postes. Il s'agit pour tous du dernier poste occupé. Cette proportion nous paraît intéressante et significative. Elle est à mettre en lien avec l'analyse des entretiens qui abordent un aspect plus qualitatif du parcours.

- L'exercice de missions transversales

Tous les professionnels renseignent un certain nombre de missions transversales sauf trois d'entre eux mais ils ont exercés comme faisant-fonction de directeur des soins. Au-delà du nombre des missions, il était intéressant pour nous d'observer l'impact sur les relations de travail les plus fréquentes. Nous constatons que l'exercice de ces missions a conduit à une collaboration plus importante avec le directeur des soins (cité 12 fois), le directeur des ressources humaines (cité 8 fois) et le Directeur général ou adjoint (cité 4 fois).

- Les autres activités

Six EDS répondent par l'affirmative à la question concernant l'exercice d'autres activités professionnelles. Ce sont pour tous des activités de formateur soit en organisme privé, soit en institut de formation en soins infirmiers.

En ce qui concerne l'inscription dans le tissu associatif, ils sont 11 à s'investir dans ce champ là.

A l'issue de cette première partie de l'enquête de terrain, nous reprendrons la première question issue de notre questionnement de recherche. Cette question concernait la typologie des professionnels souhaitant accéder à la formation de directeur des soins. Concernant le public enquêté, il ressort certaines caractéristiques plus fréquentes :

Il s'agit de professionnels entre 45 et 54 ans, plutôt de sexe féminin :

- Ayant obtenu le diplôme de cadre environ 15 ans avant l'entrée en formation
- Ayant partagé leur carrière d'encadrement entre les fonctions de cadre de proximité et cadre supérieur et exercé des missions en transversalité.
- Ayant formulé le projet de présenter le concours dans les cinq années précédentes
- Ayant acquis un diplôme universitaire de type DU, Licence ou Master
- Présentant une mobilité dans la fonction d'encadrement tous les trois ans en moyenne
- Ayant souvent dans les années précédant le concours accédé à des fonctions plus transversales, voir de faisant fonction de directeur des soins.

Cependant ces éléments ne doivent pas constituer à notre avis un modèle à rechercher dans les équipes de cadres pour l'accès à la fonction. Ces parcours, assez concordants somme toute, sont issus d'une même sélection (jury de concours). Ils sont sans doute également représentatifs des professionnels que les établissements sont le plus enclins à accompagner dans cette fonction. Ils sont par ailleurs le reflet d'un cheminement et d'un accompagnement institutionnel dans la représentation de la fonction de directeur des soins.

Afin d'appréhender de manière plus qualitative ces cheminements et les accompagnements tels qu'ils ont été vécus, nous croiserons les données recueillies par l'intermédiaire du questionnaire et celles recueillies lors des rencontres individuelles.

2.3 Quels cheminements et accompagnements dans la construction de la représentation professionnelle ?

2.3.1 De la décision à la formalisation du projet

A) Les éléments issus du questionnaire

Lorsque nous interrogeons via le questionnaire « Google » les élèves directeurs des soins sur les éléments déclencheurs de cette décision, nous retrouvons des éléments assez disparates. Les éléments déclencheurs les plus cités sont par ordre d'importance :

- La volonté de participer à l'équipe de direction ou à l'impulsion d'une politique d'établissement
- Le souhait d'une évolution de carrière, d'une progression. Une maîtrise de la fonction occupée.
- Le fait d'être en situation (faisant fonction)
- Un modèle de directeur des soins
- La sollicitation par le Directeur des soins ou le directeur d'établissement

Ces différents éléments se retrouvent abordés au cours des entretiens.

B) La décision s'inscrit dans un parcours

Tous les professionnels interrogés replacent cette décision dans un parcours global, évolutif. Cela renvoie au nombre d'années qui séparent la décision de présenter le concours du diplôme de cadre retrouvé dans l'analyse du questionnaire. Certains le décrivent comme linéaire, progressif, d'autres avec des paliers à franchir. Ce n'est qu'après avoir franchi certains paliers qu'ils se sentent en capacité d'aborder une autre fonction. Une professionnelle parle de « *construction de sa carrière* ». La notion de « *maturité* » professionnelle, de « *temps nécessaire* », de « *recul* » est évoquée par plusieurs. Une seule professionnelle (n'ayant pas exercé la fonction de cadre supérieur) parle d'une décision brutale sur « *un coup de colère* » face à une insatisfaction. Il est cependant intéressant de noter que cette insatisfaction naît de l'impossibilité d'accéder à une fonction de cadre supérieur ou par défaut à une formation universitaire.

Une autre cadre n'ayant pas exercé comme cadre supérieur, décrit un acquis de vision plus globale de l'établissement grâce à une fonction transversale sur l'établissement. Pour elle, alors, être cadre de proximité ou cadre supérieur relève des mêmes compétences. L'évolution vers cette fonction ne lui aurait apporté aucune satisfaction professionnelle.

Une majorité d'EDS décrit la nécessité pour eux d'occuper la fonction de cadre supérieur de pôle avant de pouvoir envisager l'exercice de la fonction de directeur des soins. Cette nécessité s'appuie souvent sur le besoin d'une vision transversale, globale

de l'institution que peu ont pu expérimenter dans la fonction cadre. Ils décrivent donc un défaut de vision de l'établissement, de son fonctionnement, de ses instances en tant que cadre. Ce défaut serait du au fait que les profils de postes de cadres de santé ne permettent pas un exercice plus transversal. Cette vision transversale permettrait en fait au candidat de débiter une rupture d'avec les représentations sociales de la profession et entrer dans un processus de construction des représentations professionnelles. En effet, comme souligné précédemment cette construction des représentations professionnelles ne peut se faire que dans un exercice professionnel dans le champ de la profession : « *La construction des représentations professionnelles est largement dépendante du statut professionnel des acteurs et de son exercice entraînant une rupture avec les représentations sociales* »⁵³.

La plupart des entretiens mettent par ailleurs en évidence des éléments relatifs à une maîtrise du poste occupé. Cette notion va s'exprimer différemment : « *Je n'avais plus rien à me prouver* », « *J'avais suffisamment exploré la fonction* », « *dès que je maîtrise, je m'ennuie* ». Cet aspect du parcours n'est pas toujours lié à un déplaisir dans la fonction occupé, ni même à cet ennui décrit par un professionnel. Elle est souvent liée à un besoin d'accéder à une dimension différente de l'exercice professionnel. C'est aussi ce besoin qui a guidé la plupart vers les postes de cadres supérieurs alors qu'ils étaient cadres. Ainsi, certains vont avant tout s'investir dans des missions plus institutionnelles afin de diversifier leur exercice, avant de se tourner vers la fonction de directeur des soins.

La notion de plaisir à exercer la fonction de cadre de pôle est citée aussi régulièrement comme élément ne créant pas un besoin d'exercice professionnel différent.

Il semble donc que malgré le cadre réglementaire encadrant l'accès à ce concours, il existe un besoin pour les professionnels de s'inscrire dans une progressivité qui inclut la fonction de cadre supérieur de pôle et de surcroît une fonction « maîtrisée ».

Concernant le besoin de maîtrise, nous pourrions aussi émettre l'hypothèse que la complexité de la fonction de cadre de pôle nécessite un temps d'appropriation suffisant avant de pouvoir envisager une nouvelle carrière dans une fonction différente.

Nous rattacherons également les éléments évoqués en termes de plaisir dans le poste occupé aux éléments évoqués dans notre partie conceptuelle concernant la fonction de cadre de pôle. Cette fonction est porteuse de valorisation et d'autonomie, n'incitant pas a priori à se questionner sur une autre orientation.

Cependant, il est justifié nous semble-t-il de s'interroger sur les raisons évoquées qui conduisent la majorité à exercer en tant que cadre supérieur : S'agit-il comme évoqué précédemment de l'absence de vision transversale et de possibilité d'investissement

⁵³ BLIN, J.F., 1997, collection action et savoir, *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris, page 84

institutionnel pour un cadre de proximité ? Ou est-ce également une automaticité dans les sollicitations par les directions qui encouragent plutôt les cadres supérieurs à se présenter au concours. Une des professionnelles interrogée (elle-même cadre de proximité) dira « *On pense davantage à un cadre supérieur qu'à une cadre de santé pour cette fonction, alors qu'il existe un réservoir important chez les cadres.* »

Nous explorerons maintenant cet aspect du cheminement qui est la sollicitation et le lien avec la prise de décision de s'engager dans ce projet.

C) De l'incitation à la décision

Peu nombreux sont les professionnels ayant réfléchi et construit ce projet très en amont de sa concrétisation. Si cette décision s'inscrit dans un parcours personnel et professionnel, elle s'inscrit également dans des contextes et des relations professionnelles.

Mis à part une professionnelle, nous retrouvons dans le parcours des différents élèves, la rencontre d'un ou plusieurs acteurs institutionnels qui à un moment de leur carrière les a incité à envisager cette fonction.

Certains disent même : « *On est venu me chercher* », « *je n'ai rien construit* ». Cet élément se retrouve d'ailleurs quand ces élèves parlent de leur accès à la fonction cadre, ou cadre supérieur. Cette incitation provient souvent d'un directeur des soins : celui en poste lors des dernières années de carrière pour la plupart. Mais il arrive également que des directeurs adjoints ou directeurs d'établissement, soient les vecteurs de cette « demande ».

Ainsi, le professionnel concerné se trouve-t-il encouragé à réfléchir à un parcours professionnel différent. C'est bien sûr le cas des professionnels qui ont occupé un poste de faisant fonction qui leur a toujours été proposé de manière individuelle.

Un des professionnels ayant exercé une mission ponctuelle de plusieurs mois à la direction des soins à la demande du directeur de l'établissement dit en parlant de la fin de sa mission : « *Je ne me suis pas vue redevenir cadre de pôle, faire machine arrière* ». En effet, cet encouragement croise bien souvent un désir individuel, « *une envie que je n'osais pas m'avouer* » dit l'une d'elle. Certains y voient une forme de reconnaissance, soit du travail accompli jusqu'alors, soit de leurs compétences. C'est bien souvent à partir de cette sollicitation que va pouvoir se construire le projet de manière plus précise. Nous retrouvons ici les notions abordées autour du concept d'accompagnement : la formulation d'une demande par autrui qui va inscrire l'accompagné dans une intentionnalité. Il s'agit également d'une forme d'engagement de l'institution envers celui qui est sollicité. La reconnaissance citée par bon nombre d'EDS interrogés se double ici d'une attente de l'institution vis-à-vis d'eux.

Il arrive cependant que cette attente ne rencontre pas d'écho chez le professionnel sollicité : ainsi deux EDS interrogés évoquent une sollicitation de l'établissement assez ancienne qui intervient trop tôt dans leur carrière. « *Je n'étais pas prête* » dit l'une d'elle. Une autre évoque le fait qu'elle « *était bien sur son poste* ». Pour autant, quelques années après et au cours de cet entretien, cette sollicitation apparaît comme ayant conforté le projet et ayant participé à sa concrétisation. Ces professionnels sont alors allés chercher, lors de la formalisation de leur projet, une confortation auprès du coordonnateur général des soins avec lequel elles collaboraient à ce moment là. Cette approbation revêt une importance telle que l'une d'elle dit « *je ne sais pas si je l'aurais fait si je n'avais pas eu une réponse positive* ». Il est, là aussi, question de reconnaissance mais également de ré-assurance. Il s'agit ici, de l'attente qui est celle du demandeur : que l'autre le croit « capable de » en référence au concept d'accompagnement développé dans notre première partie. Nous verrons plus avant que cette notion est largement développée aussi au cours du cheminement qui suit la prise de décision.

Nous aborderons maintenant les éléments moteurs de la décision ou plus exactement les éléments qui participent de la motivation des candidats à exercer cette fonction.

D) Les éléments de motivation

Au-delà de la sollicitation première, il nous paraît intéressant de s'intéresser aux motivations exprimées par les EDS concernant ce choix de carrière.

Le souhait d'accéder à une vision et une action plus politique et stratégique est cité par un certain nombre d'EDS. Il s'agit pour eux de prendre plus de place et de responsabilité au sein de l'institution. Le souhait d'accéder à la décision est aussi prépondérant dans les réponses. Un des EDS dit : « *Je ne me sens jamais au bon niveau de décision* ». Ce besoin d'accès à un espace de décision est lié au contexte d'exercice de la fonction occupée jusqu'alors. Dans la collaboration avec les équipes de direction et notamment le directeur des soins, se construit l'envie « *d'aller plus loin* ». Cet élément nous rapproche de l'observation faite précédemment concernant les cadres de santé qui ne disposent pas d'une vision transversale de l'établissement faute de missions leur permettant cette vision. Nous constatons en effet, que la collaboration existante avec des directeurs peut être source de motivations à exercer cette fonction. L'hypothèse selon laquelle il est difficile pour un cadre de se projeter dans cette fonction par défaut de représentation nous semble ici se confirmer.

Il est également intéressant de noter que la notion de marge de manœuvre voir de « pouvoir » est avancée par plusieurs. Ce qui, on le verra par la suite, constitue un frein au projet, est ici un élément de motivation. En effet, l'exercice de la fonction de cadre

supérieur confronte plusieurs des EDS interrogés à une limitation de leur marge de manœuvre et à une envie d'être plus décisionnaire. Cet élément vient compléter l'observation faite précédemment. Ainsi, si le poste de cadre supérieur de pôle est complexe et nécessite un temps minimum d'appropriation pour parvenir à une maîtrise, il apparaît que ce poste génère à terme des frustrations chez certains professionnels. Ces frustrations sont en lien avec le manque de marge de manœuvre et actualisent, pour ceux qui en ont les capacités, le projet de devenir directeur des soins.

Enfin, c'est aussi pour ceux qui sont en poste de directeurs des soins faisant fonction la recherche d'une légitimité. « *Etre diplômée, c'est un droit de prise de parole à part entière en comité de direction* ».

Nous percevons bien ici les enjeux de la mise en situation à la fois en tant que faisant fonction avec la recherche de légitimité mais également dans la construction de représentations professionnelles de la fonction et de son contexte d'exercice. Nous reviendrons sur ce point dans l'étude des parcours suite à la prise de décision.

Il est cependant nécessaire ici de citer quelques éléments de réflexion abordés au cours des entretiens sur les freins éventuels à la construction de ce projet.

E) Les freins au projet de directeur des soins

Nous avons vu précédemment que l'exercice de la fonction de cadre supérieur de pôle peut être à l'origine d'une recherche de marge de manœuvre plus importante et donc moteur dans le projet de présenter le concours de directeur des soins. Cependant, ce même exercice et sa complexité dans certains grands groupes hospitaliers retarde la décision de s'inscrire dans le projet de directeur des soins. « *On me demandait des missions plus politiques et stratégiques* ». Cette fonction est souvent source de satisfactions renouvelées qui sont à l'origine d'un souhait de poursuivre dans cet exercice.

La nécessité aussi d'occuper ce poste un certain nombre d'années avant d'avoir l'impression d'en maîtriser le contenu est un élément cité à plusieurs reprises. Nous retrouvons ici également les éléments cités dans notre première partie concernant l'autonomie du cadre supérieur de pôle. « *Le cadre de pôle est aujourd'hui autonome et décisionnaire, il fait ce que le directeur des soins faisait avant* » dit un des EDS rencontré. Même si aucun n'aborde une égalité de compétence comme évoquée par certains auteurs, on perçoit toute l'importance de la façon dont s'agit le principe de subsidiarité. La place que les cadres supérieurs prennent au sein des pôles et des institutions ne favorise pas chez eux la décision de présenter le concours.

Quitter l'établissement, les équipes d'un pôle, sont également des éléments abordés au cours des entretiens comme freinant la décision de présenter le concours. Même si la plupart des EDS le met en lien avec un profil et une histoire personnels, nous

percevons là l'idée d'une rupture avec un collectif voir avec une identité. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans les éléments concernant le regard de l'institution.

Enfin, est régulièrement évoquée la question de l'investissement financier et familial que représente cette formation. La question de la mobilité au cours et après la formation est un enjeu important qui se débat d'abord en famille. Ceci peut être un écueil au projet (enfants en bas âge).

2.3.2 Du cheminement personnel à l'accompagnement

A) Les éléments issus du questionnaire

Une des questions proposée aux EDS était de savoir si leurs missions avaient évoluées à l'issue de leur décision de présenter le concours. La moitié répondent que non en argumentant qu'ils exerçaient déjà des missions institutionnelles, voir une mission de directeur des soins. Ils bénéficiaient par ailleurs déjà d'une confiance, autonomie dans l'exercice de ces missions. Pour une autre moitié, ces missions ont évoluées vers des missions plus stratégiques, institutionnelles voir des mises en situation durables (faisant fonction, poste transversal rattaché à la direction des soins) ou ponctuelles (suppléance du directeur des soins en son absence).

Lorsque nous les interrogeons sur les motifs de ces évolutions ils évoquent plusieurs raisons :

- Une reconnaissance de leurs compétences, voir la nécessité d'une évaluation de leurs compétences
- Une façon de leur « *mettre le pied à l'étrier* »
- Une reconnaissance de leur inclusion dans l'équipe de direction, une confiance
- Une crédibilité, une cohérence institutionnelle
- Un accompagnement

Ainsi, pour les EDS concernés, même si cela peut constituer une nouvelle façon d'évaluer leurs compétences et peut-être leur aptitude à l'exercice de cette fonction, nous sommes là dans une évolution du projet professionnel. Cette phase vise à les mettre en situation, les confronter à un ou plusieurs aspects de la fonction tout en reconnaissant leurs compétences et en leur accordant une confiance. Comme dit l'un d'eux : il s'agit « *d'un moindre accompagnement* ». Nous verrons quelle perception ont eu les EDS de l'accompagnement institutionnel plus avant, il semble cependant que cette période soit aussi propice à la construction de représentations concernant la fonction.

B) La construction des représentations

La question des représentations se pose tant en amont de la décision qu'à postériori de cette décision.

En amont, nous l'avons abordé, l'exercice professionnel en transversal ou sur un poste de cadre supérieur de pôle favorise une représentation plus affinée de la fonction. Un des EDS interrogé affirme : « *Je n'avais pas de vraie vision de ce que faisait le directeur des soins tant que je n'ai pas été en poste de cadre supérieur de pôle* ». Ainsi, nombreux citent cette expérience comme porteuse dans la construction de leur représentation. Beaucoup évoquent la proximité des relations professionnelles avec le directeur des soins comme permettant d'étayer leur représentation. C'est aussi la collaboration plus étroite avec les équipes de direction qui va permettre cette construction du projet. L'inclusion dans une équipe de direction, l'existence d'une confiance dans les relations à cette équipe semble permettre une structuration et une affirmation du projet. Cette affirmation du projet s'appuie en effet sur ce qui semble être vécu par plusieurs comme une forme de confirmation de leur projet. Cette confirmation leur permet de se construire comme futur directeur des soins. La notion de bienveillance de l'environnement mais aussi des professionnels de direction, qui « *motivent* », est également évoquée.

L'organisation en pôle et la place du cadre supérieur au sein des pôles prend une place toute particulière. « *L'organisation en pôle est un levier. Il permet des relations plus proches avec les directeurs* » explique un EDS lorsqu'on évoque la construction de sa représentation de la fonction.

La notion de modèle est abordée par la quasi-majorité des EDS. Il est intéressant de voir ce qui dans cette notion retient l'attention des EDS interrogés.

C) La notion de modèle

Cette notion est très présente dans les entretiens avec les élèves. Elle correspond à un (ou plusieurs) directeur des soins croisé(s) au cours de l'exercice professionnel. Il ne s'agit pas forcément d'une rencontre ou d'une collaboration récente. Il s'agit pour certain d'un modèle dans la façon d'aborder l'exercice professionnel de directeur des soins. Pour d'autres, ce sont les valeurs portées par ce directeur qui constituent des repères importants parce que ces valeurs sont partagées. De fait, la façon de les promouvoir au sein de l'institution constitue pour eux un exemple. Il s'agit sans doute d'un processus d'identification au même titre que le décrit A. ALI AIT pour les infirmiers : « *L'identification est en effet, le processus selon lequel les infirmiers imitent un modèle...* »⁵⁴

Cette notion de modèle s'accompagne aussi d'une notion d'idéalisation de la fonction pour certains. La difficulté à ce moment là, est de pouvoir se détacher de cet

⁵⁴ ALI AÏT A., Novembre 2008, « *La profession, de la notion au concept sociologique* », Soins cadres de santé, n°68, page 47.

idéal, de cette nécessaire identification. C'est ce que P. TAP cité par A. ALI AIT appelle l'identisation : « *l'identisation complémentaire de la poussée identificatoire est un néologisme... pour désigner le processus selon lequel l'individu tend à se différencier et à s'affirmer comme différent par la séparation...* »⁵⁵ Une des élèves affirme en parlant de la directrice des soins qui avait constitué un modèle pour elle : « *J'ai pu dire oui à ce projet quand j'ai pu dire que je ne serai pas elle !* ».

Bien entendu, cette notion s'accompagne de celle de contre-modèle : celui ou celle « que je ne veux pas être ». Pour un seul EDS, il n'y a eu au cours de sa carrière que des contre-modèles. Spontanément les autres abordent la notion de modèle fut-il assez lointain.

D) Quel accompagnement ?

Pour la plupart, une partie de l'accompagnement proposé par les établissements repose sur le financement de la préparation au concours. Cet aspect qui peut apparaître très matériel est également pour beaucoup porteur de sens : il s'agit en fait de la reconnaissance par l'institution de leur projet, voir d'une forme de validation.

Comme évoqué précédemment, un autre aspect de cet accompagnement réside dans la mise en situation après l'annonce du projet professionnel ou lors de la proposition faite par l'institution.

Cependant, lorsque nous interrogeons les EDS sur l'accompagnement dont ils ont pu bénéficier, nous rencontrons une majorité de réponses décrivant une certaine solitude dans la préparation ou en tout cas la nécessité de se construire seul un parcours préparatoire au concours. Pour certains ce fut une absence totale de soutien alors qu'ils avaient été sollicités par un directeur.

Certains des élèves décrivent une bienveillance, un soutien, des encouragements mais une absence de réel accompagnement qui leur a fait défaut disent-ils. Ce constat fera dire à certains : « *l'aide apportée, c'est dans le fait qu'on croit en vous* ».

Quelques uns ont bénéficié d'une aide plus structurée, constituée d'entretiens réguliers permettant de faire des points d'étapes. Beaucoup reconnaissent une vraie mobilisation de l'institution à l'issue des résultats d'admissibilité, se traduisant par des constitutions de « jurys » permettant des mises en situations.

On retrouve dans ces éléments un point cité précédemment concernant l'accompagnement qui s'appuie sur « la croyance » de celui qui va accompagner l'autre dans son projet en lui restituant le fait qu'il a confiance en lui... « *Vous allez l'avoir* » était le discours d'un directeur à un candidat, lui réitérant par là une confiance qu'il avait en elle lorsqu'il lui avait suggéré cet engagement. Cependant cette phrase était vécue par elle

⁵⁵ Ibid, page 48

comme une forme de dédouanement d'un accompagnement qu'elle aurait souhaité à ce moment là.

Autour de ces assertions qui se veulent encourageantes « *nous ne sommes pas inquiets* », « *nous ne doutons pas de votre réussite* », faut-il entendre une institution qui constitue un contenant, autorisant l'accompagnement ? Sans doute. Mais pour la majorité des EDS interrogés, le contenu semble avoir fait défaut.

L'absence de politique institutionnelle est pointée par tous concernant ces projets. Quand il existe une politique d'accompagnement des projets professionnels, cette politique s'adresse aux aides-soignants souhaitant exercer la fonction d'infirmier, aux infirmiers souhaitant devenir cadres de santé mais jamais aux cadres souhaitant accéder à la fonction de directeur des soins.

2.3.3 La place des acteurs dans l'établissement

A) Le vécu des EDS par rapport à l'institution

Un des éléments rapporté par plusieurs élèves enquêtés se rapporte à l'image qui pourrait être la leur au sein de l'institution. Il s'agit là bien sûr d'un vécu, mais celui-ci est assez fréquent pour qu'il fasse l'objet d'une partie de la restitution de cette enquête. En effet, nombreux sont les EDS enquêtés à rapporter une crainte du regard des autres lors de l'annonce de leur projet. Pour beaucoup, cette crainte les conduit à retarder l'annonce de leur intention de présenter le concours. Cette intention, dit une élève, « *ne laisse pas indifférent* ». Cette crainte s'articule autour de deux axes : l'impression d'abandonner une équipe, un groupe mais aussi celle de susciter une jalousie, d'être considéré comme carriériste voir prétentieux : « *pour qui elle se prend ?* » ou « *elle est bien fière d'elle pour se proposer !* ». Une EDS rajoute « *Je n'en ai pas parlé parce que si j'échouais cela ne regardait que moi* ». La crainte de « *sortir du lot* » comme l'exprime une élève semble venir confirmer un vécu de passer d'un groupe à un autre, trahissant presque ce premier groupe d'appartenance. Il est ici exprimé assez clairement la notion d'un passage d'un groupe à un autre incluant sans doute un écart identitaire en cours de transaction.

B) Les retours de l'institution

Nous avons abordé le vécu par anticipation des EDS concernant l'annonce de leur projet. Dans la réalité, et pour tous, ce projet a été accueilli très favorablement par une grande majorité de collègues. Rares sont ceux qui décrivent des réactions négatives. Ce sont même des réactions qui viennent les conforter dans ce choix. Plusieurs décrivent des réactions du type « *c'est évident !* ». Cette évidence n'est cependant pas sans poser de difficulté tant elle se marque dans les suites du parcours. D'abord, par des propos comme « *On ne s'inquiète pas ! Tu auras le concours...* », Propos qui laissent le candidat stupéfait tant il doute lui-même de sa réussite.

Les retours effectués par le directeur de l'établissement et les directeurs adjoints sont valorisés. Cependant ces retours interviennent quelquefois uniquement à l'issue de l'admissibilité laissant penser que jusqu'alors le projet n'avait pas la même valeur.

L'avis des médecins est souvent fortement sollicité par les candidats. Cet avis est fréquemment sollicité en amont de la décision et aide le futur candidat à assoir son projet.

C) La place du coordonnateur général des soins

Dans le cadre du questionnaire, les relations avec le coordonnateur général des soins sont décrites par ordre d'importance comme :

- De confiance
- Collaboratives
- Aidantes
- Peu collaborative, méfiantes, difficiles, conflictuelles

Dans le cadre des entretiens, cette relation est décrite de manière plus contextualisée. Il est évoqué la relation avec le directeur des soins dans le cadre de l'accompagnement attendu dans la préparation au concours. Est évoqué également le retour qui peut être celui du directeur des soins à l'annonce du projet.

Ainsi, concernant les échanges sur le projet, certains évoquent une déception face à un positionnement « administratif » qui prend acte du projet et accorde la possibilité d'une préparation dans le cadre de la formation continue. D'autres constatent un réel mouvement d'encouragement de la part du directeur des soins. Pour une majorité, il est attendu de ce retour, réassurance sur la pertinence du projet, confiance et encouragements. Ceci a été présent pour beaucoup et représente encore aujourd'hui une réelle plus value dans leur parcours.

Concernant l'accompagnement dans le cheminement, pour certains le soutien était présent avec une disponibilité si besoin mais rarement une proposition spontanée du directeur des soins de rendez vous ou séances de travail. Pour d'autres, plutôt nombreux, la sensation de ne pas être soutenus est très présente.

A l'issue de cette analyse des enquêtes de terrain, nous reprendrons les questions initiales :

Concernant la construction des représentations, il apparaît clairement que cette construction s'opère dans un exercice professionnel de proximité avec le directeur des soins et l'équipe de direction. Cette possibilité de construire ces représentations professionnelles est donc plus accessible en l'état aux cadres supérieurs. La notion de modèle est retrouvée très fréquemment.

La question de l'écart identitaire reste peu explorée dans ce travail de recherche. Cependant, le choix de cette orientation ne se fait pas facilement. La crainte du regard des collègues et l'évocation de devoir quitter un groupe professionnel laissent penser que pour beaucoup l'accès à la fonction de directeur des soins vient interroger et mettre en travail une nouvelle identité.

La favorisation du projet reste surtout liée à la sollicitation institutionnelle par un professionnel (coordonnateur général des soins ou directeur).

Il convient maintenant de reprendre notre question de recherche : Quels éléments le directeur des soins peut-il repérer pour susciter et accompagner le projet professionnel d'un cadre vers la fonction de directeur des soins ?

La confrontation des éléments recueillis sur le terrain et des éléments théoriques abordés en première partie, nous laisse penser que des pistes d'amélioration sont possibles.

Dans un premier temps, il nous apparaît que la possibilité de ce choix de carrière n'est pas forcément connue et que l'incitation reste faible.

Par ailleurs, le cheminement et la construction des représentations professionnelles restent des moments difficiles. Ils le sont d'autant plus si le professionnel en projet ne se sent pas soutenu et encouragé, voir aidé dans cette démarche.

Des marges d'améliorations semblent donc possibles et pourraient concerner plusieurs axes de ce travail de recherche : la contenance institutionnelle, le repérage des candidatures incluant la connaissance de cette fonction, l'accompagnement du projet professionnel et du cheminement vers le concours.

Nous nous proposons donc dans la dernière partie de ce travail de structurer des préconisations visant à améliorer l'investissement d'un tel projet par les professionnels, et leur accompagnement dans la démarche.

3 FORMALISER UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE AFIN DE REPERER LES CANDIDATS POTENTIELS ET LES ACCOMPAGNER

3.1 Formaliser une politique institutionnelle

Comme évoqué précédemment, l'accompagnement du professionnel et la relation qui en découle doivent être contenus dans un cadre proposé et porté par l'institution. Si bien souvent nos établissements proposent cette formalisation pour les parcours de promotion professionnelle des agents de service hospitalier, aides soignants et infirmiers, il est moins fréquent de le rencontrer pour des cadres ou cadres supérieurs.

L'intérêt d'une telle formalisation repose en premier lieu sur une reconnaissance par l'institution de la possibilité d'accès à une évolution professionnelle pour un cadre ou cadre supérieur de santé. Cette formalisation peut trouver son inscription dans la politique managériale de l'établissement, la formalisation des profils de fonction et des modalités d'accès et d'accompagnement.

3.1.1 Formaliser au sein de la politique managériale la démarche d'accompagnement des parcours professionnels.

Le projet managérial d'un établissement doit pouvoir aborder tous les champs de la politique managériale. Un de ces champs est celui du développement des compétences et l'évolution professionnelle. Concernant les professionnels de la coordination générale des soins, il s'agit pour le directeur des soins en collaboration avec les autres directeurs de pouvoir décliner les axes principaux de développement des compétences concernant les cadres et cadres supérieurs de santé.

Ce projet de politique global inclura entre autres :

- Une charte de management
- Les modalités d'accompagnement des équipes d'encadrement au sein de l'établissement : Temps de coordination, analyse des pratiques professionnelles de management...
- Les modalités d'accès aux fonctions d'encadrement et de direction. Ainsi, pour la coordination des soins, il s'agira de développer les modalités d'accès aux fonctions cadre, cadre supérieur, cadre de pôle et directeur des soins. Ceci inclura également les possibilités d'exercer en tant que faisant-fonction.

- Les axes prioritaires retenus au niveau institutionnel pour l'accompagnement de chacun de ces projets, par exemple le choix de la mise en situation préalable (faisant-fonction).
- Les axes de développement des compétences retenus pour chacune de ces fonctions en lien avec le plan de formation continue.

L'établissement d'un tel projet au niveau de la coordination des soins, inclus dans la politique de l'établissement permettra une lisibilité du processus d'accès à un accompagnement vers la fonction de directeur des soins. Ce processus s'inscrit dans un projet politique d'établissement qui valide ainsi une possibilité pour les cadres et cadres supérieurs. Par ailleurs, inclure cet accès possible à la préparation au concours de directeur des soins, engage la direction et notamment la direction des soins dans la mise en œuvre de cette politique.

Il apparaît essentiel, une fois développé et formalisé ce projet, de pouvoir le communiquer et le porter à la connaissance des professionnels concernés. Une des instances à privilégier pour le directeur des soins sera la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Les réunions d'encadrement sont également un espace propice à cette communication.

La formalisation de ce projet managérial va de pair avec une formalisation des profils de fonction des managers de la coordination générale des soins. Ces profils, existant dans beaucoup d'établissements, devront faire état des possibilités d'évolutions professionnelles pour chaque catégorie de professionnel.

3.1.2 Un profil de fonction cadre et cadre supérieur incluant les possibilités d'évolution professionnelle

Cette étape de formalisation participe à l'affichage de la volonté de l'établissement de s'inscrire dans un accompagnement des professionnels.

Concernant les cadres et cadres supérieurs particulièrement, il conviendrait pour les profils de fonctions concernés (cadre de santé paramédical, cadre supérieur de santé paramédical, cadre paramédical de pôle....) d'identifier une rubrique reprenant les éléments statutaires et institutionnels de l'accès à la formation diplômante et à la promotion professionnelle.

Cette rubrique, composée de trois parties, reprendrait les possibilités d'accompagnement matériel et personnel concernant :

- Les formations relevant d'un parcours de développement des compétences validées institutionnellement. Nous entendons par validation institutionnelle, des axes de développement de compétences jugées nécessaires en fonction de la

politique managériale, des besoins actuels de l'établissement, des projets de l'établissement. Par exemple, il s'agira de faire apparaître les Diplômes Universitaires (DU), Master 1 et 2...

- Les possibilités d'évolutions professionnelles au sein de l'établissement : Il s'agit ici de faire apparaître la réflexion institutionnelle autour des parcours professionnels des managers au sein de l'établissement. Ainsi, pourraient être précisées l'accès au titre de cadre supérieur de santé paramédical pour les cadres de santé : références réglementaires, exigences de l'établissement (être titulaire d'un master par exemple). Mais également, en fonction de la réflexion institutionnelle, les accès aux différentes fonctions : cadre supérieur de pôle, cadre supérieur chargé de missions transversales. Suivant la politique institutionnelle, pourraient apparaître ici les passerelles entre les métiers du management au sein de l'établissement.
- L'accès à la promotion professionnelle et aux concours de la fonction publique : Cet item inclura bien évidemment la préparation au concours de directeur des soins, mais également un état des passerelles métiers identifiées de la fonction publique voir de la fonction d'état.

Intégrer l'accès à la préparation au concours de directeur des soins dans les profils de fonction des cadres de santé et cadres supérieurs est à notre avis une des étapes nécessaire de l'engagement institutionnel. Il convient là aussi que ces profils de fonction fassent l'objet de communication (CSIRMT, Réunions d'encadrement) mais aussi puissent être le support privilégié d'accueil des nouveaux arrivants et d'évaluation annuelle dans le cadre de l'accompagnement des projets professionnels.

Concernant la politique institutionnelle, il importe également que pour chaque formation ou promotion professionnelle, soit déterminés les éléments présidant aux choix des candidats et les modalités d'accès et d'accompagnement.

3.1.3 Formaliser les modalités d'accès aux formations « diplômantes » incluant l'accès à la préparation au concours de directeur des soins.

Il nous paraît important qu'un document puisse recenser les modalités d'accès et d'accompagnement pour chaque formation « diplômante » ou promotion professionnelle citées dans les profils de fonction.

Concernant l'accès à la préparation du concours de directeur des soins, il pourrait comprendre les éléments suivants :

- Le rappel des exigences réglementaires concernant l'accès à ce concours (cinq années d'expériences en fonction de cadre...).

- Les modalités de validation du projet par l'établissement : quelle validation du projet professionnel ? par qui ? Cette validation vaudrait accord pour l'accès à un cycle préparatoire et la mise en place d'un accompagnement spécifique
- Les modalités de préparation : accès à une préparation au concours via un organisme externe ? Possibilité d'accès au cycle préparatoire ? Echéances annuelles.
- Les modalités d'accompagnement institutionnel mises à la disposition du candidat. Ces modalités peuvent avoir un caractère général mais aussi se décliner comme nous le verrons par la suite en fonction des besoins des professionnels. Ces éléments constituent selon nous un engagement de l'établissement au même titre qu'ils sont une forme d'engagement du candidat dans la démarche.

Le cadre institutionnel ainsi posé sert de « *contenant* »⁵⁶ à la dimension d'accompagnement des établissements. Il convient maintenant de cerner les modalités qui nous permettront de repérer des projets non encore affirmés.

3.2 Faire connaître la fonction, repérer les candidats potentiels

Nous avons effectivement pu constater au décours de cette recherche l'existence d'une méconnaissance des conditions d'accès à la fonction et la nécessité d'un déclencheur au projet de directeur des soins chez les cadres. Cependant, il convient aussi de pouvoir repérer les cadres susceptibles d'accéder à cette fonction.

3.2.1 Renforcer la connaissance de la fonction directeur des soins et de l'accès à cette fonction

Communiquer en direction des cadres de santé autour des possibilités d'évolution professionnelle et notamment l'accès à la fonction de directeur des soins paraît essentiel. Le support édité par l'AFDS⁵⁷ peut être une médiation lors d'une communication collective. Ainsi, les réunions d'encadrement constituent sans doute un espace privilégié d'échanges autour de cette question.

La communication individuelle reste aussi une nécessité. Comme nous l'évoquions précédemment, l'utilisation des profils de fonction lors de l'accueil des nouveaux arrivants mais aussi lors des temps d'évaluation constitue sans doute une opportunité de communication individuelle.

Nous percevons bien au cours des entretiens que collaborer avec un directeur des soins peut également favoriser la représentation de cette fonction. Plusieurs élèves ont effectivement évoqué cette collaboration comme le moyen de se construire une

⁵⁶ Supra, page 12

⁵⁷ Supra, page 1

représentation de la fonction. Cette collaboration permet en effet une forme de communication sur la fonction de directeur des soins par une connaissance plus fine de cette fonction. C'est aussi la notion de modélisation souvent évoquée. Nous reviendrons sur cet aspect là qui selon nous s'assimile déjà à un accompagnement.

De façon plus anecdotique, notre expérience récente de stagiaire élève directeur des soins nous a conduit à nous questionner également sur l'effet « modélisateur » de ce statut. En effet, plusieurs cadres au cours de nos stages sont ainsi venus nous interroger sur l'accès à la formation...

Si il paraît important de communiquer de manière assez large, il nous semble essentiel de pouvoir repérer au sein de l'établissement les cadres et cadres supérieurs motivés et paraissant capables de suivre cette formation.

3.2.2 Repérer les potentiels

Repérer les potentiels : Nous reprenons ici une expression entendue très souvent dans les établissements où nous avons exercé ou été en stage. Nos questionnements sur ce travail de repérage et les critères utilisés ne furent pas suivis de réponses très satisfaisantes. Bien souvent, l'intuition semble être le conducteur de ce choix. Il faut cependant souligner que cette intuition s'appuie sur une expérience et une bonne connaissance de l'institution et des cadres exerçant au sein de cette institution.

Ces éléments sont confirmés par les éléments d'enquête. En effet, certains EDS enquêtés évoquent la sollicitation du coordonnateur général des soins de l'établissement, voir du directeur, mais ils n'obtiennent que rarement des éléments objectifs sur les critères qui ont présidés à ce choix.

Avoir le potentiel de devenir directeur des soins signifie être en capacité de développer les compétences liées à cette exercice. Il convient alors de s'appuyer de manière objective sur ces compétences et connaissances à développer, pour pouvoir évaluer la capacité des cadres à s'inscrire dans ce projet.

Il s'agit donc de constituer un outil permettant d'objectiver la capacité à développer ces compétences. Nous nous appuyerons ici sur le référentiel métier de directeur des soins⁵⁸. En effet, ce référentiel recense les compétences nécessaires pour exercer la fonction. Il est donc intéressant de pouvoir s'appuyer sur ces éléments afin de les décliner à l'aune du périmètre de la fonction de cadre ou cadre supérieur de santé.

Nous essayerons donc de proposer ici, un ensemble d'indicateurs permettant une évaluation des aptitudes des cadres ou cadres supérieurs de santé à s'engager dans ce

⁵⁸ SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, mars 2010*. [visité le 25 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

projet professionnel. Ces indicateurs pourraient constituer un guide d'évaluation (Annexe III). Nous reprendrons les quatre grands volets proposés par le référentiel.

- Les compétences stratégiques

La stratégie est ici entendue à la fois au sein de l'établissement mais également au sein du territoire. Il conviendra donc de repérer la capacité du cadre à proposer une analyse de l'activité de son unité incluant l'évolution des besoins en soins et mettant en lien ces besoins avec des données épidémiologiques, de territoires... Sa capacité à être force de proposition au regard de cette analyse dans l'évolution de son unité est également à évaluer.

- Les compétences de coordination.

Il s'agit ici de transférer les compétences attendues d'un directeur des soins à l'échelle de l'exercice cadre. On retrouve en effet dans cet item des compétences managériales telles que la capacités à négocier, décider, planifier, organiser... L'animation de l'équipe et la capacité à travailler en collaboration avec les autres acteurs du soin sont ici prédominantes. Son implication dans la mise en œuvre du projet de soins au sein du pôle ou de l'unité sera aussi évaluée.

- Les compétences organisationnelles

Sur le terrain de l'unité ou du pôle, la capacité du cadre à communiquer et utiliser les ressources adaptées est un élément qui fonde une capacité future à exercer cette compétence à l'échelle d'un établissement. Cette capacité à communiquer sera utilisée aussi bien en direction des équipes, de la hiérarchie, que des médecins et autres acteurs du soin. L'implication dans une démarche qualité et gestion des risques au sein du service est également essentielle.

- Les connaissances

Nous sommes ici sur le terrain des savoirs acquis en formation ou développés de façon expérientielle : certains de ces savoirs sont en partie inhérents à la fonction d'encadrement (gestion de projet, règles d'éthique et de déontologie professionnelles...). D'autres ne sont pas exigibles pour un cadre de santé mais un intérêt pour ces questions semblerait être en faveur d'un projet directeur des soins.

- Autres items

Nous sommes bien conscient qu'être un « bon cadre », maîtrisant les invariants de la fonction ne suffit pas à construire un projet professionnel de directeur des soins. A notre avis, c'est également dans la capacité à percevoir les enjeux à l'échelle d'un établissement, à s'associer à une réflexion transversale que doit s'évaluer le potentiel des cadres ou cadres supérieurs. Ainsi, la participation à certains groupes de travail, instances, sont le reflet de cette tentative de s'impliquer et de percevoir les enjeux. Nous retrouvons ici la candidature à la CSIRMT, l'investissement dans les projets qualité, gestion des risques (Evaluation des Pratiques Professionnelles, Revues de Morbi-

Mortalité, Commission de Retour d'Expérience mais aussi la certification). Il s'agit à la fois d'évaluer la capacité à s'inscrire dans ce travail transversal mais également d'y être un acteur et non pas un simple participant. Au travers de ces éléments d'évaluation, se dessine une capacité à investir des espaces extérieurs à l'unité de soins ou au pôle.

Diffuser une information la plus complète et large possible, repérer les potentiels constituent des éléments premiers de réponses aux problématiques isolées lors de nos rencontres avec les élèves directeurs des soins. Il reste à développer les modalités d'un accompagnement des professionnels dans ce projet.

3.3 Accompagner les professionnels dans la construction du projet et des représentations

Comme nous avons pu le constater lors de l'analyse des données recueillies, la représentation de la fonction mais aussi de l'environnement dans lequel se déploient les activités se construit dans une expérimentation de l'action. Il s'agira donc de donner les moyens au candidat d'étoffer sa représentation du fonctionnement d'un établissement et de la fonction de directeur des soins. Accompagner les professionnels dans un projet de ce type nécessite un véritable engagement institutionnel et pour être plus précis de l'équipe de direction. Il s'agira de structurer également un parcours visant à proposer au professionnel un espace où pourront se construire ces représentations.

3.3.1 Un investissement et une validation institutionnels initiant la contractualisation de l'accompagnement

Comme nous l'avons vu précédemment, la validation institutionnelle crée le contenant de l'accompagnement. Cette validation implique un engagement de l'établissement à donner les moyens au candidat d'accéder à une préparation au concours à la fois externe mais également interne. En référence aux propos du directeur rencontré lors de notre enquête exploratoire⁵⁹, cet engagement institutionnel doit être effectif alors même qu'il n'existe sur l'établissement aucun besoin.

Au-delà de cette démarche, nous avons vu l'importance d'une validation plus individuelle du projet. Les professionnels interrogés parlent de reconnaissance de leur projet. Cette reconnaissance constitue selon nous les fondations du projet. Elle est comme le souligne un professionnel « *source de confiance en soi* ». Il importe donc que s'institue à l'initiative du directeur des soins, un temps initial avec le professionnel concerné. Ce temps permettra au professionnel d'entendre de la part du directeur des

⁵⁹ Supra, page15

soins, les éléments qui le conduisent à lui proposer ce parcours (si le projet n'est pas encore finalisé) ou à valider ce projet. Le guide d'évaluation constitue un support permettant d'objectiver avec le candidat les éléments qui conduisent l'établissement à investir ce projet. Ce temps doit permettre au professionnel de s'approprier ou non le projet. En effet, comme souligné précédemment⁶⁰, l'accompagnement reste une démarche partagée dans lequel deux personnes s'engagent. Si nous sommes dans le cadre d'un candidat n'ayant pas formulé de demande initiale, il s'agira de respecter un temps d'appropriation du projet, voir un refus de se l'approprier.

Une fois le projet validé par le directeur des soins et investi par le professionnel, il s'agira ensuite d'initier le projet d'accompagnement. Il importe à ce moment là que la direction de l'établissement puisse être partie prenante. Concrètement, nous préconisons une rencontre au cours de laquelle le candidat pourra exposer son projet au directeur de l'établissement et au directeur des soins. Rencontre au cours de laquelle, ce projet sera validé et où seront abordées les modalités de l'accompagnement qui sera mis en place.

Cet accompagnement devra se structurer autour des constats faits précédemment et notamment la nécessité d'une construction des représentations professionnelles.

3.3.2 Accompagner pour permettre la construction des représentations professionnelles.

Ce travail de construction des représentations professionnelles consiste à permettre au professionnel concerné, comme évoqué précédemment, de se distancier de la représentation sociale de la profession pour accéder à une représentation partagée. Ce travail est souvent engagé dès lors que le professionnel investit le projet. Il apparaît cependant essentiel, pour permettre au candidat un réel investissement, de lui proposer un parcours permettant une finalisation de la construction de ces représentations. En effet, nous avons constaté au cours de l'analyse des données que le projet devient concret dès lors que le professionnel a pu expérimenter certaines collaborations, voir certaines missions du directeur des soins. Cette expérimentation nécessaire est le moyen privilégié de construction des représentations professionnelles.

Ici encore, le référentiel métier de directeur des soins constitue un support privilégié. Il s'agit en effet, de s'appuyer sur les missions et activités référencées du directeur des soins en établissement. A partir de ces missions et activités, peut se structurer un parcours permettant une confrontation du professionnel avec des éléments de réalité. Ce parcours sera lié aux activités du directeur des soins dans son

⁶⁰ Supra, page 11

positionnement institutionnel, dans le champ de ses compétences propres et transversales⁶¹

De façon identique à la proposition précédente, nous proposons que soit constitué un livret recensant les « étapes » de ce parcours (Annexe III). Ce livret sera le support d'échanges réguliers avec le directeur des soins accompagnant le professionnel. Nous pointerons donc ci-dessous les éléments constitutifs de ce livret. Nous isolerons ainsi plusieurs axes de parcours au sein de l'institution visant à développer chez le professionnel concerné un regard différent et contextualisé de la fonction.

- En lien avec le positionnement institutionnel

Cet aspect de la fonction sera sans doute le plus difficile à investir. En effet, nous sommes ici confrontés au fait que cet aspect stratégique de la fonction s'exprime au sein d'instances peu accessibles en dehors d'une représentation institutionnelle. Toutefois une connaissance fine du projet d'établissement, des enjeux sur le territoire, du SROS mais aussi du contexte financier de l'établissement devrait permettre au professionnel de se constituer un positionnement personnel sur les orientations stratégiques de l'établissement. Ce positionnement pourra être éprouvé lors d'échanges avec le directeur des soins mais aussi le directeur de l'établissement. Il ne s'agit pas ici d'évaluer la pertinence de ce positionnement mais plutôt de constituer encore une fois des espaces propices à la confrontation de points de vue. Des échanges avec le directeur de l'établissement et le président de CME pourraient également favoriser une vision de ce qui est attendu d'un directeur des soins au niveau institutionnel. La participation à un projet stratégique pour l'établissement, par exemple mise en place d'une coopération avec un autre établissement ou évolution d'une activité de soin peut favoriser là aussi la capacité du candidat à se forger une représentation de cet aspect de la mission du directeur des soins.

- L'implication au sein de la coordination des soins

L'investissement dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre du projet de soins en constitue un des points essentiels. Les cadres ou cadres supérieurs de santé participent à la mise en œuvre au sein des pôles du projet de soins. Il s'agit ici de favoriser l'implication du professionnel à un niveau plus institutionnel. Cela peut se traduire par une participation au comité de pilotage (ou de suivi) du projet de soin. La mise en situation dans le cadre du pilotage d'un des axes de ce projet favorisera également un parcours « professionnalisant ». Cet investissement doit pouvoir donner lieu à des actions de

⁶¹ SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, mars 2010*. [visité le 25 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf, pages 5 et 6

communication au sein de l'établissement, notamment au sein de la CSIRMT. D'autres implications peuvent être favorisées en fonction des priorités de la coordination des soins.

- Une implication transversale

Nous retrouvons ici des axes forts de la mission du directeur des soins : l'implication dans la démarche qualité et gestion des risques. Cet investissement nous apparaît nécessaire pour le futur directeur des soins. La participation à la démarche de certification mais aussi à l'élaboration du plan de formation de la coordination des soins pourraient constituer un support à la construction des représentations.

Nous avons évoqué dans ce paragraphe un certain nombre d'actions auxquelles le professionnel pourrait participer pour tenter de construire une représentation professionnelle de la fonction de directeur des soins. Ce « parcours » proposé à titre indicatif doit cependant s'inscrire dans un contexte institutionnel mais aussi en fonction des besoins évalués au cours de temps d'échanges avec le directeur des soins. La valorisation des actions entreprises et constructions des représentations ne pourra se faire qu'au travers de temps nécessaires de confrontations avec les acteurs de l'établissement.

Ainsi, s'il apparaît nécessaire d'accompagner le professionnel dans la construction de ses propres représentations de la fonction de directeur des soins, cet accompagnement aura aussi pour objectif de le préparer à présenter le concours d'accès à la formation.

3.3.3 Accompagner le professionnel dans la préparation au concours

L'appropriation des différents aspects de la fonction évoqués précédemment est un des axes de la préparation au concours. Il est cependant intéressant que s'organise une préparation plus structurée autour de ce concours.

Le premier axe de cette préparation est nous semble-t-il dans l'engagement de l'institution et particulièrement en termes de formation. En effet, une préparation au concours avec un organisme extérieur permettra aussi au candidat de travailler certains aspects pour lesquels l'établissement ne dispose pas de ressources en internes (préparation aux épreuves écrites par exemple). Au-delà, il s'agira aussi pour le candidat d'une première confrontation de son positionnement et l'échange avec d'autres professionnels externes à l'établissement.

Enfin, l'opportunité pour le candidat de rencontrer au sein d'autres établissements des directeurs des soins ayant des pratiques différentes, des directeurs d'établissement doit être recherchée. En effet, la pluralité des modes d'exercice, des attentes des

institutions devrait également permettre une préparation plus adaptée au concours d'entrée.

Il peut bien sûr être envisagé dans le cadre d'une préparation à l'oral de constituer des jurys fictifs permettant une mise en situation du candidat.

A l'issue de ce paragraphe consacré à l'accompagnement du professionnel, il nous paraît important de rappeler que cette notion d'accompagnement s'entend dans un engagement mutuel. Si nous avons surtout abordé l'engagement du directeur des soins, nous n'oublions pas que l'engagement de l'accompagné (le professionnel devenu candidat) doit être entier. En effet, seul cet engagement lui permettra de se saisir des opportunités que lui offre l'établissement dans son parcours de construction identitaire et de préparation au concours.

CONCLUSION

Notre interrogation initiale portait sur la désaffection des candidats au concours d'entrée en formation de directeur des soins. Notre cheminement nous a conduit à réfléchir au rôle du directeur des soins dans cette problématique. Sa mission d'accompagnement du développement des compétences au sein des équipes dont il a la charge doit permettre un véritable engagement dans l'accompagnement des projets professionnels des cadres. Le projet d'accès à la fonction de directeur des soins constitue un de ces projets.

Au travers de ce travail de recherche, nous avons ainsi pu isoler des facteurs qui favorisent chez les cadres et cadres supérieurs de santé le projet professionnel d'accès à la fonction de directeur des soins.

L'inscription de l'accompagnement des professionnels dans la politique managériale de l'établissement est sans aucun doute un axe important. Cet axe ne dépend pas que du directeur des soins.

Cependant, nous avons constaté l'impact fort que pouvait avoir le directeur des soins à chaque étape de ce projet : de la sollicitation ou incitation jusqu'à l'accompagnement réel de la préparation.

Ce projet reste difficile à formaliser et l'action du directeur des soins doit pour cela se porter en amont de la formulation du projet. Accompagner le développement des compétences des cadres ne signifie pas simplement être à l'écoute des projets de ceux-ci. Il s'agit également de se donner les moyens d'évaluer les capacités de chacun et être force de proposition dans la construction des parcours professionnels.

C'est en effet au travers d'une évaluation structurée des potentiels mais aussi un accompagnement formalisé que les cadres et cadres supérieurs de santé pourront s'engager à leur tour dans la démarche.

Cette démarche n'est sans doute pas aisée à mettre en œuvre. En effet, bien souvent, la politique de gestion des métiers et compétences conduit le plus souvent à une réflexion à l'échelle de l'établissement. Les besoins identifiés au sein de l'établissement sont souvent à la source des pratiques d'accompagnement des projets professionnels. Il faut souvent en effet que se rencontrent un projet individuel et un besoin de l'institution.

Cette recherche pose en arrière plan la question de l'intérêt individuel et du collectif dans la pratique managériale. Jusqu'où est-il nécessaire ou raisonnable de mettre en œuvre des moyens humains et financiers au service de projets individuels ?

De manière générale, nous sommes enclins à penser qu'individuel et collectif sont indissociables et qu'une partie de la motivation des professionnels est construite sur la capacité des institutions et des managers à écouter et favoriser les projets d'évolution professionnelle quand la pertinence du projet a été évaluée. Evaluer la plus value en

termes de motivations, d'implication au travail est difficile. Il n'en demeure pas moins que nos organisations doivent pouvoir être également au service des professionnels qu'elles emploient. L'impact de la qualité de vie au travail sur la qualité des soins est aujourd'hui un mécanisme reconnu.

En ce qui concerne le projet d'accès à la formation de directeur des soins, la problématique se situe également à un niveau national. La question qui pourrait encore se poser au-delà de l'accompagnement de projets individuels est celle d'une faible connaissance de cette fonction et donc d'une valorisation. Cette valorisation doit-elle être effectuée à un niveau local ou national ?

Si nous avons fait le choix de nous engager dans cette formation c'est aussi parce qu'un coordonnateur général des soins nous a montré que cette fonction avait un sens et une importance au sein d'un établissement. Au-delà de la sollicitation à notre égard et des encouragements formulés, c'est aussi ce qu'il nous a donné à voir de l'exercice de cette fonction qui a construit nos représentations professionnelles.

Ainsi, à l'issue de ce travail de recherche, nous pensons que c'est aussi une mission de valorisation de cette fonction qui doit guider le directeur des soins que nous serons demain. Loin de prôner un prosélytisme concernant la fonction de directeur des soins au sein des établissements de santé, nous citerons cependant notre ministre de tutelle, Madame Marisol TOURAINE qui souligne l'importance de cette fonction au sein des établissements de santé : *« Au sein des équipes de direction, les directeurs des soins, assument également un rôle tout particulier dans cette période de réorganisations importantes des hôpitaux et plus largement de notre système de santé. Organiser les équipes, anticiper les nouvelles fonctions ou les nouveaux métiers, piloter la formation, structurer au mieux la prise en charge des patients, participer aux choix stratégiques de vos établissements, leur rôle sera déterminant pour mieux structurer les parcours de soins que je souhaite promouvoir dans le cadre de la stratégie nationale de santé »*⁶²

⁶² SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Présentation du pacte de confiance à l'hôpital, Discours de Marisol Touraine, Lundi 4 mars 2013*, [visité le 9 octobre 2013], disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/presentation-du-pacte-de-confiance,15635.html>

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 22 avril 2009], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=EB752A4080FAE770ACC5EB669DFC5C15.tpdjo11v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
- MINISTERE DE LA SANTE, Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics[en ligne]. Journal officiel du 15 avril 1975 page 3927 [visité le 1^{er} juin 2013], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=FE84B51C5C63811C3FCF7C652C537C86.tpdjo11v_1?idArticle=LEGIARTI000006708295&cidTexte=LEGITEXT000006062303&dateTexte=19881231
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°90-956 du 26 octobre 1990 modifiant le décret n° 72-1079 du 6 décembre 1972 et relatif à la commission médicale des établissements d'hospitalisation publics[en ligne]. Journal officiel, n°250 du 27 octobre 1990 [visité le 1^{er} juin 2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006076682&dateTexte=20090716>
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. [En ligne]. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2002. Visité le 25 avril 2013, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=37C8282DB0532E9A0803165ED4723DBE.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000000413623&categorieLien=id
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, [page visitée le 25 avril 2013], disponible sur internet, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866206&dateTexte=&categorieLien=id>

- MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, [visité le 23 avril 2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=&categorieLien=id>

DOCUMENTS MINISTERIELS :

- SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation [En ligne]. Mars 2010.* [visité le 25 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf
- SITE DU MINISTERE DE LA SANTE, *Présentation du pacte de confiance à l'hôpital, Discours de Marisol Touraine, Lundi 4 mars 2013,* [visité le 9 octobre 2013], disponible sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/presentation-du-pacte-de-confiance,15635.html>

OUVRAGES :

- BLIN, J.F., 1997, collection action et savoir, Représentations, pratiques et identités professionnelles, Paris, 224 pages.
- DUBAR C., 2000, La socialisation, 3ème édition, Armand Colin, 240 pages.
- DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance hospitalière, l'organisation en pôles d'activité*, Heures de France, Collection Droit professionnel, 88 pages.
- JODELET, D., éd. 1989, Sociologie d'aujourd'hui, 5ème éd., Les représentations sociales, Paris, Presses Universitaires de France, 447 pages.
- PAUL M., 2004, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Harmattan , 352 pages.
- RUANO-BORBALAN J.C. (coll), 1998, *L'identité, l'individu, le groupe, la société*, Sciences humaines, 394 pages.
- SAINSAULIEU R., 1988, *L'identité au travail*, 3^{ème} édition, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 477 pages.
- SAINSEALIEU I. (dir), 2008, *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Gestion des ressources humaines, collection fonction cadres de santé, Lamarre, 220 pages.

ARTICLES :

- ACKER F., Mars 2012, « *Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et métiers* », Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières, Revue sociologie santé, n°35, Pages 57 à 76.
- ALI AÏT A., Novembre 2008, « *La profession, de la notion au concept sociologique* », Soins cadres de santé, n°68, pages 46 à 48.
- ANTHONY-GERROLDT H., Mars 2013, « *Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution.* », Soins Cadres, n° 86, pages 19 à 22.
- BOURRET P., Mars 2012, « *Cadres de santé : une évolution de carrière du personnel paramédical, pour quel travail ?* », Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières, Revue sociologie santé, n°35, Pages 77 à 92.
- CLAUSSE-DURIF C., février 2011, « *Directeur des soins : un corps professionnel en évolution* » - *Gestion hospitalière*, n°503, pages 105 à 114.
- DE MONTALEMBERT L., Septembre 2012, « *Directeur des soins : un métier en mutation* », Objectif soins et management, n° 208, pages 24 à 26
- DIVAY S., GADEA C., « *Les cadres de santé face à la logique managériale* », Le collectif soignant : mythe ou réalité, Revue française d'administration publique, n° 128, pages 677 à 687.
- DUPUY O., octobre 2007, « *Gouvernance hospitalière : quelle autorité du responsable de pôle sur les cadres de santé ?* », *Objectif soins* n° 159, Pages 28 à 30.
- FERRONI I., KOBER-SMITH A., septembre 2005, « *La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne* », Revue Française de sociologie, volume 46, n°3, pages 469 à 494.
- FERRONI I., KOBER-SMITH A., septembre 1995, « *L'autonomie des infirmières, une comparaison France-Grande Bretagne* », Sciences sociales et santé, Volume 13, n° 3, Pages 35 à 68.
- GUILLON A., mai 2013, « *Vers une nouvelle identité pour les cadres supérieurs de santé ?* », Soins Cadres, n° 86, pages 30 à 32.
- HAUTEMULLE M., février 2012, « *L'impact variable des pôles* », *Objectifs soins*, n°203, pages 24 à 26
- NICOLET M., mai 2013, « *Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management* », Soins Cadres, n° 86, pages 39 à 42.
- OUHARZOUNE, Y., Août 2013, Entretien avec S. MICHAUD, « *Le directeur des soins est un acteur économique et promoteur de santé* », Soins Cadres, n° 87, pages 5 à 7.
- PAUL M., Septembre 2012, « *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient* », Recherche en soins infirmiers, n° 110, pages 13 à 20.

- PRUVOT Nicolas, mai 2013, « *La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle* », Soins Cadres, n° 86, pages 43 à 46.
- REINHARDT S., Mars 2012, « *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quel processus de construction des compétences ?* », Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières, Revue sociologie santé, n°35, Pages 332 à 336.
- SAINSEAULIEU I., 2008, « *L'encadrement à l'épreuve du management* », Le collectif soignant : mythe ou réalité, Revue française d'administration publique, n° 128, Pages 665 à 675.
- SCWEYER F.-X., Avril 2013, « De quelques évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres » - *Revue hospitalière de France*, n°551, pages 16 à 20

RAPPORTS :

- SITE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION, Rapport d'activité du Centre national de gestion, année 2011, [page consultée le 12 février 2013], disponible sur internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Activite_2011_2.pdf.
- SITE DU CENTRE NATIONAL DE GESTION, Rapport d'activité du Centre national de gestion, année 2012, [visité le 22 août 2013], disponible sur internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012_v2.pdf

THESES ET MEMOIRES :

- HOLCMAN, R, Thèse 2006, *l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, 231 pages. [page consultée le 16 juillet 2013]. Disponible sur internet <http://www.robertholcman.net/index.php?post/2008/01/01/These>

DOCUMENTS ELECTRONIQUES :

- SITE DE L'ASSOCIATION FRANCAISE DES DIRECTEURS DE SOINS, Lancement de la campagne de promotion du métier de directeur des soins, 14 mai 2012, [page consultée le 10 mars 2013], disponible sur internet : <http://www.directeurdessoins-afds.com/ActusP.asp?IDactu=549>
- SITE LEGIBASE SANTE, Lettre Légibase santé, n° 86, Revalorisation des trois corps de direction : le protocole d'accord statutaire a été signé le 29 juillet 2011, [page visitée le 5 mai], disponible sur internet : <http://www.sante.legibase.fr/newsletter/86>

SITES INTERNET

- SITE DE L'ASSOCIATION FRANCAISE DES DIRECTEURS DE SOINS (AFDS), [page consultée le 1^{er} juin 2013], <http://www.directeurdesoins-afds.com/metier.asp#1>;
- Site du ministère de la santé. *Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, mars 2010*. [visité le 25 avril 2013]. Disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf
- SITE LEGIBASE SANTE : Lettre Légibase santé, n° 86, *Revalorisation des trois corps de direction : le protocole d'accord statutaire a été signé le 29 juillet 2011*, [page visitée le 5 mai], disponible sur internet : <http://www.sante.legibase.fr/newsletter/86>

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	Tableau statistique des candidatures au concours d'entrée de directeur des soins entre 2002 et 2012 Transmis par mail par Mr JP HURTAUD – Chef de l'unité « concours administratifs nationaux » au Centre National de Gestion – 12 février 2013
Annexe II	Questionnaire adressé via « Google » aux EDS 2013
Annexe III	Guide d'entretien
Annexe IV	Guide d'évaluation du potentiel des cadres et cadres supérieurs à s'inscrire dans un projet de directeur des soins
Annexe V	Exemple de parcours de construction du projet de directeur des soins

Annexe I : Tableau statistique des candidatures au concours de directeur des soins

Année	Postes ouverts	Candidats présents	% de Présents	Admissibles	Admis	Ratio Postes/Admis	Taux de réussite Admis/Présents
2002							
Externe	13	0	0,00%	0	0	0,00	0,00%
Interne	116	227	99,13%	127	76	0,66	33,48%
Total	129	227	99,13%	127	76	0,59	33,48%
2003							
Externe	8	1	100,00%	1	0	0,00	0,00%
Interne	88	222	98,23%	108	74	0,84	33,33%
Total	96	223	98,24%	109	74	0,77	33,18%
2004							
Externe	11	0	0,00%	0	0	0,00	0,00%
Interne	97	223	99,11%	113	68	0,70	30,49%
Total	108	223	99,11%	113	68	0,63	30,49%
2005							
Externe	10	4	100,00%	2	0	0,00	0,00%
Interne	82	197	97,52%	109	69	0,84	35,03%
Total	92	201	97,57%	111	69	0,75	34,33%
2006							
Total	PAS DE CONCOURS TOUTES FILIERES CONFONDUES						
2007							
Externe	6	1	33,33%	1	1	0,17	100,00%
Interne	64	200	96,15%	113	69	1,08	34,50%
Total	70	201	95,26%	114	70	1,00	34,83%
2008							
Externe	3	4	100,00%	1	1	0,33	25,00%
Interne	34	132	97,78%	72	36	1,06	27,27%
Total	37	136	97,84%	73	37	1,00	27,21%
2009							
Externe	3	2	100,00%	0	0	0,00	0,00%
Interne	31	126	97,67%	73	33	1,06	26,19%
Total	34	128	97,71%	73	33	0,97	25,78%
2010							
Externe	4	1	100,00%	0	0	0,00	0,00%
Interne	31	106	95,50%	60	31	1,00	29,25%
Total	35	107	95,54%	60	31	0,89	28,97%
2011*							
Externe	4	1	100,00%	1	1	0,25	100,00%
Interne	31	92	97,87%	63	34	1,10	36,96%
Total	35	93	97,89%	64	35	1,00	37,63%
2012							
Externe	4	4	100,00%	1	1	0,25	25,00%
Interne	36	77	97,47%	58	34	0,94	44,16%
Total	40	81	97,59%	59	35	0,88	43,21%

ANNEXE II : Questionnaire adressé via « Google » aux EDS 2013

Enquête EDS 2013

Vous êtes ?

Homme

Femme

Votre âge

Metiers et études antérieures au métier paramédical

Année de diplôme initial paramédical (infirmier, manipulateur, kiné, labo)

Avez-vous effectué une spécialité ?

OUI

NON

Si oui laquelle ? En quelle année ?

Année d'obtention du Diplôme de cadre de santé ?

Concours sur titre de cadre supérieur ?

OUI

NON

Date d'obtention du concours sur titre de cadre supérieur ?

Autres diplômes obtenus ? Années ?

Postes de cadres occupés ? Citez les différents postes et la durée approximative de chacun



Postes de cadres supérieurs occupés ? Citez les différents postes et la durée approximative



Avez-vous fait fonction de directeur des soins ? Combien de temps ?



Missions transversales exercées ? Années ? Citez les plus importantes et datez les à peu près - missions institutionnelles et d'enseignement



Ces missions vous ont-elles conduit à collaborer plus avec :

- Le directeur des soins
- Le DRH
- Le directeur financier
- Le directeur des services logistiques
- Le DG ou le DGA
- Autre :

Diriez-vous que vos missions ont évoluées après votre décision et l'annonce de votre projet professionnel DS ?

- OUI
- NON

En quoi ?



Pourquoi à votre avis ?



En quelle année avez vous envisagé pour la première fois l'exercice du métier de DS ?

quels sont les éléments déclencheurs de ce projet ?

Exerciez-vous d'autres activités professionnelles ? Formateur pour un organisme privé par exemple

OUI

NON

Lesquelles ?

Aviez vous (ou avez vous) un engagement associatif, militant, politique ?

OUI

NON

Lesquels ? Merci de précisez les dates

Vos dernières années d'exercice en tant que cadre ou cadre supérieur, comment qualifieriez vous votre collaboration avec le directeur des soins de votre établissement ?

Commentaires

Annexe III : Guide d'entretien

- **Comment avez-vous eu l'idée de devenir DS ?**
 - Quelle origine ? Qu'est-ce qui vous a donné envie ?
 - Une rencontre ?
 - Votre pratique professionnelle ?
 - Avec qui l'avez-vous partagé? Le directeur des soins ? D'autres professionnels ?
 - Cette idée a-t-elle été facile à accepter ? Pourquoi ?
 - Qu'est ce qui vous a aidé à prendre cette décision ?
 - Qu'est ce qui vous a attiré dans cette fonction ?

- **Racontez-moi votre cheminement depuis cette idée ?**
 - Quel a été le délai entre l'idée et le concours ?
 - Votre préparation a-t-elle été prise en charge par votre établissement ?
 - En dehors de cette préparation comment et avec qui vous êtes vous préparé ? pendant combien de temps ?
 - Comment s'est construite votre représentation ?
 - Sur quoi s'est appuyée cette construction ?
 - Comment qualifieriez-vous ce cheminement ?

- **Présentation :**
 - Age – Filière – année de diplôme initial – spécialisation – année de diplôme cadre
 - Postes de cadres occupés
 - Missions transversales

- **Poste occupé au moment de l'engagement dans le projet**
 - Type de poste ? cadre de santé ? cadre supérieur ? cadre de pôle ?
 - Ancienneté dans la fonction ?
 - Evolution dans le poste pendant la préparation ?
 - Type de collaboration avec le directeur des soins ?

- **Etablissement**
 - Politique de ressources humaines en matière de projet professionnel ?

Annexe 2 : Guide d'évaluation du potentiel des cadres et cadres supérieurs à s'inscrire dans un projet de directeur des soins

Compétences stratégiques	Eléments d'appréciation
Propose une analyse de l'activité de soins du service ou du pôle	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi et analyse d'activité (tableaux de bord) - Projet de soins de l'unité/du pôle : élaboration et mise en œuvre (fiches actions) - Rapport d'activité
Met en lien l'activité du service/du pôle avec celle de l'établissement et des données plus générales (épidémiologiques, SROS...)	
Propose, en lien avec une analyse de l'activité, des évolutions d'organisation des soins	
Participe à l'évolution des dispositifs de soins en collaboration avec équipe médicale	
Propose une déclinaison du projet d'unité /pôle	
Compétences de coordination	Eléments d'appréciation
Planifie, organise, et assure la répartition des ressources au sein du service ou du pôle	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des plannings, des remplacements - Temps de réunions - Recrutements - Attractivité, Turn-over - Rencontres partenaires
Décide, négocie et arbitre au sein de(s) l'équipe(s) dont il a la charge	
Assure une animation de(s) équipe(s), favorise la cohérence des actions	
Développe une collaboration avec équipes médicales et autres disciplines	
Compétences opérationnelles	
Analyse et évalue les pratiques de soins au sein de l'unité ou du pôle	<ul style="list-style-type: none"> - Initiation d'évaluation des pratiques - Utilisation des ressources informatiques et qualité - Suivi des procédures (contrôle) - Réactivité aux demandes et traçabilité
Communique avec l'ensemble des interlocuteurs	
Utilise de manière efficace les technologies de l'information et de communication	
Utilise les méthodes de traçabilité, de contrôle qualité	
Utilise les systèmes d'informations et de communication	
Connaissances	
Règles d'éthique et professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Projets conduits - démarches qualité - transmissions d'informations (synthèses ?) - recherche d'information - formations
Activités de soins	
Conduite du changement et sociologie des organisations	
Gestion de projet	
Management et rendre compte	
Gestion administrative et financière	
Droit hospitalier	
Qualité et gestion des risques	
Investissement institutionnel	
S'associe à la réflexion institutionnelle	Groupes de travail, CSIRMT, certification, démarches qualité gestion des risques...
Investit les espaces transversaux	

Annexe V : Exemple de parcours de construction du projet de directeur des soins

ACTIVITES		Moyens mis en œuvre	Temps d'échanges
Activités liées au positionnement institutionnel	Participation au positionnement stratégique de l'établissement	- Aspects économiques liens avec les choix de l'établissement - Participation à un projet stratégique	- Directeur d'établissement - Directeur financier - Président CME
	Conception de la politique de soins	- Connaissance du SROS/ lien avec le projet établissement et le projet de soins - Participation à l'élaboration du projet de soins	- Directeur des soins
	Conception et évolution des structures	- Participe ou a connaissance des évolutions de structures / liens avec aspects économiques et environnementaux	
	Négociation des contrats de pôle		- si besoin entretien avec cadre paramédical de pôle
Activités dans le champ de compétences propres	Définition du projet de soin	Participation au groupe de suivi Pilotage d'un axe du projet de soins	
	Organisation de la cohérence des parcours de soins		- le directeur des soins, - le président de CME
	Animation coordination des activités des cadres soignants	Participation aux réunions d'encadrement	- le directeur des soins
	Développement de la recherche en soins	Participe aux actions de promotion Formation	
	Accueil et encadrement des étudiants	Participation au niveau du pôle Mission spécifique sur ce dossier	- le directeur des soins - directeur d'IFSI/IFAS
Activités transversales	GPMC DPC	Participation à l'élaboration du plan de formation Recrutement	- directeur des soins
	Qualité et sécurité des soins/ certification	Investit un axe de la qualité et sécurité des soins	- directeur des soins - directeur qualité

NICOLAS

Michel

Décembre 2013

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2013

DE LA FONCTION CADRE A CELLE DE DIRECTEUR DES SOINS : Quel accompagnement par le directeur des soins en établissement ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le Centre National de Gestion fait état d'une diminution régulière depuis 2005 des candidats cadres au concours d'entrée en formation de directeur des soins. Ce constat conduit à s'interroger sur le contexte de cette désaffection.

Le présent travail de recherche s'intéresse spécifiquement au rôle du directeur des soins dans le repérage, et l'accompagnement des candidats au concours.

Dans un contexte de forte évolution des organisations hospitalières, les places des acteurs et notamment des professionnels de l'encadrement se trouvent interrogées.

La construction d'un projet d'accès à la fonction de directeur des soins semble impactée par ce contexte.

De fait, la lisibilité du contenu de la fonction est moindre si le professionnel n'exerce pas dans une proximité professionnelle avec celui-ci. L'accompagnement vers la construction des représentations professionnelles prémisses d'une nouvelle identité professionnelle doit alors être renforcé.

Ainsi, au travers de cette recherche, il est possible de repérer différentes étapes du processus qui conduit le cadre de santé vers l'accès au concours. Ces étapes vont du repérage des potentiels à l'accompagnement concret du projet.

A chacune de ces étapes, l'institution doit pouvoir s'engager et accompagner le professionnel. Le directeur des soins est un des acteurs essentiel de cet accompagnement.

Mots clés :

Directeur des soins, cadres de santé, cadre supérieur de santé, cadre paramédical de pôle, projet professionnel, accompagnement, représentations professionnelles.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.