



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

---

**La politique managériale du directeur  
des soins : une adaptation efficiente  
des cadres de santé aux changements  
et aux contraintes**

---

**Christine Sauvageot**

---

# Remerciements

---

Cette année de formation s'inscrit dans un parcours professionnel fait de rencontres, d'échanges, de questionnements et de doutes parfois.

Je souhaite remercier l'ensemble des professionnels qui ont partagé cette année avec moi et qui m'ont accompagnée sur ce chemin, en particulier :

- les enseignants de l'EHESP,
- mes collègues de la promotion Charlie pour leur soutien,
- Nicole et Brigitte pour le partage d'expériences,
- Emmanuel pour ses conseils et sa disponibilité.

Ce travail est particulièrement dédié à mes enfants pour leur confiance indéfectible.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
1 La politique managériale : levier d'évolution en milieu hospitalier .....	8
1.1 La politique managériale du directeur des soins.....	8
1.1.1 La politique managériale .....	8
1.1.2 Le management .....	8
1.1.3 Les acteurs à l'hôpital.....	10
1.2 Pour une adaptation efficiente des cadres aux changements et aux contraintes	16
1.2.1 Les changements et contraintes dans le milieu hospitalier .....	16
1.2.2 Une adaptation efficiente par l'accompagnement. ....	17
2 Immersion professionnelle en milieu hospitalier : regards croisés .....	20
2.1 Observations en stages.....	20
2.1.1 Stage 1 .....	20
2.1.2 Stage 2 .....	23
2.2 Recueillir des éléments complémentaires .....	26
2.2.1 Un questionnaire destiné aux cadres .....	26
2.2.2 Résultats des questionnaires .....	27
2.3 Analyse croisée des situations observées et des questionnaires .....	34
3 Des propositions pour agir.....	36
3.1 Structurer et rendre lisible .....	36
3.2 Renforcer la professionnalisation .....	39
3.3 Cultiver la cohérence.....	42
3.4 Développer l'évaluation et une politique d'amélioration continue de la qualité ...	45
Conclusion .....	49
Bibliographie .....	I
Liste des annexes .....	VI

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFDS** : Association Française des Directeurs des Soins  
**ANACT** : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
**APM** : Analyse des Pratiques Managériales  
**APP** : Analyse des Pratiques Professionnelles  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CGS** : Coordonnateur Général des Soins  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CME** : Commission Médicale d'Etablissement  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CP** : Cadre de Pôle  
**CS** : Cadre de Santé  
**CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques  
**CSS** : Cadre Supérieur de Santé  
**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins  
**DIM** : Département d'Information Médicale  
**DS** : Direction des Soins  
**EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
**EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale  
**FFCS** : Faisant Fonction de Cadre de Santé  
**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire  
**GPMC** : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HPST** : Hôpital Patients Santé et Territoires  
**IFCS** : Institut de Formation des Cadres de Santé  
**IGAS** : Inspection Générale de l'Action Sociale  
**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique  
**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**RMFPH** : Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière  
**RPS** : Risques Psycho Sociaux

## Introduction

L'organisation hospitalière vit de profonds changements depuis plusieurs années ; évolutions législatives et réglementaires, crise financière du système de santé, innovations technologiques, place de l'utilisateur, des acteurs de la santé, besoins en compétences nouvelles dans le cadre des parcours de soins au sein des territoires de santé.

Ces évolutions ont fait l'objet de différentes attentions décrites au sein de rapports et accompagnées de diverses préconisations vis à vis des cadres. En 2009, C. De Singly, dans le rapport de la mission des cadres hospitaliers mettait en avant le rôle central du cadre comme « élément crucial »<sup>1</sup> mais aussi « des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle, un besoin d'être aidé, un besoin de reconnaissance et de confiance »<sup>2</sup>.

Parmi les préconisations du rapport on retrouvait : définir et faire connaître la ligne managériale, renforcer le rôle managérial en développant la participation effective des cadres aux décisions. E. Couty, en 2013, évoquait quant à lui « la nécessité de reconnaître et de réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution »<sup>3</sup>.

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 avec la gouvernance polaire a modifié la structuration des établissements à travers le dimensionnement des pôles et le positionnement de l'encadrement (cadre de pôle, cadre responsable d'unité de soins) dans l'implication aux processus de décision, comme décrit dans le guide HAS<sup>4</sup>.

Il est pourtant toujours question du malaise des cadres que D. Monneuse<sup>5</sup> cite avec, en particulier, un malaise identitaire, un sentiment d'iniquité, un mal-être.

M. Detchessahar nous apporte des éléments sur les difficultés rencontrées par les cadres : « Moins nombreux, donc contraints de superviser un plus grand nombre de personnels, avec des responsabilités accrues, des marges de manœuvre limitées, un élargissement de l'éventail des tâches à effectuer et au cœur de paradoxes engendrés par la logique de performance, ils sont depuis quelques années déjà bien malmenés »<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> DGOS- Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009, <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ministère de la santé et des affaires sociales-pacte de confiance pour l'hôpital présenté par Edouard COUTY, 2013, <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html>

<sup>4</sup> HAS, janvier 2005, « guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé »

<sup>5</sup> MONNEUSE D, mars 2014 *Le silence des cadres, enquête sur un malaise*, Edition Vuibert, pp74-76

<sup>6</sup> JULIE.D, février 2015, « cadres de proximité, une activité empêchée », Objectifs Soins et Management N° 233, pp 6-7

Dans le rapport de l'inspection générale de l'action sociale (IGAS) en 2010<sup>7</sup> M. Yaël et C. Mounier préconisaient l'accompagnement des cadres par un tutorat de type coaching.

Lors de notre expérience antérieure, de cadre supérieur de santé, de cadre de pôle, et de directrice des soins faisant fonction, nous avons été confrontés à de multiples difficultés de l'encadrement de proximité de type : positionnement, gestion individuelle ou collective dans l'exercice de leurs différentes missions. Leur activité est soumise à l'incertitude, l'imprévisibilité et les tensions et nécessite adaptation, négociations complexes avec des manières d'encadrer différentes. Pour preuve M. Detchessahar a décrit les cadres comme des « managers empêchés »<sup>8</sup>, happés par d'autres exigences, leur place et leur positionnement restent complexes. Au cœur des réorganisations, au carrefour des différentes logiques : soignantes, médicales, administratives, ils managent des équipes en répondant aux exigences réglementaires, de certification ainsi qu'aux nécessaires besoin de sécurité, de qualité et de continuité des soins délivrés aux usagers. Ils sont peu cités dans les réformes et pourtant ils sont les principaux leviers de changements dans leurs mises en œuvre.

Différentes formes d'accompagnement, individuel, collectif, de formation ont été proposées. Nous avons souhaité nous former au management par le coaching en 2012 pour accompagner certains cadres en difficultés.

Les insatisfactions des cadres, qu'ils soient de pôle ou responsable d'unités de soins, portent prioritairement sur la réalisation de leurs missions, la performance des cadres de proximité, l'accompagnement individualisé, ce qui nous a amené lors des stages à nous intéresser à cette thématique.

Dans le cadre du stage 1, la politique de la direction des soins en matière de ressources humaines est intégrée au projet de soins. Le coordonnateur général des soins, depuis deux ans souhaite, dans le cadre des axes transversaux de la direction des soins, inscrire au plan de formation « coaching, management, bientraitance » pour l'ensemble des cadres. Cette démarche est motivée par les attentes du coordonnateur général des soins (CGS) vis-à-vis de l'encadrement en matière de management comme décrit dans l'axe bientraitance du projet de soins.

Lors du stage 2, dans le cadre du projet de soins, en cours d'écriture, un axe spécifique est consacré au management. À travers différents entretiens et ou réunions de régulation avec les cadres de santé, différentes situations sensibles sont apparues telles

---

<sup>7</sup> YAEL.M MOUNIER.C, 2010, Rapport IGAS « quelles formations pour les cadres hospitaliers ? »

<sup>8</sup> JULIE.D, février 2015, « cadres de proximité, une activité empêchée », Objectifs Soins et Management N° 233, pp 6-7

que : changement d'affectation, prise de poste, future affectation à la sortie de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS).

En synthèse de ces deux stages, il nous a été permis d'appréhender la structuration de la direction des soins, à travers la place de la politique managériale, des besoins en compétences, de la gestion quantitative et qualitative de l'encadrement des soins.

Le directeur des soins, « responsable de l'organisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre de ces activités dont il assure l'animation et l'encadrement, sous la responsabilité du chef d'établissement ».<sup>9</sup>

Aussi, en cohérence avec les orientations de l'établissement il se doit de définir une politique managériale et une stratégie d'accompagnement et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement soignant afin que celui-ci puisse : « renouveler la vision qu'il se fait de l'organisation et, de ce fait, la manière de conduire et de s'y conduire »<sup>10</sup>, comme le dit M. Hees, avec pour objectif de faire face aux changements et aux contraintes.

Le passage à la logique polaire a également introduit un rapport à la production à travers la tarification à l'activité à taux plein, ce nouveau regard de la recherche de l'efficience n'a-t-il pas contribué aux difficultés et ou aux incapacités des cadres à gérer des situations complexes car pas préparés à la compréhension des enjeux et de leurs portées ?

De quelles adaptations à l'emploi ont-ils pu bénéficier alors que leur formation date de 1995 et que la réingénierie est en cours depuis 2011 ? Le changement de posture des cadres a-t-il été accompagné ?

La politique managériale au sein du stage 1 peut être définie comme attractive. Il existe un dispositif d'accueil et d'intégration pour l'encadrement ainsi qu'un parcours de sélection structuré. Cet accompagnement a-t-il un impact sur la fidélisation des cadres de santé ?

Une mission d'évaluation, interne, de prévention des risques et des contraintes psychologiques et organisationnelles réalisée en 2012 faisait apparaître un certain nombre de facteurs de risques : « manque de reconnaissance, charge de travail essentiellement émotionnelle et élevée, un faible soutien social de la hiérarchie entraînant des conflits de valeurs »<sup>11</sup>. Qu'en est-il de l'évaluation à moyen et long terme ?

---

<sup>9</sup> 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

<sup>10</sup> HEES M, 2010, « le management à l'hôpital, science, art, magie ? », Ed Séli Arslan, Paris, p 9

<sup>11</sup> Mission évaluation de prévention des risques et contrainte psychologiques et organisationnelles GRANGE.E, 2012, stagiaire Master 2 professionnel « psychologie sociale, du travail et des RH »

L'accompagnement des cadres par les cadres de pôle est hétérogène : rendez-vous à la demande, hebdomadaire, etc. Le dimensionnement des pôles est variable : selon les pôles de 3 à 14 cadres pour un cadre de pôle.

Un ajustement de la réponse est-il réalisé au regard de ses variables de tailles et ou de demandes ?

Les constats de nos deux stages associés aux différents rapports nationaux et aux changements de l'organisation hospitalière mettent en évidence les difficultés multiples rencontrées par les cadres.

Ce qui nous amène à poser la question de recherche suivante :

**En quoi la politique managériale du directeur des soins permet une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes ?**

Et se décline avec différentes sous questions :

- Qu'est-ce qu'une politique managériale du directeur des soins ?
- Quelle déclinaison ?, quelles modalités d'accompagnement pour les cadres ?
- Comment optimiser leurs compétences pour une adaptation efficiente ?
- Quelles attentes des différents acteurs, dans le cadre de la politique managériale ?

Dès lors, en référence aux champs de compétences du directeur des soins, et en particulier, « structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels para médicaux »<sup>12</sup> et « management de l'encadrement partagé et institutionnalisé »<sup>13</sup>, il s'agit, pour le directeur des soins, de décliner une politique managériale qui favorise, le recrutement, l'adaptation à l'emploi et l'accompagnement de l'encadrement.

Ce sont ces questions et ces axes de travail que nous avons choisi d'explorer dans le cadre de nos deux stages.

A partir d'un cadre théorique et conceptuel portant sur la politique managériale, les acteurs, les changements et contraintes et les adaptations, nous recueillerons des éléments exploratoires (échanges avec les directeurs des soins, entretiens avec des cadres supérieurs de santé, de pôle et ou en missions transversales), et complémentaires (questionnaire adressé à l'encadrement, de pôle, responsable d'unité de soins) au sein de

---

<sup>12</sup> EHESP. 2015, Direction des études, filière de formation des directeurs de soins, Référentiel de compétences des directeurs des soins, Rennes

<sup>13</sup> Ibid.

deux établissements de tailles semblables en termes de lits et places (l'un MCO, l'autre EPSM) et de régions différentes. L'analyse croisée nous amènera à formuler des préconisations projectives en lien avec nos futures fonctions.

# 1 La politique managériale : levier d'évolution en milieu hospitalier

## 1.1 La politique managériale du directeur des soins

### 1.1.1 La politique managériale

En ce qui concerne la politique elle peut se définir comme la manière de diriger<sup>14</sup>, la manière concertée d'agir et trouve comme synonyme la stratégie. L'associer à « managériale » conduit à la rapporter au management, qui englobe toutes les techniques liées à la direction, l'organisation et la gestion d'une entreprise mais aussi à ces dirigeants.

La politique managériale s'adresse à l'ensemble de l'encadrement hospitalier. « Le processus de rationalisation de l'hôpital a favorisé la constitution d'un encadrement technique, soignant et administratif. Son activité a dû s'adapter à la transformation des environnements de travail, qui restent toutefois sous la double influence des professions et de l'administration »<sup>15</sup>.

Parmi les préconisations de C. de Singly en 2009, on retrouve « un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale »<sup>16</sup> en invitant les établissements à définir leur organisation, en fixant des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial. Il s'agit, à partir de ses propositions, de faire connaître la ligne managériale par la définition des rôles et des missions de l'ensemble de l'encadrement, de préciser les engagements en matière de politique de l'encadrement et d'évaluer les pratiques managériales et la politique mise en place.

E. Couty soulignait, quant à lui l'importance de réaffirmer les principes du management et les valeurs éthiques du management par le biais d'une charte de management.

### 1.1.2 Le management

La politique managériale au sein des établissements de santé, qu'elle fasse l'objet d'un projet, d'une charte au sein du projet d'établissement, du projet social et ou du projet de soins, renvoie à des pratiques « qui se maîtrisent principalement par l'expérience et qui sont ancrées dans un contexte »<sup>17</sup>. Le but du management, selon H. Mintzberg, consiste à faire

---

<sup>14</sup> [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

<sup>15</sup> SCHWEYER F.X, mars-avril 2013, « de quelques évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres » Revue hospitalière de France N° 551 pp 16-20

<sup>16</sup> DGOS- Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009, <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>

<sup>17</sup> MINTZBERG H, 2009, « Manager », *ce que font vraiment les managers*, Edition Vuibert, pp 20-21

en sorte que les choses s'accomplissent au sein des organisations. Le management peut s'exercer « au centre d'un triangle à la confluence de l'art, l'artisanat et la science »<sup>18</sup>.

Parler de management dans les établissements de santé c'est « se doter d'un ensemble de concepts, grilles de lecture, outils méthodes, dispositifs, principes et pratiques pour permettre à un collectif de satisfaire au mieux des objectifs communs »<sup>19</sup>. Dans le cadre du rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé<sup>20</sup>, parmi les recommandations il est question de « manager les managers »<sup>21</sup> pour créer une culture commune et s'appuyer sur des repères, outils et méthodes partagées.

Le mode de management, à tous les niveaux, selon E. Couty, doit être participatif en tant que facteur essentiel de retour de la confiance. Avec la recherche d'efficacité, la maîtrise des coûts, les réorganisations, le nouveau management public, à partir de l'expérience du secteur privé, s'introduit dans les établissements de santé. S. Damart développe, quant à lui, le concept de management intégratif, issu des travaux de M.P. Follet. L'une des conditions du management intégratif est l'engagement de chacun dans l'institution. « Le manager adopte une posture managériale qui permet à chacun de prendre sa place dans le groupe et qu'ainsi des processus intégratifs, créatifs puissent se mettre en place »<sup>22</sup>.

A travers les différents styles de management décrits dans la littérature, directif, persuasif, participatif ou délégatif, nous nous intéresserons plus particulièrement au management situationnel<sup>23</sup>. Adopter ce mode de management demande d'utiliser l'autonomie des personnes ou des groupes, d'évaluer cette autonomie et en fonction du niveau d'autonomie d'adapter le choix du style de management. En cela il s'agit d'adapter ses comportements en fonction des besoins de son environnement.

Comme le dit D. Tissier, « il passe par le développement des personnes dont le manager a la responsabilité, ce développement assurant à terme la réussite collective »<sup>24</sup>.

Selon P. Conjard, coordinateur à l'agence nationale pour les conditions de travail (ANACT), « le management a perdu de vue son rôle de soutien et de régulation et s'est éloigné de la mission fondatrice de sa fonction : comprendre et soutenir ses équipes, faciliter les coopérations entre individus, développer la capacité des salariés à réaliser des arbitrages

---

<sup>18</sup> MINTZBERG H *ibid.*

<sup>19</sup> DAMART S, 2013, « Innovations managériales en établissement de santé », Edition management et société EMS p 26

<sup>20</sup> Synthèse du rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé, 2011, p 4

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> DAMART S p 134

<sup>23</sup> TISSIER.D, avril 2001, « Management situationnel », *Vers l'autonomie et la responsabilisation*, Edition Julhiet pp 1-12

<sup>24</sup> *Ibid.*

pertinents, s'assurer qu'ils ont des objectifs clairement hiérarchisés, consolider le jugement en situation »<sup>25</sup>.

L'emploi du terme « manager » s'applique « aux activités de tous ceux qui exercent des responsabilités de pilotage qu'ils s'agissent d'un management de proximité au sein d'équipes, de services, de groupes et/ou d'un management plus stratégique engageant des prises de décisions de nature plus politique sur les orientations, les métiers, le développement de l'organisation »<sup>26</sup>, aussi, il convient de s'intéresser aux différents acteurs engagés dans la mise en œuvre d'une politique managériale à travers leurs rôles et leurs missions.

### 1.1.3 Les acteurs à l'hôpital

- **Le directeur**

Président du directoire, avec la loi HPST, le directeur dispose de très larges compétences dans la conduite de l'établissement qu'il exerce en propre ou après concertations. En particulier il assure la conduite de la politique générale de l'établissement. Dans le cadre de ses activités, de deux natures : stratégique et opérationnelle, il arrête l'organisation interne de l'établissement, « il participe à la conception des pratiques de management et au pilotage de l'établissement et développe des pratiques de management adaptées à la conduite du changement dans un contexte règlementaire en constante évolution et dans un cadre budgétaire de plus en plus contraint »<sup>27</sup>. « Organisation et management »<sup>28</sup> correspond à un des modules de formation pour les élèves directeurs d'hôpital formés à l'EHESP. E. Couty, dans le cadre de ses propositions, insiste sur « une volonté institutionnelle qui entraîne l'implication de tous, donc un engagement au niveau du projet d'établissement porté par le directeur »<sup>29</sup>. Il cite le projet de management comme un des volets du projet d'établissement.

- **Le président de la CME et les chefs de pôle**

Le président de la CME, vice-président du directoire, avec la loi HPST, s'est vu conféré des missions et un statut. Ces missions induisent pour lui une nouvelle responsabilité institutionnelle. Il est impliqué dans la gouvernance de l'hôpital en particulier,

---

<sup>25</sup> SARAZIN.B, septembre-octobre 2010, « Manager le travail », Travail et Changement n° 333 p2

<sup>26</sup> BONNET R et J, 2006, « Du manager novice au manager expert », *quête de sens et parcours de professionnalisation*, Ed Lavoisier, p 9

<sup>27</sup> DAMART S, 2013 Innovations managériales en établissement de santé, Edition EMS management et société, pp127-129

<sup>28</sup> DAMART S *ibid.*

<sup>29</sup> Ministère de la santé et des affaires sociales-pacte de confiance pour l'hôpital présenté par Edouard COUTY, 2013, <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html>

dans le cadre de la coordination de la politique médicale, de l'élaboration, avec le directeur, du projet médical en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prises en charge des usagers.

La fonction de chef de pôle est marquée par un accroissement des responsabilités et de la composante managériale de la fonction. Ils sont à la fois médecins et managers de leurs pôles. A travers l'autorité fonctionnelle, le contrat de pôle, les délégations de gestion mais aussi la formation dont ils bénéficient par exemple dans le management des ressources humaines, les chefs de pôles, avec leurs collaborateurs en particulier les cadres de pôles mettent en œuvre, au sein de leur pôle, la politique de l'établissement, dont la politique managériale.

- **Le directeur des soins**

La formation des directeurs des soins et les évolutions hospitalières confèrent à cette fonction une place au sein de l'équipe de direction qui a évolué au fil du temps. « Ce n'est plus une expertise en soins qui est attendue mais en management qui s'appuie sur une connaissance réelle des organisations hospitalières »<sup>30</sup>. Son positionnement transversal lui permet d'inscrire son action dans une perspective institutionnelle. Les organisations hospitalières ne permettent plus aujourd'hui de s'inscrire dans un management vertical tout en maintenant un niveau de cohérence dans le cadre de l'organisation polaire.

La présidence et l'animation de la commission des soins infirmiers de rééducation et médicotchnique<sup>31</sup> (CSIRMT) ainsi que sa présence au directoire le positionnent comme un des acteurs qui participe aux orientations stratégiques de l'établissement. Dans le cadre de son décret de compétences et le référentiel métier :

« Il élabore, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques »<sup>32</sup>, « il contribue, dans son champ de compétences, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement »<sup>33</sup>.

« La mise en œuvre des différents projets, le suivi des prises en charge et la cohérence institutionnelle s'inscrivent dans un contexte managérial des équipes de cadres paramédicaux par le directeur des soins »<sup>34</sup>. « De fait, l'autorité hiérarchique du directeur des soins est maintenue mais s'exprime dans le cadre d'un management participatif

---

<sup>30</sup> RUMEAU J, 2015, « le directeur des soins, entre autorités hiérarchique et fonctionnelle » Soins cadres N°93, pp 13-15

<sup>31</sup> Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques dans les établissements publics de santé

<sup>32</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeur de soins de la fonction publique hospitalière

<sup>33</sup> Décret ibid.

<sup>34</sup> RUMEAU J ibid.

intégrant les enjeux institutionnels issus de la loi HPST »<sup>35</sup>. Dans le rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé, une recommandation spécifique concerne le directeur des soins dans le cadre de la clarification des rôles sur une base coopérative : « donner au directeur des soins les leviers d'action nécessaires pour animer et coordonner les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé pour développer la politique de qualité et de sécurité des soins et promouvoir le programme d'actions relatif au projet de soins et aux innovations dans le domaine paramédical, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôles et le directeur des ressources humaines »<sup>36</sup>.

En participant à la définition de la politique de l'établissement et aux stratégies de coopération le directeur des soins met en œuvre un management ayant à la fois un axe stratégique et un axe transversal. « Il coordonne et fédère des actions cohérentes et logiques pour atteindre les objectifs fixés, repère les potentiels, manage les projets transversaux d'amélioration de la qualité »<sup>37</sup>.

La traduction, dans le projet de soins, du projet institutionnel permet de « garantir la cohérence et la continuité de la prise en charge du patient, mais aussi de travailler avec l'encadrement paramédical et médical »<sup>38</sup>.

Au sein du projet de soins, sa politique managériale peut être déclinée dans un axe spécifique. Elle permet au directeur des soins « de définir une organisation des soins performante pour un management adapté et attendu par ses collaborateurs »<sup>39</sup> de donner du sens et un cadre, dans les rôles et missions de chacun, d'harmoniser les pratiques d'encadrement, de définir les modalités d'accompagnement et ou d'adaptation à l'emploi, de mettre en place un parcours professionnalisant comme nous le verrons dans les observations en stages.

Ce management, par le projet, permet au directeur des soins de coordonner, d'animer, d'organiser les activités paramédicales en lien avec les autres directions fonctionnelles (ressources humaines, qualité et gestion des risques) et en cohérence avec les pôles dans une vision institutionnelle. Pour cela il s'appuie en particulier sur les cadres paramédicaux de pôle pour harmoniser les pratiques de management dans l'établissement et se situe dans un rôle de soutien, de facilitateur et de ressource.

---

<sup>35</sup> RUMEAU J *ibid.*

<sup>36</sup> Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé, janvier 2011

<sup>37</sup> NICOLET.M, mai 2013, « directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management » Soins Cadres N° 86, pp 39-42

<sup>38</sup> RUMEAU *ibid.*

<sup>39</sup> PRUVOT.N, mai 2013, « la collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle » Soins Cadres N°86 pp 43-46

- **Les cadres**

Etre cadre de santé, aujourd'hui, est un métier à plusieurs facettes. « L'organisation en pôles d'activités a fait émerger l'idée qu'il existerait deux métiers distincts : celui de cadre de proximité et celui d'assistant du chef de pôle »<sup>40</sup>, ce que nous retrouvons dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (RMFPH) à travers les deux fiches de poste : encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales et cadre soignant de pôle. Par ailleurs un cadre de santé peut également exercer en mission transversale ou comme cadre formateur.

La référence actuelle reste le décret de 1995<sup>41</sup> malgré des travaux entrepris depuis 2011 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) devant conduire à la réingénierie du diplôme de cadre de santé et qui n'ont pas encore aboutis. La valorisation souhaitée par C. De Singly a vu sa réalisation en 2012<sup>42</sup> par la création d'un nouveau corps des cadres de santé qui comporte deux grades (cadre de santé paramédical, cadre supérieur de santé paramédical). La définition des fonctions attachées à chacun de ses deux corps consiste, pour l'essentiel, à intégrer la nouvelle organisation de l'hôpital en pôles<sup>43</sup>.

Par ailleurs elle insistait sur la dimension managériale de la fonction de cadre de santé en lien avec les griefs exprimés à l'époque par les cadres : manque de reconnaissance, de marge de manœuvre et leur faible rémunération.

Les différentes missions que les cadres se voient attribuer relèvent des domaines de la gestion et du management que l'on peut décliner par des activités de gestion des ressources humaines, gestion des moyens matériels et financiers, conduite de projets et garantie de la qualité des soins<sup>44</sup>. Selon R. Coulon<sup>45</sup> les cadres exercent un métier de manager tout en restant classés dans la famille des métiers de soins (RMFPH) et restent centrés sur la prise en charge des patients et le management opérationnel.

En 2010, M. Yaël et C. Mounier décrivaient le métier de cadre de proximité avec « une composante managériale sensible, dans un contexte directement lié aux soins et à leur production, et celui de cadre supérieur, en particulier au niveau du pôle, n'étant pas pour autant détaché des préoccupations opérationnelles »<sup>46</sup>.

---

<sup>40</sup> DUPUY.O, mai 2013, « la place du cadre de santé au sein du pôle, quelques réflexions juridiques » Soins Cadres N° 86 pp 27-29

<sup>41</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

<sup>42</sup> Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

<sup>43</sup> DUPUY.O ibid.

<sup>44</sup> DIVAY.S GADEA C, 2013, Congrès AFSP, Les politiques de réforme de l'Etat et des services publics : une approche par les activités des « cadres intermédiaires » de l'administration, *Le développement de la notion de cadre dans les établissements publics. Eléments d'analyse à partir du cas des cadres de santé*, pp 1-28

<sup>45</sup> COULON.R, juin 2011, « cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion » cahier du FARGO n°1110604, pp 1-15

<sup>46</sup> YAEL.M MOUNIER.C, 2010, Rapport IGAS « quelles formations pour les cadres hospitaliers ? »

La politique managériale du directeur des soins s'adresse à l'ensemble de l'encadrement aussi nous évoquerons ces deux fonctions avant de nous arrêter plus particulièrement sur les cadres de proximité.

- **Les cadres de pôle**

« L'organisation des services en pôles donne à la fonction de cadre de pôle une dimension de manager mais aussi de gestionnaire, tout en créant un champ de responsabilité à un niveau stratégique. Ils se situent à l'intermédiaire entre le politique et l'opérationnel »<sup>47</sup>.

« Son positionnement à l'interface du pôle et de l'établissement lui confère une double responsabilité : décliner la politique institutionnelle au sein du pôle et participer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle, qui l'oblige à composer en permanence entre les différentes influences, ascendantes et descendantes, et les contributions qui lui sont demandées »<sup>48</sup>.

De part ce positionnement ils se situent à l'intersection du stratégique et de l'opérationnel, au cœur des processus de décision. Dans une logique de co-construction des différents projets institutionnels ils développent collaboration, complémentarité et constituent l'équipe de la direction des soins autour du directeur des soins. Ils participent à la cohérence de la politique de l'établissement et la déclinent au sein des pôles. Ils sont les artisans de la mise en œuvre du projet de soins au sein du pôle.

Au quotidien, dans l'équipe managériale du pôle, le cadre paramédical de pôle « veille à la cohérence du fonctionnement interne au pôle et entre les pôles, à la mise en œuvre du projet de pôle et assure le suivi médico-économique des activités »<sup>49</sup> et constitue l'interlocuteur privilégié des cadres qu'il coordonne. Dans l'animation de l'équipe d'encadrement le cadre paramédical de pôle accompagne le collectif et contribue à l'adaptation individuelle au sein du collectif.

- **Les cadres d'unité de soins et d'activités paramédicales**

Les cadres d'unité de soins et d'activités paramédicales « constituent l'équipe managériale de proximité, chargée de l'encadrement de la production de soins »<sup>50</sup>. Le terme cadre de proximité est également utilisé en référence à leur rôle auprès de « leurs malades

---

<sup>47</sup> NICOLET.M, mai 2013, « directeurs des soins, cadres de pôles, nouveaux acteurs, nouveaux type de management » Soins Cadres N° 86 pp39-42

<sup>48</sup> ANTHONY-GERROLDT.H, mai 2013, « le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution » Soins Cadres N° 86 pp 19-22

<sup>49</sup> YAEL.M MOUNIER.C, 2010, Rapport IGAS « quelles formations pour les cadres hospitaliers ? »

<sup>50</sup> ANTHONY-GERROLDT.H, mai 2013, « le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution » Soins Cadres N° 86, pp 19-22

et leurs équipes »<sup>51</sup> alors même que le travail de proximité serait sacrifié au profit des outils de gestion et qu'ils apparaissent comme des « managers empêchés »<sup>52</sup>.

Dès 2009, en réaffirmant leur rôle central mais souvent invisible, en reconnaissant leur investissement dans les évolutions en cours, C. De Singly soulignait leurs besoins de marges de manœuvre, de réelles capacités à décider, de leurs besoins d'être aidés et dégagés de certaines tâches pour se consacrer à la dimension managériale. Le rapport de l'IGAS, en 2010, sur la formation des cadres hospitaliers repris dans le cadre du bilan de l'organisation en pôles évoquait la nécessité pour les cadres de pôle de « mettre en place un management participatif avec les cadres de proximité afin d'éviter une situation d'isolement de ces derniers »<sup>53</sup>. Parmi leurs recommandations figuraient : associer les cadres de proximité aux réflexions sur les révisions des découpages des pôles, définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement, les rôles et les positionnements de l'encadrement et les circuits de décision.

D. Monneuse<sup>54</sup>, en 2014, évoque lui aussi un malaise identitaire, des conflits de valeurs, un éloignement de la stratégie et une déconnexion des décisions venues d'en haut, une demande de reconnaissance croissante, une intensification de la charge de travail, une absence de management des cadres.

A. Grévin<sup>55</sup>, quant à elle suggère de « remettre les cadres sur leur métier » en les « dés empêchant ». Elle pointe les difficultés des cadres car aspirés par les tâches gestionnaires, occupés à alimenter des outils de gestion, courant d'une réunion à l'autre, les cadres de santé ne sont plus sur le terrain. Elle plaide pour « des espaces de discussion sur le travail ». L'enjeu, est de signifier l'importance de l'animation des équipes et de la régulation locale du travail, d'autoriser la prise d'initiatives, de privilégier la parole et la relation et d'accompagner les cadres de proximité.

S'intéresser, dans le cadre de la politique managériale du directeur des soins à l'adaptation efficiente et l'accompagnement de l'encadrement est un gage de qualité, de sécurité des soins et des conditions de travail.

---

<sup>51</sup> CHAUVANCY.MC, décembre 2008, « cadres de santé, une crise identitaire » Carnets de santé, pp 1-10

<sup>52</sup> DETCHESSAHAR.M, 2011, « le management empêché », Santé et travail N° 74

<sup>53</sup> IGAS, 2012, « l'hôpital » La mise en places des pôles : une réorganisation novatrice qui ne s'est pas faite sans difficultés

<sup>54</sup> MONNEUSE.D, mars 2014, « Le silence des cadres », *Enquête sur un malaise*, Edition Vuibert

<sup>55</sup> GREVIN.A, janvier 2015, « la transformation du travail d'encadrant de proximité » 19èmes journées nationales d'étude des cadres de santé, 22 et 23 janvier 2015, Montpellier

## 1.2 Pour une adaptation efficiente des cadres aux changements et aux contraintes

### 1.2.1 Les changements et contraintes dans le milieu hospitalier

Les établissements de santé ont connu, ces dernières décennies, des transformations profondes avec de nombreuses évolutions législatives et réglementaires.

L'évolution des pathologies prises en charge, les progrès réalisés, le rapport aux soins et la place des usagers, y ont largement contribué. Le changement de contexte économique a naturellement beaucoup compté avec la nécessaire maîtrise des coûts et la recherche de l'efficience. Débutée en 1996 avec l'ordonnance du 24 avril<sup>56</sup> et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation, l'accréditation puis la certification des établissements de santé par l'HAS, la recherche de l'efficience s'est poursuivie en 2003 avec le plan « hôpital 2007 » et l'introduction de la tarification à l'activité appuyée par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) a eu également un impact sur les stratégies de déploiement d'activités dans les établissements. Toujours dans la perspective d'efficacité, la réorganisation en pôles d'activités a été introduite dès 2005 avec un objectif de relative autonomisation des activités et de décentralisation de la gestion de l'hôpital. « Ce nouveau mode de gouvernance a contribué à modifier les territoires de responsabilités, décloisonner les services, changer les modes relationnels et complexifier la gestion des établissements car coexistent aujourd'hui des modes de gestion à la fois très centralisés et déconcentrés »<sup>57</sup>.

Enfin la loi HPST en 2009, n'a pas concerné que la gouvernance des établissements, même si elle a poursuivi le décloisonnement des fonctions et des logiques administratives. Elle a modifié les instances, renforcé et élargi les responsabilités des directeurs, elle a aussi fait émerger d'autres sujets : les transferts de compétences et la mise en place des agences régionales de santé (ARS). De nombreux établissements sont aujourd'hui inscrits dans des démarches contractuelles de retour à l'équilibre financier avec les ARS, engagés dans des CPOM et dans le cadre du plan ONDAM 2017 dans l'amélioration d'un certain nombre de dimensions : qualité du service rendu, efficience économique et optimisation de la gestion des ressources humaines.

Pour l'encadrement, ses différentes évolutions ont impacté les organisations au sein des établissements, la gestion des activités, les acteurs de la santé et la gestion des ressources humaines plus tendue.

---

<sup>56</sup> Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>57</sup> DAMART.S, 2013, « innovations managériales en établissement de santé » Edition EMS management et société pp 13-28

Pour R. et J. Bonnet quand les cadres évoquent leurs métiers, ils évoquent « leur position d'interface qui consiste à pouvoir identifier des objectifs de nature politique et stratégique en liaison avec un quotidien marqué par l'accroissement des procédures, des rythmes ainsi que des exigences des clients et des usagers, mais aussi des personnels et des partenaires. Ils insistent ainsi sur le temps de plus en plus limité qu'ils peuvent consacrer à une prise de distance sur leur propre activité »<sup>58</sup>.

Pour S. Damart, « de telles évolutions impliquent de s'intéresser aux dynamiques sociales, culturelles, cognitives, technologiques qui en font un métier sensible, car mouvant sous l'effet des contraintes et des changements internes et environnementaux, mais aussi un métier sensible, du fait qu'il se trouve au cœur de toutes les interactions symboliques propres aux échanges humains »<sup>59</sup>. A travers cette incertitude des organisations, « l'organisation est devenue l'art d'ajuster les méthodes à des situations souvent confuses et instables, l'art de l'essai-erreur, l'art de la combinaison des diversités. Celui qui gagne est celui qui garde une vision stratégique claire, combinée à une grande vitesse de réaction, pour mettre les méthodes en adéquation avec la réalité concrète dans le sens de l'efficacité permanente »<sup>60</sup>.

Aussi, il convient de s'intéresser au management dans la complexité et à l'adaptation et à l'accompagnement de l'encadrement dans ce contexte.

### **1.2.2 Une adaptation efficiente par l'accompagnement.**

« L'encadrement doit aujourd'hui concevoir son rôle d'une façon différente. Son expertise technique n'est plus sa seule raison d'être. ; Elle doit céder le pas aux tâches de coordination, de développement des compétences, de tutorat, de médiation. C'est à l'encadrement de jouer un rôle d'intermédiaire actif et intelligent dans la construction de sens. Ce rôle d'intermédiaire actif est la responsabilité essentielle de l'encadrement. Il doit à la fois être plein du projet général de l'entreprise, le décliner au plan collectif, et faciliter l'émergence d'un sens individuel pour les collaborateurs qu'il a en charge »<sup>61</sup>.

A ce jour, la réingénierie de formation des cadres est en cours depuis 2011 et n'est pas encore aboutie mais devrait conduire à un diplôme professionnel et universitaire dans le cadre d'une alternance « allongée ». L'adaptation est quant à elle, avec l'accompagnement des cadres un élément central de la politique managériale des établissements de santé et particulièrement pour le directeur des soins.

---

<sup>58</sup> BONNET R et J, 2006, « du manager novice au manager expert », *quête de sens et parcours de professionnalisation*, Edition Lavoisier pp 18-19

<sup>59</sup> DAMART S *ibid.*

<sup>60</sup> GENELOT.D, 2011, « manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants » 4<sup>ème</sup> Edition, INSEP CONSULTING

<sup>61</sup> GENELOT *ibid.* p 206

Nous pouvons définir l'adaptation comme « le processus de modification d'un objet, d'un organisme vivant ou d'une organisation humaine de façon à rester fonctionnel dans de nouvelles conditions »<sup>62</sup>.

Favoriser l'adaptation à l'emploi, au poste, interroge le dispositif mis en place pour accompagner l'encadrement.

L'accompagnement, selon M. Paul<sup>63</sup> se construit à la frontière de logiques diverses : former, enseigner, aider, conseiller ou même gouverner dans une double dimension de relation et de cheminement « être avec et aller vers »<sup>64</sup>.

Appliquer au champ du management, il s'agit de « soutenir, d'aider à atteindre un but ; en aucun cas il ne s'agit de supplanter en prenant sa place ou le devant de la scène, de le diriger »<sup>65</sup>.

Différents concepts et formes d'accompagnement que M. Paul qualifie de « nébuleuse »<sup>66</sup> peuvent être proposés ce que nous explorerons dans le cadre de l'enquête. Parmi ceux-ci, S. Personn-Gehin et I. Ivanaj<sup>67</sup> définissent le coaching comme « l'accompagnement d'une personne destiné à favoriser une meilleure expression de ses qualités, de ses ressources ou de ses compétences ». Dans le cadre de la recherche d'efficience « le coaching professionnel est un accompagnement professionnel personnalisé permettant d'obtenir des résultats concrets et mesurables dans la vie professionnelle et/ou personnelle. A travers le processus de coaching, la personne coachée approfondit ses connaissances et améliore ses performances »<sup>68</sup>.

Dans un environnement économique mouvant le cadre doit posséder des capacités d'adaptabilité et de leadership, selon C. Falcoz « il s'agit bien donc d'une adaptabilité-plasticité qui englobe tous les registres, qu'ils soient cognitifs (les savoirs), liés à l'expérience (les savoirs faire, les aptitudes professionnelles) ou aux attitudes (les savoirs être). L'entreprise attend qu'il soit compétent et adaptable »<sup>69</sup>. Qui dit adaptable, dit aussi polyvalent et mobile.

Parmi les préconisations de C. De Singly figurait, en particulier, le développement des compétences des cadres dans le cadre d'un parcours professionnalisant avec le repérage des futurs cadres, la formation tout au long de la vie, l'évaluation des pratiques

---

<sup>62</sup> <http://fr.wikipedia.org/wiki/adaptation>

<sup>63</sup> PAUL.M, 2009, « accompagnement » Recherche et formation N° 62 pp 91-108

<sup>64</sup> PAUL, ibid.

<sup>65</sup> LE BOUEDEC.G, 2002, « la démarche d'accompagnement un signe des temps » Education permanente N° 153 pp 13-21

<sup>66</sup> PAUL.M, 2009, « accompagnement » Recherche et formation N° 62 pp 91-108

<sup>67</sup> PERSONN-GEHIN.S IVANAJ.V, septembre 2005, 16<sup>ème</sup> conférence de l'AGRH « la pertinence du coaching au service d'une GRH médiatrice », 15 et 16 septembre 2005 Paris Dauphine

<sup>68</sup> <http://fr.wikipedia.org/wiki/coaching>

<sup>69</sup> FALCOZ.C, 2003, « bonjours les managers, adieu les cadres », Edition d'organisation p 129

managériales. M. Dumas évoque quant à lui les savoirs-agir <sup>70</sup> « quels savoirs-agir le management de proximité priorise pour assurer la qualité des soins, alors qu'il doit rationaliser les moyens et motiver des équipes dont l'insatisfaction est reconnue ». La combinaison de ses savoirs, par la mobilisation de ses savoirs-agir permet au cadre, à partir d'une compétence individuelle, d'exercer une forme de leadership sur son équipe, pour l'animer, l'accompagner vers un but.

Le déploiement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) dans les établissements de santé est un enjeu pour repérer, développer les compétences de l'encadrement afin d'anticiper les évolutions, faire face aux besoins et prendre en compte les aptitudes et aspirations individuelles.

Les différents changements et évolutions que nous avons pu aborder impactent les organisations au sein des établissements de santé. Les rôles et places des différents acteurs ont évolués ainsi que leurs postures managériales. La politique managériale, inscrite dans le projet d'établissement permet de faire connaître les objectifs et les moyens en termes de pratiques de management. Pour le directeur des soins, cette déclinaison s'effectue au sein du projet de soins avec un axe spécifique pour l'encadrement.

Dans le cadre de notre enquête nous nous intéresserons à la déclinaison de la politique managériale du directeur des soins. A partir de ses attentes vis-à-vis de l'encadrement, nous explorerons les dispositifs mis en place pour accompagner et permettre l'adaptation à l'emploi des cadres, mais aussi quels sont les besoins et ou manques exprimés par les cadres pour s'adapter aux changements et aux contraintes.

---

<sup>70</sup> DUMAS M, RUIILLER C, 2011, 22<sup>ème</sup> congrès de l'AGRH « quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? *Entre prescriptions multi-objectifs et réalité de terrain : un métier à « panser »* »

## 2 Immersion professionnelle en milieu hospitalier : regards croisés

Dans le cadre de la formation de directeur des soins nous avons réalisé deux stages de quatre semaines, le premier de mi-février à mi-mars, le second de mi-mai à mi-juin. Le premier avait pour objectif « d’appréhender la fonction de directeur des soins »<sup>71</sup>, le second « d’appréhender la dimension managériale du directeur des soins »<sup>72</sup>. Ces deux stages ont fait l’objet de notes de situation dont l’une sur : le recrutement de l’encadrement et l’adaptation à l’emploi, une activité du directeur des soins. Durant ces stages nous avons pu, suivre au quotidien les directeurs des soins, participer à l’ensemble de leurs activités, échanger, consulter la documentation de l’établissement, effectuer des entretiens exploratoires avec le coordonnateur général des soins (CGS) de chaque établissement, des cadres de pôle, des cadres supérieurs de santé en mission transversale.

Nous avons choisi d’effectuer notre enquête au sein de ces deux établissements, de tailles moyennes, dans deux régions différentes, l’un est un établissement public de santé mentale (EPSM) que nous appellerons Centre Hospitalier 1 (CH 1) l’autre est un établissement de médecine chirurgie et obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et EHPAD que nous appellerons Centre Hospitalier 2 (CH 2). Les éléments recueillis se trouvent dans *l’annexe N° 1*.

### 2.1 Observations en stages

#### 2.1.1 Stage 1

Dans le cadre de mon stage 1, le coordonnateur général des soins est en poste depuis 2001. La politique managériale de la direction des soins s’est inscrite dans la durée en lien avec les orientations stratégiques des projets d’établissement successifs. La politique en matière de ressources humaines, initiée et formalisée dès 2002, est intégrée au projet de soins 2009-2014. Cette politique s’est enrichie, d’une part, en 2004 par la procédure de déroulement d’un entretien de recrutement, avec des critères de sélection réajustés en 2013, d’autre part, en 2008 par la politique de recrutement et d’affectation des cadres. Le projet de soins 2009-2014 intègre cette politique en consacrant un chapitre spécifique pour l’encadrement.

La direction des soins est structurée à partir du coordonnateur général des soins avec un organigramme décliné et réajusté. Son animation s’appuie sur différentes réunions avec l’encadrement faisant l’objet d’un ordre du jour et d’un compte rendu disponible sur l’intranet de l’établissement.

---

<sup>71</sup> Programme Formation EHESP promotion 2015 directeur des soins

<sup>72</sup> Ibid.

« La direction des soins s'est engagée dans une politique de management participatif basée sur une dimension humaine qui favorise la responsabilité, la collaboration et la complémentarité »<sup>73</sup>. Les attentes vis-à-vis des professionnels sont déclinées dans le projet de soins (engagement, implication, responsabilité, identification des affects, travail en équipe, professionnalisation, développement de compétences dans un collectif). « La parole est au cœur du management »<sup>74</sup>. Au travers de cette politique managériale, le CGS vise la cohérence, l'adhésion, le développement d'un travail en partenariat avec l'ensemble des professionnels institutionnels et externes en cohérence avec le projet d'établissement. La politique d'encadrement inscrit le management comme la clé de voûte de la performance collective. Le cadre est indispensable au bon fonctionnement des services de soins. Aussi ils sont reconnus en qualité de responsables de soins, d'unités, d'équipes. Ils sont investis, partiellement, de la gestion des ressources humaines :

- Participation des cadres de pôles au recrutement du personnel paramédical de l'établissement avec le CSS adjoint à la DS,
- Avis des cadres de pôles requis dans le cadre de la sélection en vue d'une promotion professionnelle, d'un recrutement extérieur, d'un souhait de mobilité d'un cadre,
- Accompagnement individualisé des cadres au sein des pôles (peu de formalisation, réajustement à la demande, différent selon le cadre de pôle mais aussi selon le dimensionnement du pôle).

Ils sont donc positionnés comme des collaborateurs de la direction des soins (précisé dans les contrats de pôle et abordé en dialogue de gestion). A partir des procédures existantes et formalisées (recrutement, sélection, affectations, mobilité) il existe une organisation définie, connue et intégrée qui favorise :

- Une mobilité globale (volontaire, instaurée 1 fois par an),
- Une responsabilisation (positionnement en regard d'un projet de service et du fonctionnement du service demandé),
- Une valorisation des compétences,
- Une meilleure adéquation des postes (au regard de la fonction, de l'expérience et des compétences),
- Une prise de décision (avis des responsables concernés),
- Une gestion polaire (affectation polaire).

Un dispositif d'adaptation à l'emploi pour l'encadrement est présent avec :

- Définition de fonction pour les cadres de proximité et cadres de pôle,

---

<sup>73</sup> Extrait projet de soins 2009-2014 CH1

<sup>74</sup> Ibid.

- Période d'accueil et d'intégration (affectation à la direction des soins sur 3 semaines avec formalisation des rendez-vous) accompagné d'un livret d'intégration,
- Collectif cadres (dernière actualisation en 2007) qui permet de mettre du lien, d'échanger, dans un espace transversal et de créer un réseau,
- Analyse de pratiques professionnelles (demande annuelle, dernière en 2015), afin d'apporter un espace de distanciation, de compréhension de situations complexes,
- Plan de formation en 2015, seule une formation institutionnelle : mise en place de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est proposée à l'encadrement. Le coordonnateur général des soins, depuis deux ans souhaite, dans le cadre des axes transversaux de la direction des soins, inscrire une formation « coaching, management, bientraitance » pour l'ensemble des cadres en lien avec ses attentes vis-à-vis de l'encadrement et de l'axe bientraitance du projet de soins : « son management participe à la bientraitance des personnes : patients et personnels »<sup>75</sup>,
- Processus de présélection pour préparation au concours d'entrée en IFCS. Organisé avec un organisme de formation extérieur, cette présélection comporte des épreuves écrites et orales. L'organisme rend un avis sur le potentiel du candidat, celui-ci est complété par un avis du collectif CSS. La validation définitive revient au CGS en collaboration avec le DRH.

La communication de la politique managériale, des dispositifs d'adaptation et d'accompagnement s'appuie sur les documents écrits et disponibles sur l'intranet, via les réunions d'encadrement mais aussi par la CSIRMT et lors d'entretiens individuels (cadre de pôle/cadre, CGS/cadre de pôle, CGS/cadre).

Pour l'évaluation du dispositif, outre l'évaluation annuelle, des indicateurs sont présents dans les contrats de pôle en lien avec les axes du projet de soins (attractivité, formation, suivi du livret d'intégration).

A ce stade nous n'avons pas de retour de satisfaction ou d'insatisfaction de l'encadrement. Une mission d'évaluation, de prévention des risques et des contraintes psychologiques et organisationnelles réalisées en 2012<sup>76</sup> faisait apparaître des facteurs de risques (manque de reconnaissance, charge de travail essentiellement émotionnelle et élevée, un faible soutien social de la hiérarchie entraînant des conflits de valeurs) mais n'a

---

<sup>75</sup> Extrait projet de soins 2009-2014 CH1

<sup>76</sup> Mission évaluation de prévention des risques et contrainte psychologiques et organisationnelles GRANGE.E, 2012, stagiaire Master 2 professionnel « psychologie sociale, du travail et des RH »

pas débouché sur un plan d'action spécifique. L'établissement a connu des difficultés de recrutement de cadres, tout en refusant le recours à des faisant fonction, qui s'améliore progressivement depuis 5 ans par des candidatures extérieures, majoritairement régionales (2 en 2012, 3 en 2013, 2.5 en 2014) et par les promotions professionnelles (2 en 2012, 5 en 2013, 2 en 2014) au regard des différents départs (4 en 2012, 5 en 2013, 2 en 2014). A ce jour 5 postes sont vacants.

En résumé, les orientations stratégiques sont posées, la politique managériale est inscrite dans la durée et sa traduction est réajustée dans le cadre du projet de soins par le CGS avec un axe management. Un dispositif d'adaptation à l'emploi et d'accompagnement est organisé pour l'encadrement. L'ensemble des documents sont disponibles sur l'intranet de l'établissement et la communication est réalisée au cours des différentes réunions et instances. Il existe une structuration de la direction des soins autour du CGS.

Toutefois, nous pouvons noter que les différentes procédures ont des anciennetés variées et ne sont pas validées versus qualité ce qui permettrait une évaluation et des réajustements à échéances régulières. Le déploiement de la GPMC (formation 2015 pour les cadres) pourrait leurs permettre, dans le cadre des entretiens avec les cadres de pôles, d'exprimer leurs besoins en termes de développement de leurs compétences et ou d'accompagnement.

Aussi, pour compléter nos observations et croiser les éléments pour en effectuer une analyse il nous faut recueillir des éléments en interrogeant les cadres, ce que nous verrons dans le chapitre 3.

### **2.1.2 Stage 2**

Dans le cadre de mon stage 2, le coordonnateur général des soins est en poste depuis 1 an. Le contexte institutionnel s'est modifié quelques mois après son arrivée avec la mise en place d'une direction commune avec deux autres établissements et une EHPAD. Cette direction commune prévoit une fusion des établissements au 01.01.2017. Actuellement les projets d'établissement sont en cours d'élaboration, un premier document consacré aux orientations stratégiques a été présenté aux différentes instances internes en juin. « Améliorer, sécuriser et développer notre offre de soins dans le respect des contraintes liées à la qualité, la sécurité et aux ressources disponibles »<sup>77</sup>. Dans le même temps le coordonnateur général des soins élabore le projet de soins sur les établissements concernés.

---

<sup>77</sup> Extrait Présentation Orientations stratégiques des projets d'établissement Mai 2015

La direction des soins est structurée à partir du coordonnateur général des soins avec un organigramme sur chaque établissement. Son animation s'appuie sur différentes réunions avec l'encadrement faisant l'objet d'un ordre du jour et d'un compte rendu disponible sur l'intranet de l'établissement. Dans le cadre des orientations stratégiques, l'adaptation de l'offre de soins des 3 CH passe par un projet de gestion et de management, avec une approche explicitement fédérative : « poursuivre la construction d'un avenir commun et faire face aux contraintes ; cadres de santé, techniques et administratifs en position transversale »<sup>78</sup>.

Avant le début des travaux sur le projet de soins 2015-2020, le coordonnateur général des soins avait réalisé un état des lieux de l'organisation de l'encadrement du CH 2. Celui-ci faisait apparaître différents éléments dont :

- Une organisation qui n'est pas efficiente car elle mélange les missions (cadre d'unité et cadre de pôle) et les affectations (cadre d'un pôle/cadre d'une unité dans un autre pôle, cadre d'unité d'un pôle/cadre d'une équipe transversale d'un autre pôle),
- Une stabilité des professionnels d'encadrement (ancienneté dans la fonction de près de 10 ans, moyenne d'âge 51,2 ans, des faisant fonction depuis plusieurs années),
- La fonction de cadre de pôle est peu investie (historique de la mise en place des pôles, positionnement institutionnel à clarifier, peu de délégation),
- Les cadres de proximité sont plutôt de niveau inégal (attentes de consignes ou indépendance, initiatives individuelles) avec demande d'aide de la direction des soins comme ultime recours ou directement en première intention.

Des actions concrètes ont été mises en place auprès des cadres de pôles pour favoriser l'appropriation du rôle, mais aussi auprès des cadres :

- Réunion de cadres de pôles,
- Structuration de la centralisation des dossiers,
- Suivi des effectifs,
- Travail sur le rôle du cadre (2014/2015),
- Positionnement en tant que pilote sur les axes du projet de soins.

Une réorganisation profonde de l'encadrement est envisagée en plusieurs étapes, les objectifs principaux étant :

- Donner de la lisibilité en termes d'organisation des pôles,
- Positionner les cadres de pôles hors des unités,

---

<sup>78</sup> Ibid.

- Identifier les ressources pour mettre en place la cellule d'ordonnancement/régulation (court terme),
- Mettre les cadres de santé en ordre de marche pour assurer les réorganisations (court et moyen terme),
- Projeter les organisations cadres dans le projet de reconstruction compte-tenu du futur capacitaire.

L'attendu de la première étape est que les cadres de pôles soient positionnés comme tels sans mission de proximité avec :

- Une facilité d'appropriation des données d'activités et financières et des enjeux institutionnels,
- Un pilotage opérant,
- Des interlocuteurs identifiés par les directions, les chefs de pôles,
- Des missions transversales identifiées.

Dans le cadre du projet de soins 2015-2020, l'un des axes concerne le projet managérial. Les projets de soins des 3 CH sont élaborés en parallèle avec un pilotage des axes par des cadres de santé ou cadres de pôle, le CGS anime le comité de pilotage et s'assure du suivi, de la réalisation et de la cohérence des travaux avec présentation en instances à échéance régulière. Nous sommes, au CH 2, dans une phase de construction du projet managérial du directeur des soins avec différentes fiches actions en cours de réalisation :

- Réaliser une cartographie des compétences attendues du cadre de santé,
- Harmoniser les pratiques d'encadrement,
- Mettre en place un parcours professionnalisant (détection des potentiels, une procédure de sélection est en cours, parrainage, livret d'accueil spécifique aux cadres),
- Maitriser les processus (gestion du temps de travail, présentation aux instances, partage d'information, prise de décision),
- Mettre en place des ateliers d'analyse de pratiques managériales (2014, 2015).

A ce stade nous n'avons pas de retour de satisfaction ou d'insatisfaction de l'encadrement. Dans le cadre du bilan social 2014 il existe un indicateur d'attractivité et de fidélisation pour le personnel infirmier uniquement. Concernant le recrutement le CH 2 reçoit de nombreuses candidatures (16 en 2011, 11 en 2012, 8 en 2018) pour un nombre de recrutement effectué au regard des postes (1 en 2010, 4 en 2011 dont 2 externes, 3 en 2012, 1 en 2013)<sup>79</sup>.

---

<sup>79</sup> Extrait Rapport d'activité de la direction des soins 2013

En résumé, les orientations stratégiques sont posées, le contexte du CH 2, direction commune récente, projets d'établissement en cours permet une co-construction de la politique managériale. Sa déclinaison au sein du projet de soins par un axe « management paramédical » est, pour le CGS, à la suite de l'état des lieux réalisé, une opportunité pour structurer et fédérer l'encadrement de l'établissement.

Aussi, pour compléter nos observations et croiser les éléments pour en effectuer une analyse il nous faut recueillir des éléments en interrogeant les cadres, ce que nous verrons dans le chapitre 3.

## **2.2 Recueillir des éléments complémentaires**

### **2.2.1 Un questionnaire destiné aux cadres**

Dans le cadre de mon immersion professionnelle nous avons rencontré les cadres des CH 1 et CH 2 à de nombreuses reprises, réunions, entretiens avec les CGS et les avons informé de la thématique de notre travail d'enquête. Certains ont d'ailleurs exprimé un intérêt sur le sujet.

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire d'administration directe (*annexe N°2*) à destination de l'encadrement en complément des éléments collectés versus direction des soins.

La population cadre représente 85 professionnels sur les deux établissements, 59 cadres sur le CH 1, 26 sur le CH 2. Cela nous permet de toucher une population dans son ensemble, d'avoir une plus grande représentativité et d'être en mesure d'analyser les corrélations. Le nombre de retour du questionnaire devrait nous amener à un échantillonnage représentatif. Notre objectif est fixé à 30 % de retour par CH soit 18 pour le CH 1 et 8 pour le CH 2.

Cette enquête, est effectuée dans deux établissements qui sont de taille quasi équivalente en termes de lits et places, dans des régions éloignées avec des activités et des contextes différents. Pour l'un (CH 2) le contexte institutionnel est en évolution (direction commune), le contexte financier est très prégnant, le CGS est en poste depuis peu et la politique managériale est en phase de reconstruction. Pour l'autre, des évolutions sont en cours mais le CGS a installé sa politique dans la durée.

Il s'agit de permettre, à ceux qui le souhaitent, de pouvoir s'exprimer sans intermédiaire, de recueillir des informations sur le profil des cadres (ancienneté dans la fonction, dans l'institution), leurs perceptions des évolutions dans le milieu hospitalier, la politique managériale au sein de leur établissement et sa déclinaison. La forme choisie leur permet de s'exprimer librement, sous couvert de l'anonymat, sur leurs attentes et besoins en termes d'accompagnement, mais aussi sur leurs difficultés, leurs satisfactions ou

insatisfactions et de leurs permettre de donner leurs avis pour améliorer les dispositifs proposés.

Il a auparavant été testé auprès de quelques cadres d'un troisième établissement afin de vérifier la compréhension des termes, si les différentes modalités de réponses sont bien prévues, de prendre en compte leurs retours d'expérience et d'effectuer des réajustements (formulation, précision, exemples).

Les retours des questionnaires s'effectuent dans un tableau, qui nous permettra d'en réaliser l'analyse, après codage pour une des questions (21) afin de rendre anonyme les établissements.

Il est adressé à la direction des soins de chaque établissement, après accord des CGS, et transféré à l'encadrement, n'ayant pas accès directement à leur boîte mail. Les cadres peuvent ensuite répondre directement via un lien et leur retour nous parvient sans intermédiaire.

Une note explicative est jointe (annexe N°3), et précise qu'il s'agit de :

- 12 questions fermées où il s'agit soit de cocher 1 ou plusieurs cases ou d'indiquer un chiffre,
- 9 questions ouvertes qui leur permet de s'exprimer en fonction de leur vécu, de leur opinion ou jugement.

Un délai de trois semaines a été fixé pour leur laisser le temps d'y répondre, avec une relance aux CGS chaque semaine.

## **2.2.2 Résultats des questionnaires**

### **Préambule :**

L'objectif fixé de 30 % de répondants nous permet de généraliser les résultats à la population cible, soit les cadres des deux établissements. Le quota a été très vite atteint pour le CH 2, nous avons donc gardé les 8 premiers répondants. Pour le CH 1 nous avons effectué une relance supplémentaire et rallonger le temps de réponses possible sur 4 semaines afin d'atteindre l'objectif des 30 % soit 18 répondants (*cf. tableau N°1 annexe N°4*). L'ensemble des réponses sont référencées dans les tableaux d'analyse (*annexe N°4, tableaux 1 à 21*). Néanmoins nous nous permettrons de pondérer les résultats que nous ne pouvons généraliser à l'ensemble des établissements de santé.

### **Profil des répondants :**

Ils sont très majoritairement cadres de proximité, nous retrouvons également des CSS, quelques cadres de pôles et uniquement pour le CH 2 des FFCS (pas de FFCS au CH 1) (cf. *tableau N°2*).

Leur ancienneté dans la fonction se situe principalement dans les catégories – de 5 ans (surtout sur le CH 2) et + de 10 ans (CH 1) et à la marge pour la catégorie de 5 à 10 ans (cf. *tableau N°3*). L'ancienneté dans l'établissement pour le CH 1 est similaire à l'ancienneté dans la fonction (- de 5 ans, + de 10 ans), sur le CH 2 toutes les catégories sont représentées (cf. *tableau N°4*). Sur le CH 1, 80 % ont bénéficié de changements de postes, dont la moitié au moins 1 fois, pour l'autre moitié de 3 à 5 fois. Sur le CH 2, 50 % ont bénéficié de changements de postes dont la moitié d'entre eux au moins 3 fois, pour l'autre moitié 2 ou 4 fois (cf. *tableau N°5 et 6*).

Notre éventail est donc assez varié, avec des anciennetés différentes, dans la fonction et dans l'établissement ainsi qu'avec des changements de postes au sein de l'établissement.

### **Les changements et contraintes :**

Les changements évoqués par les cadres sont en lien avec l'évolution de la politique et du système de santé. Ils citent l'évolution de l'offre de soins, les territoires de santé en particulier pour le CH 2 à travers le virage ambulatoire, les restructurations et les regroupements de service, les fusions à travers les GHT (cf. *tableau N°7*). Certains d'entre eux parlent de changement avec « une évolution de la qualité des prises en charge, une amélioration des pratiques de soin » en lien avec les exigences des usagers mais aussi d'un changement « culturel, gestionnaire et de responsabilité ».

Ces changements sont très fortement associés aux contraintes, en particulier budgétaires « la difficulté est de devoir faire plus, faire mieux, avec moins de moyens » avec, selon eux, des impacts sur leur charge de travail : gestion de plusieurs unités, pression en terme de ressources humaines, absentéisme, turnover des personnels, compétences, mais aussi gestion des flux des patients. Si l'un d'entre eux nous dit « les cadres s'adaptent vite, sont dans le changement et vont de l'avant, devenir cadre manager n'est pas aisé », l'accompagnement au changement est souhaité, pour une meilleure compréhension des rôles et missions de chacun, vis à vis des médecins « le changement des missions des cadres n'est pas intégré dans la population médicale », « le cadre prend de plus en plus de responsabilité au dépend du médecin » mais aussi pour accompagner les équipes « perte de sens, impossibilité de bien accompagner les équipes aux changements » avec une évolution du management.

« En tant que cadre on nous demande d'être plus efficient dans notre management », mais ils expriment un manque de marges de manœuvre dans leurs prises de décision, des injonctions contradictoires, des décisions prises sans concertation préalable, un travail de plus en plus immédiat, invisible et peu reconnu. Pour le CH 1, même si l'on retrouve les mêmes éléments ils apparaissent moins prégnants car répartis sur un nombre plus important d'items : multiplicité des projets mais aussi pénurie médicale, turn-over du personnel.

### **Les besoins en termes de développement de compétences :**

Leurs besoins s'expriment en termes d'échanges, de formation, d'accompagnement et de communication mais aussi en termes de clarification des missions (*cf. tableau N°8*).

Les échanges sont cités dans le cadre d'un collectif cadres « possibilité d'échanger avec mes collègues », « création d'un collectif cadres », espace d'échange autour de questions éthiques dans l'item : information et communication. La demande d'accompagnement est diverse, stratégie du changement, conduite de projet, mais aussi accompagnement managérial, personnalisé, coaching pour accompagner le changement.

Il est très fortement question de besoins en formation : conduire et accompagner le changement, communication et management, management intergénérationnel, qualité, gestion des risques, gestion financière, évolutions législatives, stratégies, innovations. « Les cadres ont besoin de comprendre, pour redonner du sens à leurs équipes et aussi aux usagers ». Plus à la marge certains évoquent l'apprentissage de la gestion de leur temps et l'acquisition progressive des compétences avec la pratique, mais aussi des compétences acquises en IFCS qui ne sont « ni reconnues, ni utilisées correctement ».

### **La politique managériale :**

Directives claires, ligne conductrice, vision à long terme, positionnement de la direction, la politique managériale donne « les grandes orientations, lisibles, transparentes » et est conduite par le chef d'établissement. Elle définit des règles de fonctionnement, apporte un « appui, une visée, du sens et de la transparence » et « correspond à l'autonomie et les limites définies par l'établissement ainsi que les objectifs et attentes pour la fonction managériale » mais aussi « il s'agit de directives claires posées de façon institutionnelle décrivant, le cadre, les marges de manœuvre, les moyens mis en œuvre, les délégations données aux responsables de pôle pour accompagner et mettre en œuvre le projet d'établissement, de pôle, d'unité ».

Elle se doit d'être « participative pour favoriser l'efficacité », citée comme levier de la performance pour le CH 2, et basée sur « un système de valeurs communes, partagées » portées par « l'ensemble de l'encadrement paramédical et médical ».

Elle est jugée présente dans l'établissement pour au moins la moitié d'entre eux, sur les 2 CH (*cf. tableau N°10*), mais quant à s'y référer, sur le CH 2 c'est possible à 37.5 % alors que ce n'est pas possible à 39 % pour le CH 1 (*cf. tableau N°11*). Certains justifient l'impossibilité à s'y référer par les changements récents de l'équipe de direction (CH 2), un délitement progressif (CH 1), un manque de cohérence institutionnelle, de communication (CH 1), pour les deux établissements on retrouve à nouveau le manque d'implication dans la prise de décision et l'accès compliqué à l'information (*cf. tableau N°12*).

Par contre ils la jugent utile comme une référence, qui permet de donner du sens aux actions, autour d'un objectif commun, elle développe le sentiment d'appartenance et la création d'un collectif (*cf. tableau N°13*).

Les acteurs clés cités sont le chef d'établissement, l'équipe de direction, les médecins. Il permet aussi de développer un sentiment d'appartenance, de motivation « créer ou entretenir un collectif est très important pour la motivation, le bien-être et la qualité de vie au travail », cela « participerait à la promotion de la qualité des soins et à la motivation de tous au travail ».

Sa présence est associée à « du dynamisme, de l'implication, de l'investissement de chacun dans un but d'amélioration, d'une envie positive et novatrice », « C'est un levier de performance et d'innovation pour les organisations ». Elle est associée à la cohérence, l'harmonisation des pratiques, la reconnaissance des compétences en clarifiant le rôle et les missions de chaque acteur, « c'est le bon chemin pour le collectif ».

### **Les attentes vis-à-vis de la direction des soins :**

Les attentes exprimées vis-à-vis de la direction des soins sont dans la continuité de la thématique sur la politique managériale : une ligne de conduite claire, du soutien, de la communication, des échanges pour rendre lisible et intelligible les règles, un partage des valeurs. Cela passe par une clarification des attentes et des projets, de définir les rôles des acteurs et les modes de fonctionnement. Ils soulignent l'importance de l'harmonisation des pratiques, de la réflexion collective et du sentiment d'appartenance.

Ils expriment également un besoin de proximité « plus de proximité par petits groupes, par équipe managériale de secteur et non seulement en assemblée plénière », être proche du terrain, « le directeur des soins doit connaître les cadres de santé, il doit les rencontrer régulièrement et dans leur service ».

Un certain nombre de mots-clés sont cités : écoute, confiance, soutien, cohérence, respect, collaboration, reconnaissance, échanges, transparence, communication (*cf. tableau N°14*).

Au travers de ces attentes, ils souhaitent de la communication transversale associée à de la proximité polaire « j'attends la fixation d'objectifs clairs en ce qui concerne nos

missions, du soutien, de l'aide méthodologique pour les exercer, une écoute réelle et un dialogue, car nous sommes aussi force de propositions » mais aussi de l'accompagnement dans la mise en œuvre de la politique managériale au sein des pôles « j'attends un renforcement de l'accompagnement de la direction des soins dans les pôles ».

### **Les dispositifs d'adaptation et d'accompagnement :**

Des dispositifs d'adaptation et d'accompagnement sont présents pour 100 % des cadres du CH 1 et 87.50 % du CH 2 (*cf. tableau N°15*), ils sont 94 % sur le CH 1 et 62.5 % sur le CH 2 à en avoir bénéficié (*cf. tableau N°17*).

Les plus cités sont : collectif cadres, analyse des pratiques professionnelles sur le CH 1, viennent ensuite profil de poste (CH 1), plan de formation (CH 1 et 2), période d'intégration, journée d'accueil et coaching. Le plan de formation est l'élément le plus partagé par les deux établissements, élément déjà évoqué dans le cadre de leurs besoins en termes de développement de compétences.

Sur le CH 1, comme décrit dans la partie 2.1.1 les différents dispositifs sont présents depuis plusieurs années (période d'intégration, collectif cadres, APP) alors que pour le CH 2 certains n'existent pas ou peu et sont en projet dans le cadre des axes du projet de soins (partie 2.1.2). Dans la rubrique « autre » le CH 2 évoque le tutorat en lien avec l'accompagnement des FFCS et des sortants d'IFCS.

C'est principalement, (*cf. tableau N°16*), à la prise de poste (55% pour le CH 1 et 25 % pour le CH 2), à la sortie d'IFCS (33 % pour le CH 1) et en cas de changement de contexte (11 % pour le CH 1, 25 % pour le CH 2) que les cadres en bénéficient. Plus rarement on retrouve lors de changement de poste, à l'occasion de l'évaluation annuelle et à l'occasion d'un changement à la direction des soins.

Dans la rubrique, autre, on retrouve, pour un seul cadre : à sa demande, mais aussi apparaît une seule fois évoqué le cadre de pôle.

On peut s'interroger sur la séquence de l'évaluation annuelle (citée à 17 % pour le CH 1 et 12.50 % pour le CH 2) qui ne semble pas être un temps de réajustement ou d'expression de besoins.

Les bénéfiques énoncés, (*cf. tableau N°19*), particulièrement pour la période d'intégration sont : la connaissance de l'établissement et des interlocuteurs, la vision globale de l'institution, « une meilleure connaissance du terrain et des partenaires » mais aussi du contexte ce qui permet une adaptation plus rapide et facilite ensuite le contact avec les différents interlocuteurs. C'est aussi un temps de rencontres par le biais des formations (gestion du temps de travail, dossier de soins informatisé), de la connaissance et des échanges entre pairs (collectif cadres pour le CH 1). Certains citent, plutôt sur le CH 2, une meilleure connaissance des attentes du poste, une explication de l'organigramme, une

meilleure appréhension de la fonction, un renforcement du sentiment d'appartenance, de la motivation « être considérée comme sujet et non comme exécutant des règles ». Dans la catégorie autre on retrouve le tutorat pour les FFCS.

### **L'évaluation du dispositif :**

Si l'on totalise les items, (cf. *tableau N°20*) : « je ne sais pas » et « pas d'évaluation », nous obtenons 66.67 % pour le CH 1 et 50 % pour le CH 2. Quand ils ne savent pas, ils « supposent » que le dispositif est évalué soit par la formation continue, soit par la direction des soins, l'un d'entre eux précise qu'il n'a pas rempli de questionnaire d'évaluation en faisant référence à la période d'intégration.

Certains citent les entretiens annuels avec le cadre de pôle mais ils sont peu nombreux (5.5 % pour le CH 1, 12.5 % pour le CH 2), dans le cadre d'un tutorat (évaluation tuteur et encadrement supérieur) seulement 11.11 % pour le CH 1 et 12.50 % pour le CH 2.

Au regard des besoins en compétences exprimés plus haut, la formation des cadres et le déploiement de la GPMC pour les personnels paramédicaux nous autorise à nous interroger sur l'accompagnement réalisé par les cadres de pôles, la GPMC pour les cadres et la place de l'entretien professionnel et de formation. Aucune enquête de satisfaction ou d'évaluation du dispositif n'est effectuée. La traçabilité et le reporting des entretiens annuels ne semblent pas alimenter le plan de formation.

Certains évoquent des échanges avec la direction des soins, aussi nous pouvons nous questionner sur l'accompagnement par la direction des soins des cadres de pôle pour accompagner les cadres de proximité dans le développement de leurs compétences et la sous-utilisation de la GPMC.

### **Leurs propositions pour améliorer le dispositif :**

Dans les propositions partagées par les deux établissements, (cf. *tableau N°21*), on retrouve l'évaluation et le réajustement du dispositif avec indicateurs et enquête de satisfaction (27.78 % pour le CH 1, 37.50 % pour le CH 2), développer la formation spécifique à l'encadrement (16.67 % pour le CH 1 et 25 % pour le CH 2), développer la GPMC (16.67 % pour le CH 1, 12.50 % pour le CH 2). Cela nous renvoie au recueil des besoins en formation et une réelle place de la formation des cadres dans le plan de formation, mais aussi une formalisation des besoins en formation ou en accompagnement personnalisé que l'on retrouve également par une demande de coaching.

L'accompagnement est évoqué par l'un d'entre eux comme devant être soutenu dans la durée « c'est un accompagnement très dense sur les deux premiers mois et puis plus rien ».

Pour évaluer et réajuster, le temps d'évaluation annuelle et donc le temps d'échanges cadre de proximité/cadre de pôle avec la place de l'entretien de formation et de l'entretien professionnel est à mettre en lien avec la proposition de développer la GPMC, certains évoquent « des rencontres plus rapprochées avec l'encadrement supérieur ».

Dans une moindre mesure on retrouve aussi, formaliser le tutorat pour les cadres sortants d'IFCS ou les FFCS (16.67 % pour le CH 1, 50 % pour le CH 2), développer la communication, les échanges « journées d'échanges avec coach en collectif ».

Pour le CH 2 il apparaît plus spécifiquement des propositions en termes de :

- Mettre en place des journées d'accueil,
- Mettre en place une période d'intégration,
- Mettre en place un collectif cadres,
- Développer l'analyse des pratiques professionnelles.

Certaines de ces propositions figurent d'ailleurs dans le projet de soins en cours d'élaboration.

Plus à la marge on retrouve :

- Amélioration de la communication et information (gestion documentaire, annuaire, guide pratique),
- Profils de postes, clarification des rôles et missions,
- Rapport d'étonnement.

Le profil des répondants est varié, alliant stabilité dans la fonction et dans l'établissement, mobilité en interne et en termes de recrutement et de parcours. Les changements et contraintes sont identifiés avec des impacts sur leur charge de travail mais aussi sur l'évolution de leur fonction. Ils expriment le souhait d'être associés, au sein de leur établissement, aux décisions. Leurs besoins en termes de développement de compétences pour s'adapter sont centrés sur l'accompagnement, la formation et l'information/communication. Dans ce cadre, la politique managériale est attendue pour donner du sens, et se doit d'être lisible pour s'y référer. Vis-à-vis de la direction des soins, leurs attentes s'expriment par une déclinaison des orientations institutionnelles qui passent par une communication transversale, une traduction structurée et des échanges constructifs. Les différents dispositifs d'accompagnement ou d'adaptation à l'emploi proposés ou envisagés contribuent, selon eux, à une meilleure appréhension de leur fonction, de leur intégration, du développement du sentiment d'appartenance et de leur motivation mais le déficit d'évaluation ne permet pas les réajustements nécessaires ni une inscription dans la

durée. La place des cadres de pôles dans l'évaluation et l'accompagnement n'est pas ou peu citée et leurs besoins, s'ils sont recensés, ne répondent pas à leurs fortes attentes en termes de formations et d'accompagnement. C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve parmi leurs propositions d'amélioration.

### **2.3 Analyse croisée des situations observées et des questionnaires**

Quel que soit le contexte de l'établissement, l'ancienneté dans le poste du CGS, les orientations stratégiques sont réinterrogées lors de l'élaboration du projet d'établissement. Les changements et contraintes sont identifiés avec des impacts sur le travail des cadres, ils expriment d'ailleurs le souhait d'être plus impliqués dans les processus de décision au sein de leurs établissements.

La politique managériale y est inscrite et attendue pour donner du sens, des valeurs partagées, une ligne de conduite au sein d'un collectif. Sa déclinaison, pour le directeur des soins, dans le projet de soins est une opportunité pour structurer, apporter la lisibilité attendue et co-construire avec l'encadrement. Les attentes des uns et des autres se retrouvent à travers la recherche de cohérence en clarifiant les rôles et missions de chacun, en définissant les règles de fonctionnement, en harmonisant les pratiques et en développant l'appartenance à un collectif. Le manque d'évaluation des procédures ne permet pas les réajustements à échéance régulière.

Des dispositifs d'accompagnement ou d'adaptation à l'emploi sont présents ou à venir, l'évaluation de ces dispositifs n'est pas ou peu réalisée. Dans le même temps les cadres expriment des besoins en formation, échanges (avec leurs pairs mais aussi avec la direction des soins) et accompagnement qu'il soit individuel ou collectif. L'évaluation annuelle, mais aussi les temps de rencontres avec leur cadre de pôle sont peu évoqués dans le cadre du questionnaire alors que lors des entretiens exploratoires avec les cadres de pôle ceux-ci avaient fait référence à l'accompagnement individualisé. Des temps de réunions structurées avec l'encadrement existent mais ils expriment des besoins en termes de communication transversale et de proximité vis-à-vis de la direction des soins.

Le déploiement de la GPMC avec l'entretien professionnel et l'entretien de formation n'est pas un outil actuellement assez développé pour recueillir les besoins en formation et construire un axe spécifique pour les cadres au sein du plan de formation ni pour proposer un accompagnement structuré. Les plans de formation des établissements ne semblent pas en mesure d'accorder une place suffisante aux besoins des cadres.

Si nous faisons le lien avec les différentes questions de départ, cette enquête nous confirme l'importance d'une politique managériale posée et lisible au sein des établissements pour permettre à l'encadrement de s'y référer. La politique managériale du

directeur des soins inscrite dans la ligne managériale de l'établissement, requiert structuration, lisibilité et communication. Elle contribue à donner du sens en clarifiant les rôles et missions de chacun, en définissant les règles de fonctionnement, en harmonisant les pratiques de management et en définissant les modalités d'accompagnement et d'adaptation à l'emploi. Elle permet d'inscrire l'encadrement dans le cadre d'un parcours de professionnalisation et de développement de compétences. La place de l'évaluation des dispositifs liés au management mais aussi celle des cadres contribue aux réajustements.

Sa co-construction avec l'encadrement permet au directeur des soins, à travers un axe managérial au sein du projet de soins, d'inscrire son action dans une dimension transversale, stratégique, de coordination et opérationnelle.

### 3 Des propositions pour agir

La politique managériale du directeur des soins s'inscrit dans une dynamique institutionnelle de la politique du management. A partir des orientations stratégiques, elle se décline au sein des différents projets constituant le projet d'établissement et engage par sa cohérence et son partage avec la direction générale, le directoire, la communauté médicale, l'équipe de direction (en particulier direction des ressources humaines et direction qualité/gestion des risques) et l'ensemble des professionnels.

A travers notre enquête, différents axes ressortent pour améliorer l'adaptabilité et la performance des cadres :

- Structurer et rendre lisible,
- Renforcer la professionnalisation,
- Cultiver la cohérence,
- Développer l'évaluation.

Ces éléments sont à mettre en lien avec les contextes nationaux et locaux, la politique managériale du directeur des soins, dans sa déclinaison, se conçoit dans un contexte partagé avec la communauté médicale et les directions fonctionnelles de l'établissement et est à construire en partenariat avec ces acteurs privilégiés en tenant compte du niveau de délégation dans le cadre des contrats de pôle et dans le cadre d'un management participatif mais aussi situationnel. Elle se situe dans le cadre du 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 ainsi qu'en lien avec le référentiel de compétences des directeurs des soins<sup>80</sup>.

#### 3.1 Structurer et rendre lisible

A travers les besoins exprimés en termes de référence ou repères, de lisibilité, mais aussi de transparence et de formalisation des échanges, il convient dans un premier temps d'organiser les missions et les activités en favorisant la responsabilité des acteurs.

La mise en place de l'**organigramme** de la direction des soins, en cohérence avec l'organigramme de l'établissement, permet de définir les modalités de gestion et d'organisation, il précise les responsabilités et les liens hiérarchiques et fonctionnels dans l'établissement.

---

<sup>80</sup> Référentiel de compétences des directeurs des soins, décembre 2011, mise à jour décembre 2014, EHESP, Filière de formation des directeurs des soins.

La déclinaison de la politique managériale est affichée par la réalisation d'une **procédure de gestion de la direction des soins** (gestion des responsabilités) sous la forme d'une procédure validée versus qualité, avec réajustement à échéance régulière, qui nous permet de poser l'organisation de la direction des soins.

Elle pourrait se présenter ainsi :

### **Cadre réglementaire :**

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.

### **Objectif :**

Cette procédure a pour objectif de préciser la répartition des responsabilités des personnels affectés à la direction des soins.

La direction des soins est organisée suivant quatre principes :

- **La permanence**

Elle repose sur des outils structurés (dématérialisés) qui permettent le partage de l'information (dossiers partagés, intranet) entre les personnels affectés à la direction des soins mais aussi avec les autres professionnels et notamment les directions fonctionnelles, les chefs de pôles, les cadres de pôles.

Les dossiers relevant des compétences de la direction des soins sont répartis. Les modalités de relais sont organisées et communiquées aux directions fonctionnelles et aux pôles pour permettre une continuité en cas d'absence.

La plage horaire du secrétariat de la direction des soins est précisée.

- **Les temps de travail commun et le partage de l'information**

#### **Staff de la direction des soins :**

Il s'agit de façon hebdomadaire, de réunir les professionnels affectés en mission transversale à la DS, le secrétariat, pour permettre un partage des informations et des dossiers en cours ainsi que l'organisation de la semaine avec un tableau de suivi des sujets traités.

- **La transversalité**

Les activités de la direction des soins sont toutes mises en perspective :

- D'une vision globale du fonctionnement institutionnel,
- D'une cohérence avec le projet d'établissement,
- D'une collaboration continue avec les cadres de pôles.

Une réunion hebdomadaire des cadres de pôles et CSS est organisée (jour et tranche horaire précisés). Le compte rendu est disponible dans le dossier partagé (DS/CSS/cadres de pôle) de l'intranet et transmis au directeur.

Les cadres de pôle sont reçus individuellement par le directeur des soins à échéance définie.

Le directeur des soins participe à une réunion d'encadrement de pôle à échéance définie.

- **La logique de projet et de support aux pôles**

L'organisation de la direction des soins repose sur les principes de conduite de projets, d'accompagnement du changement et de gestion des ressources et des activités.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique constitue l'ancrage des actions d'amélioration relayées notamment par les démarches pluri-professionnelles.

Cette procédure vise la communication institutionnelle des quatre principes ci-dessus.

**Domaine d'application :**

Elle s'applique aux différents professionnels de la direction des soins suivant :

- Directeur des soins,
- Secrétaire(s),
- Professionnels en responsabilité de missions transversales,
- Professionnels en charge de l'encadrement.

**Mode opératoire :**

Il reprend, sous forme de tableaux :

- Les activités du décret n°2010-1138 et les professionnels associés (DS, CSS, professionnels en mission transversale, cadres de pôle, secrétaire(s)),
- Les orientations du projet de soins et les professionnels associés,
- Les activités rattachées à la direction des soins et les professionnels associés,

- Les instances,
- L'accompagnement des pôles.

## **3.2 Renforcer la professionnalisation**

### **Mettre à jour les fiches de poste :**

Pour répondre à la demande de clarification des rôles et missions de chacun la réalisation et l'ajustement des fiches de poste est un préalable.

Les fiches de poste décrivent les missions et activités des professionnels. A partir du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (RMFPH), les deux fiches référencées pour l'encadrement : cadre soignant de pôle, encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales, servent de base pour réaliser les fiches de poste dans le cadre de la GMPC. En effet, cette démarche permet d'accompagner en anticipant et en adaptant les métiers et les compétences en lien avec l'évolution du projet d'établissement.

Dans un premier temps cela contribue à la définition des rôles et missions. L'engagement dans cette démarche, en collaboration étroite avec la DRH, les pôles, les acteurs concernés, permet de travailler sur des caractéristiques communes à l'institution, en lien avec le référentiel d'activités et de compétences, et spécifiques au pôle d'activité. Dans ce cadre, cette fiche de poste intègre le niveau de compétences allant du requis pour le poste à souhaitable, voire exigible pour un niveau d'expertise.

Le déploiement de cette démarche, en lien avec le résultat de notre enquête demande que nous nous y intéressions plus particulièrement pour les cadres. L'intérêt de cette action réside dans la construction d'une démarche de positionnement des cadres dans l'institution (cadres de pôle vis-à-vis des cadres de proximité, directeur des soins vis-à-vis des cadres de pôle). Elle rend visible les interactions entre les individus et le groupe, les liens hiérarchiques et fonctionnels en cohérence avec l'organigramme.

A travers l'entretien d'évaluation professionnelle, un bilan de l'atteinte des objectifs est réalisé, les marges de progression des cadres sont identifiées. L'entretien de formation permet au cadre d'exprimer ses besoins, ses difficultés, ses manques. La formalisation de ces entretiens, outre la traçabilité sert de base à l'élaboration du plan de formation en recensant l'ensemble des besoins individuels qu'ils soient de formation, d'adaptation à l'emploi, qualifiante et/ ou d'accompagnement.

Dans le cadre du déploiement global c'est aussi une opportunité de repérer des potentiels et les orienter vers la sélection cadres.

### **Un axe de formation spécifique aux cadres :**

A partir du recensement des besoins individuels des cadres mais aussi des axes transversaux institutionnels, le développement des compétences des cadres passent par un axe de formation spécifique. Certaines de ces formations, selon les thématiques, peuvent être proposées sur l'établissement pour l'ensemble de l'encadrement et développent un sentiment d'appartenance et une culture partagée (trio de pôles, cadres soignants et administratifs). D'autres peuvent s'adresser plus spécifiquement aux cadres soignants. L'enveloppe budgétaire contrainte laisse parfois peu de place pour différentes formations dédiés à l'encadrement. L'opportunité à venir dans le cadre de la loi de santé et des groupements hospitaliers de territoire, dans son article 27, pourrait permettre aux cadres des différents établissements de partager des formations, en proximité d'un CHU et ou d'un IFCS. Outre le fait de répondre à la demande en formation cela élargirait leurs échanges, la compréhension du contexte environnemental et le développement des coopérations.

### **Un accompagnement organisé :**

- **Repérage des potentiels**

A partir de la GPMC, de l'entretien professionnel et de formation, du développement de compétences, les potentiels (futurs cadres, cadres de pôle) sont repérés. Une sélection en interne via un appel à candidatures en collaboration avec la DRH permet de valoriser le parcours professionnel et le projet de l'agent en lui permettant d'accéder à de la promotion professionnelle. Un processus de présélection, comme nous l'avons vu dans le CH 1, pour les professionnels avec un projet cadre, avec l'appui d'un organisme de formation, contribue à la maturation du projet.

- **Recrutement, accueil et intégration**

Une procédure de recrutement est définie en collaboration avec la DRH, elle concerne l'accès à la promotion professionnelle mais aussi le recrutement en externe (mutation ou contractuel) pour enrichir les expériences.

Un dispositif d'accueil et d'intégration spécifique et individualisé est organisé. L'observation en stage au CH 1, les entretiens exploratoires et les réponses au questionnaire par les cadres nous confirme la pertinence de cet accompagnement.

Il précise, sous forme d'une procédure qui décrit, les objectifs, l'organisation de l'accueil, les différentes rencontres formalisées (directions, responsables des services administratifs, logistiques, techniques, Président CME, médecin DIM, cadres de pôles et cadres en missions transversales), les formations (logiciels dossier patient, gestion

temps de travail). Il est accompagné d'un livret d'accueil et d'intégration personnalisé. Un questionnaire de satisfaction est adressé, à distance, afin de réajuster le dispositif et contribue à l'implication du cadre accueilli dans le processus d'amélioration.

- **Mobilité**

Le recueil des souhaits de mobilité des cadres est organisé annuellement avec une note d'information.

Cette mobilité s'inscrit dans le cadre d'un projet professionnel, en collaboration avec la DRH et en lien avec le projet social. Le cadre rencontre le cadre du pôle souhaité et confirme ou non son souhait de mobilité.

- **Analyse des pratiques professionnelles**

Elle se situe dans un cadre non hiérarchique (groupe de cadres de proximité, groupe de cadres de pôle), elle permet de proposer aux cadres un espace de parole, de réflexion, de distanciation, de compréhension et d'analyse. Les situations complexes vécues peuvent être abordées sous différentes approches. L'intervenant est un tiers extérieur à l'établissement. Elle est réalisée sous la forme d'un nombre de séances de 1 h 30 environ, prévues sur l'année (8 à 10) et budgétées mais peut également se faire sous la forme de journées étalées sur l'année avec un coach.

- **Accompagnement individualisé**

- **Le compagnonnage**

Plutôt que tutorat qui envoie à une situation d'apprentissage, le compagnonnage positionne les acteurs comme des pairs sur un même niveau.

Il est organisé et décliné pour les sortants d'IFCS (choix du compagnon, temps de rencontres structurées, bilan avec la DS), sur une période déterminée.

Il est également déployé dans le cadre d'un exercice de faisant fonction sous la forme d'un contrat avec une échéance fixée pour se présenter au concours.

- **Le coaching, une pratique innovante**

« Le coaching professionnel est l'accompagnement de personnes ou d'équipes pour le développement de leurs potentiels et de leurs savoir-faire

dans le cadre d'objectifs professionnels »<sup>81</sup>. Il vise au développement professionnel de son bénéficiaire et contribue à la performance collective.

Le coaching peut être proposé en individuel ou en collectif. Il peut être utile aux cadres en période de difficultés, ou de doutes voir pour une aide à la reconversion. Il peut également être utilisé dans le cadre d'un accompagnement à la prise de fonction, d'une meilleure adaptation du positionnement ou un renforcement de compétences. Cette pratique est actuellement plus répandue dans les CHU, sans doute en lien avec le dimensionnement des établissements et donc le nombre de cadres mais aussi du fait de son coût. « Si le coaching est appelé à se développer, subsistent néanmoins des freins, du fait de certaines réticences mais aussi des obstacles financiers »<sup>82</sup>.

Comme dans le cadre des formations partagées, des possibilités, dans le cadre d'une GHT, avec l'utilisation de coach externe ou en formant des coaches en interne sont à développer.

« Dans le contexte de changements perpétuels que nous connaissons, il semble que le coaching peut en particulier aider l'individu ou le collectif de travail à retrouver un sens à sa fonction, à identifier la part de responsabilité dans les difficultés, à trouver des solutions innovantes et même à accepter ses émotions et celles des autres »<sup>83</sup>.

Cet accompagnement professionnel personnalisé permet d'obtenir des résultats concrets et mesurables dans la vie professionnelle, la personne coachée approfondit ses connaissances et améliore ses performances.

### **3.3 Cultiver la cohérence**

Une forte demande de compréhension du contexte, de communication, d'échanges a été exprimée lors de notre enquête. Ces temps d'échanges formalisés sont pour le directeur des soins et l'encadrement soignant l'occasion de partager la connaissance, la compréhension et la lisibilité des enjeux de l'établissement. Cela participe à développer une vision globale et transversale, porteuse de sens et fédérer le groupe cadre.

#### **Les temps de rencontres formalisés :**

- **Réunions pour l'ensemble de l'encadrement soignant**

Organisées tous les deux mois, avec ordre du jour et compte rendu. Elles permettent la diffusion d'informations institutionnelles et/ou spécifiques. Ce

---

<sup>81</sup> [www.sfcoach.org](http://www.sfcoach.org), Société française de coaching, visité en août 2015

<sup>82</sup> BRUGIERE A, mars, avril 2015 « l'émergence du coaching dans les CHU français », RHF N° 563 pp 14-17

<sup>83</sup> Ibid.

temps commun permet une communication directe du directeur des soins vers l'ensemble des cadres.

- **Séminaire cadres**

Deux fois par an, sur une journée, avec ordre du jour et compte rendu, suivi d'un questionnaire de satisfaction.

Elle permet, outre d'apporter des informations institutionnelles, d'informer sur les projets en cours, de présenter les projets et activités du pôle et de contribue à fédérer le collectif cadres. Un équilibre est à trouver entre informations ascendantes (interventions des cadres) et descendantes (interventions par les directions sollicitées selon l'ordre du jour).

- **Réunions avec l'encadrement de pôle**

Deux fois par an, c'est l'occasion pour le directeur des soins d'aller à la rencontre du pôle.

Comme décrit dans la procédure de gestion de la direction des soins, cela permet de faire le lien entre les réunions institutionnelles et les projets de pôle.

Elle permet de conforter, d'évaluer une politique managériale en lien avec la ligne managériale de l'établissement. Il convient néanmoins de pondérer cette proposition en fonction du dimensionnement de l'établissement.

- **Réunions avec les cadres de pôle**

Organisée de façon hebdomadaire, avec compte rendu.

Ce temps de travail avec les cadres de pôle permet d'apporter une vision transversale. Ces temps d'échanges permettent d'aborder le fonctionnement des pôles, de déterminer en équipe des orientations, de recueillir des avis et d'éventuelles décisions à prendre.

- **Collectif cadres**

En place sur un des établissements enquêtés, cet espace transversal permet de mettre du lien entre les cadres en favorisant les échanges et une meilleure connaissance des uns et des autres. C'est aussi un espace de réflexion, de confrontation des expériences qui accompagne l'évolution du métier.

Il pourrait être développé sous la forme de journées régionales, dans le cadre du territoire, et organisé par l'ARS avec l'appui des conseillers techniques et pédagogiques avec un IFCS support. Ces temps de rencontres régionales ouvrirait la possibilité d'échanges, de partages d'expériences, en développant une ouverture sur des coopérations à venir.

- **Entretiens individuels**

Avec les cadres de pôle et le DS à échéance régulière, dans le cadre du suivi et en appui des projets du pôle

Avec les cadres de proximité (en entretiens individuels et ou avec le cadre de pôle) ils sont souhaitables au moins une fois par an, et à adapter en fonction du dimensionnement de l'établissement. Ils ne se substituent pas aux entretiens cadres de pôle/cadres d'unité dans le cadre de leur délégation.

### **Le projet managérial dans le projet de soins :**

Il est la déclinaison, au sein d'un axe spécifique et en cohérence avec le projet d'établissement qui détermine les orientations stratégiques, de la politique managériale institutionnelle inscrite dans le projet social. C'est un élément d'appropriation et de lisibilité pour les professionnels. Il permet de donner aux cadres des éléments de positionnement qui vont les accompagner dans leur parcours et leur exercice.

Cet axe managérial se décline sous la forme d'une démarche projet, (objectifs finalisés, opérationnels). Les fiches actions reprennent les différentes thématiques déjà évoquées : mettre à jour les fiches de poste, mettre en place un parcours professionnalisant, harmoniser les pratiques d'encadrement... avec des tableaux de bord permettant un suivi régulier.

En lien avec le projet social les éléments de sélection, repérage, mobilité, accueil et intégration y sont décrits. Elaboré avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins contribue à la réflexion collective, les cadres sont impliqués dans le pilotage ou co-pilotage des groupes de travail.

### **Le rapport d'activités de la DS :**

Il est un élément de valorisation du travail accompli par les équipes et l'encadrement. Il rend compte des réalisations effectuées, des actions à mener et permet une évaluation annuelle (atteintes des objectifs, objectifs pour l'année à venir).

### **La CSIRMT :**

Avec ses différents collègues, dont celui des cadres, cette instance est à la fois un lieu d'échanges, d'informations et d'avis rendus qui contribuent à la cohérence, la réflexion collective, la lisibilité et au positionnement des différents acteurs et donne une légitimité institutionnelle:

- Par la présentation des projets (restructuration, ouverture d'unité) par les cadres concernés,
- Par la validation des projets, des procédures liées au management.

### **3.4 Développer l'évaluation et une politique d'amélioration continue de la qualité**

L'ensemble des actions que nous venons de décrire n'a de sens que si elles sont réinterrogées pour être améliorées. Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins la culture de l'évaluation est déjà présente. La politique managériale et les différents dispositifs qui la déclinent se doivent d'être évalués et réajustés. Il convient donc comme nous avons pu le voir à travers nos observations et les réponses des cadres de développer l'évaluation et le recueil de la satisfaction pour s'adapter aux évolutions.

En collaboration avec la DRH, la direction qualité/gestion des risques, le recueil des satisfactions et des besoins des cadres s'inscrit dans une démarche de prévention des RPS en lien avec la démarche de l'établissement : Notre travail n'est pas orienté sur cet axe mais en abordant la politique managériale des liens forts sont à faire avec la qualité de vie au travail et la prévention des RPS pour un management éthique et durable.

#### **Mettre en place des procédures en lien avec le management:**

Comme nous avons pu le voir plus haut, les différents processus pour évoluer et s'adapter doivent être évalués. La formalisation via une procédure validée versus qualité contribue à la structuration et la lisibilité et permet une disponibilité et une communication par le biais de la gestion documentaire. C'est par exemple le cas pour la procédure de gestion de la direction des soins.

En collaboration avec la DRH, les processus de sélection, recrutement, mobilité sont à formaliser sous la forme de procédure.

Le dispositif d'accueil et d'intégration, déjà évoqué dans le chapitre 3.2 est formalisé sous forme d'une procédure et précise l'accueil par le DS, la présentation de l'organisation du planning d'intégration avec des rencontres formalisées des acteurs clés de l'institution, la possibilité de rencontres plus spécifiques, la présentation de l'institution avec visite, le fonctionnement, le projet de soins, les différents outils, les formations nécessaires à la prise de poste, la remise de documents et ou l'accès à la gestion documentaire (intranet), la durée de la période d'intégration. Elle prévoit l'évaluation du dispositif à distance (6 mois).

#### **Développer les enquêtes de satisfaction :**

- **Dans le cadre du séminaire cadres**

Différents items doivent être proposés : sur l'accueil, l'organisation mais aussi sur le contenu des différentes interventions en laissant une place pour les propositions et les souhaits de thématiques pour le séminaire suivant.

- **Dans le cadre du dispositif d'accueil et d'intégration**

Différents items peuvent être proposés : sur l'accueil, l'organisation, la pertinence des rencontres, la durée. A distance, le cadre contribue à l'amélioration et au réajustement à travers le recueil de ses commentaires et de ses propositions.

**Mettre en place des indicateurs :**

- En collaboration avec la DRH, des indicateurs, sur le turn over des cadres, la mobilité sont à mettre en place, ce qui permettra, dans la durée, de suivre des éléments de fidélisation ou d'attractivité.
- Des indicateurs de suivi au sein des fiches actions du projet de soins précisent les pilotes, les moyens, les priorités et les échéances. Ce suivi permet de repérer les écarts éventuels et prépare le bilan du prochain projet de soins.
- Un reporting est réalisé dans le rapport d'activité.

**L'entretien professionnel :**

- Développer l'entretien professionnel et de formation pour les cadres (DS/cadres de pôles, cadres de pôle/cadres de proximité) dans le cadre de la GPMC.

Il contribue à la fixation d'objectifs (bilan, degré d'atteinte des objectifs, marges de progression), au recueil des besoins en termes de formation, de développement de compétences, d'accompagnement.

**Valoriser les travaux des cadres :**

- Développer, l'information des travaux réalisés par les cadres en IFCS, mémoires, travaux dans le cadre de diplômes universitaires pour favoriser la réflexion, le partage, l'évolution des pratiques Ces diffusions peuvent faire l'objet d'une présentation en réunion d'encadrement mais aussi d'une publication sur le site intranet de l'établissement afin de contribuer à l'évolution et l'amélioration des pratiques.

Les différents axes proposés pour améliorer l'adaptation des cadres s'inscrivent dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements. Pour compléter l'évaluation, le guide pour l'auto diagnostic des pratiques de management en

établissement de santé réalisé par l' HAS « prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer »<sup>84</sup> peut nous permettre d'effectuer un état des lieux et inscrire la politique managériale et sa déclinaison institutionnelle dans la durée en s'adaptant aux changements et aux contraintes. Il convient de tenir compte et d'adapter ces propositions au contexte de l'établissement, sa culture, son dimensionnement et de procéder par étape. Celui-ci est à réaliser, en particulier, en tenant compte de l'organisation de l'encadrement en place dans l'établissement, présence de CSS en missions transversales, adjoints à la direction des soins, positionnement des cadres de pôle pour prioriser les actions et les inscrire dans la durée.

---

<sup>84</sup>Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management dans les établissements de santé, janvier 2005, [www.has.santé.fr](http://www.has.santé.fr)

## Conclusion

Déjà en 2009, dans le rapport de la mission des cadres hospitaliers C. De Singly préconisait l'engagement des établissements dans une réelle politique managériale en référence aux difficultés des cadres : « Le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours de son identité professionnelle, un besoin d'être aidé, un besoin de reconnaissance et de confiance »<sup>85</sup> pour faire face aux profonds changements dans l'organisation hospitalière.

Lors de notre expérience professionnelle antérieure de faisant fonction de directrice des soins nous avons été confronté à de multiples difficultés de l'encadrement de proximité qu'elles soient de positionnement, de gestion individuelle ou collective dans l'exercice de leurs différentes missions. Différentes formes d'accompagnement ont été proposées, individuelles, collectives, de formations. La persistance des insatisfactions de l'encadrement au sein de l'établissement et plus largement dans la littérature ses dernières années nous a conduit à nous intéresser à cette thématique.

Cette année de formation nous a permis de prendre du recul et d'approfondir cette question à travers les enseignements, les différents échanges, les entretiens exploratoires, les stages.

La réalisation de ce mémoire professionnel a été pour nous l'occasion, par le biais, des évolutions législatives et règlementaires, de l'exploration théorique et du travail d'enquête de répondre à notre question de départ :

En quoi la politique managériale du directeur des soins permet une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes ?

Nous avons pu réaliser la nécessaire place d'une ligne et d'une politique managériale au sein des établissements. Inscrite dans le cadre des orientations stratégiques de l'établissement, elle se décline en cohérence au sein de l'ensemble des projets du projet d'établissement. Pour le directeur des soins, dans le cadre de l'axe managérial du projet de soins, la structuration, la lisibilité, contribue à la cohérence institutionnelle. Elle inscrit l'encadrement dans un parcours de professionnalisation et de développement de compétences. À travers le déploiement de dispositifs d'accompagnement des cadres elle répond à leur adaptation face aux différents changements et aux contraintes. L'évaluation et le réajustement des différents dispositifs contribuent de façon indirecte à l'amélioration continue de la qualité des soins et à la

---

<sup>85</sup> DGOS- Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009, <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>

prévention des risques psycho-sociaux mais également à la qualité de vie au travail gage d'un management durable et éthique.

La prise de fonction est un moment privilégié pour réaliser un état des lieux, saisir les opportunités, prioriser les actions, en tenant compte du contexte, de la culture, du positionnement des cadres de pôle. Il s'agit, pour le directeur des soins, de créer les conditions de la mise en œuvre de la politique managériale pour préparer les cadres et les accompagner dans un environnement mouvant.

Au regard des évolutions législatives et réglementaires à venir, en particulier dans le cadre de la loi de santé, la formation, qu'elle soit initiale ou continue, pourrait, dans le cadre d'un GHT, être une opportunité, en particulier pour les établissements de tailles moyennes, en collaboration avec les CHU et les IFCS. La mutualisation de formations, de dispositifs d'adaptation et ou d'accompagnement permettraient à l'encadrement d'élargir leurs échanges, la compréhension du contexte environnemental et contribueraient au développement de coopérations comme nous avons pu l'évoquer lors d'un entretien avec un directeur des soins d'IFCS. Le contexte actuel des établissements, qu'ils soient multi-sites ou en directions communes interroge déjà la question d'une politique managériale partagée sur le territoire et devrait s'étendre dans le cadre des GHT. Comme l'a souligné Me Lenoir-Salfati, sous directrice des ressources humaines à la DGOS, lors des 13èmes journées de l'AFDS, les directeurs des soins sont des acteurs majeurs du management hospitalier et ils auront à faire vivre des projets de soins territoriaux, de nouveaux changements et adaptations en perspective pour l'encadrement.

---

# Bibliographie

---

## Sources et bibliographie

MONNEUSE D, mars 2010, « Le silence des cadres », *enquête sur un malaise*, Edition Vuibert, pp74-77

BASTIANI B, PEOC'H N, SAINT-JEAN M, 2015 « Accompagner le changement dans la santé », Edition De Boeck Estem, pp23-38

BONNET R et J, 2006, « Du manager novice au manager expert », *quête de sens et parcours de professionnalisation*, Edition Lavoisier, pp 18-19

DAMART S, 2013, « Innovation managériales en établissement de santé », Edition EMS management et société, pp 26-134

FALCOZ.C, 2003, « bonjours les managers, adieu les cadres », Edition d'organisation p 129

HEES M, 2010, « Le management à l'hôpital, science, art, magie ? », Edition Séli Arslam, p9

GENELOT.D 2011 « manager dans la complexité, réflexions à l'usage des dirigeants » 4<sup>ème</sup> Edition, INSEP CONSULTING, p 206

## Articles, revues

ANTHONY-GERROLDT.H, mai 2013, « le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution » Soins Cadres N° 86 pp19-22

BRUGIERE A, mars, avril 2015 « l'émergence du coaching dans les CHU français », RHF N° 563 pp 14-17

CHAUVANCY.MC, décembre 2008, « cadres de santé, une crise identitaire » Carnets de santé, pp 1-10

COULON.R, juin 2011, « cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion » cahier du FARGO N°1110604, pp 1-15

DUPUY.O, mai 2013, « la place du cadre de santé au sein du pôle, quelques réflexions juridiques » Soins Cadres N° 86 pp 27-29

JULIE.D, février 2015, « Cadres de proximité, une activité empêchée » Soins et management N°233 pp 6-7

LE BOUEDEC.G, 2002, « la démarche d'accompagnement un signe des temps » Education permanente N° 153 pp 13-21

NICOLET.M, mai 2013, « directeurs des soins, cadres de pôles, nouveaux acteurs, nouveaux type de management » Soins Cadres N° 86 pp39-42

PRUVOT.N, mai 2013, « la collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle » Soins Cadres N°86 pp43-46

RUMEAU J, 2015, « le directeur des soins, entre autorités hiérarchique et fonctionnelle » Soins cadres N°93 pp13-15

SARAZIN.B, septembre-octobre 2010, « Manager le travail », Travail et Changement N° 333 p 2

SCHWEYER F.X, mars-avril 2013, « de quelles évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres » Revue hospitalière de France N° 551 pp16-20

TISSIER.D, avril 2001, « Management situationnel », *Vers l'autonomie et la responsabilisation*, Edition Julhiet pp 1-12

## **Thèse, Mémoire**

### **Actes de séminaires, congrès, colloques, conférences**

DUMAS.M RUIILLER.C, 2011, 22<sup>ème</sup> congrès de l'AGRH « quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? *Entre prescriptions multi-objectifs et réalité de terrain : un métier à « panser »* » pp1-19

DIVAY.S GADEA C, 2013, Congrès AFSP, Les politiques de réforme de l'Etat et des services publics : une approche par les activités des « cadres intermédiaires » de l'administration, *Le développement de la notion de cadre dans les établissements publics. Eléments d'analyse à partir du cas des cadres de santé* pp 1-28

GREVIN.A, janvier 2015, « la transformation du travail d'encadrant de proximité » 22 et 23 janvier 2015, 19<sup>èmes</sup> journées nationales d'étude des cadres de santé, Montpellier

PERSONN-GEHIN.S IVANAJ.V, septembre 2005, 16<sup>ème</sup> conférence de l'AGRH « la pertinence du coaching au service d'une GRH médiatrice » 15 et 16 septembre 2005 Paris Dauphine

### **Textes réglementaires**

Loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002 p 4118 texte N°1

Loi n°2009-879 du 27 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel N° 0167 du 22 juillet 2009 p 12184 texte N° 1

Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel N° 98 du 25 avril 1996 p 6324

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeur de soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel N° 0227 du 30 septembre 2010 texte N° 35

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé modifié par décret n°2001-532 du 20 juin 2001. Journal officiel N° 193 du 20 août 1995 p 12468

Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel N° 0302 du 28 décembre 2010 texte N° 17

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques dans les établissements publics de santé. Journal officiel N° 0104 du 5 mai 2010 p 8107 texte N° 22

Référentiel de compétences des directeurs des soins, décembre 2011, mise à jour décembre 2014, EHESP, Filière de formation des directeurs des soins

## **Rapports**

DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2011, Le coaching professionnel dans la fonction publique, [http://www.fonction-publique-gouv.fr/files/files/coaching\\_pro\\_FP.pdf](http://www.fonction-publique-gouv.fr/files/files/coaching_pro_FP.pdf)

DGOS- Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009, <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>

MOUNIER.C, YAEL. M 2010 Rapport IGAS « quelles formations pour les cadres hospitaliers ? » [http://www.igas.gouv.fr/MG:pdf/L\\_hopital-rapport\\_IGAS\\_2012.pdf](http://www.igas.gouv.fr/MG:pdf/L_hopital-rapport_IGAS_2012.pdf)

Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management dans les établissements de santé, janvier 2005 [www.has.santé.fr](http://www.has.santé.fr)

Ministère de la santé et des affaires sociales-Pacte de confiance pour l'hôpital présenté par Edouard COUTY, 2013, <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html>

Mission évaluation de prévention des risques et contrainte psychologiques et organisationnelles 2012, GRANGE.E stagiaire Master 2 professionnel « psychologie sociale, du travail et des RH »

## **Sites Internet**

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/français> visité en juillet 2015

<http://fr.wikipedia.org/wiki/coaching> visité en août 2015

[www.sfcoach.org](http://www.sfcoach.org) Société française de coaching visité en août 2015

<http://fr.wikipedia.org/wiki/adaptation> visité en août 2015

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : **ÉLÉMENTS RECUEILLIS EN STAGES**

Annexe 2 : **QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CADRES**

Annexe 3 : **NOTE EXPLICATIVE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE**

Annexe 4 : **TABLEAUX ANALYSE QUESTIONNAIRES**

## ANNEXE 1 : ÉLÉMENT RECUEILLIS EN STAGES

		<b>CH1</b>	<b>CH2</b>
<b>ÉLÉMENTS DE CONTEXTE</b>	<b>CAPACITAIRE</b>	<b>556</b> lits et places	<b>536</b> lits et places
	<b>EFFECTIFS</b>	<b>1750</b> dont <b>59</b> cadres	<b>1300</b> dont <b>26</b> cadres
	<b>ENVIRONNEMENT</b>	<p style="text-align: center;">Projet d'établissement en cours</p> <p style="text-align: center;">Orientations présentées en instances en février 2015</p> <p style="text-align: center;">Projet de GHT</p> <p style="text-align: center;">Reconstruction et modernisation en cours en intra hospitalier et en ambulatoire</p> <p style="text-align: center;">Refonte des contrats de pôle</p>	<p style="text-align: center;">Projet d'établissement en cours</p> <p style="text-align: center;">Orientations présentées en instances en mai 2015</p> <p style="text-align: center;">Direction commune avec 2 autres CH et une EHPAD, fusion prévue au 1.1.2017</p> <p style="text-align: center;">Reconstruction et modernisation de l'EPHAD en cours et projet de reconstruction in situ du bâtiment MCO</p> <p style="text-align: center;">Virage ambulatoire</p> <p style="text-align: center;">Démographie médicale</p>
	<b>BUDGET</b>	<b>115M</b>	<b>80M</b>
		<p style="text-align: center;">Investissement depuis 2012 jusqu'en 2017 de 115 M</p> <p style="text-align: center;">Certification des comptes</p>	<p style="text-align: center;">Compte de résultats aujourd'hui à l'équilibre (PRE en 2011)</p> <p style="text-align: center;">Limitation des ressources : plan ONDAM 2015-2017</p>

	<b>CGS</b>	<b>En poste depuis 2001</b>	<b>En poste depuis 2014</b>
<b>POLITIQUE MANAGERIALE</b>	<b>AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT</b>	Dans le cadre du projet d'établissement 2015-2020 Organigramme général en cours d'ajustement avec 4 pôles support en soutien aux pôles cliniques Redimensionnement des pôles avec missions des cadres de pôle, management des pôles, fonction des cadres de proximité à redéfinir	Dans le cadre de la direction commune les projets d'établissement des 3 CH 2015-2020 sont en cours Organigramme direction commune et organigramme par établissement  Projet de gestion et de management pour poursuivre la construction d'un avenir commun et faire face aux contraintes : cadres de santé, techniques et administratifs en position transversale
<b>POLITIQUE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS</b>	<b>AU SEIN DU PROJET DE SOINS</b>	Axe management de la direction des soins dans le projet 2009-2014 et reconduit dans le projet 2015-2020	Axe projet managérial dans le projet de soins 2015-2020 en cours
	<b>ATTENTES DE LA DS VIS-A-VIS DE L'ENCADREMENT</b>	Fonction cadre : 3 dimensions (managériale, clinique et pédagogique) Pivot de la coordination des soins, garant de la	Valeurs communes et spécifiques Positionnement des cadres pour conduire les changements Optimisation des organisations de

		<p>mise en œuvre, veille à la cohérence de l'équipe Son management participe à la bienveillance des personnes (patients et personnels) Vecteurs de communication</p>	<p>soins Qualité et sécurité des soins Formation des futurs professionnels Développement des compétences métier</p>
	<p><b>DECLINAISON DE LA POLITIQUE MANAGERIALE</b></p>	<p><b>Structuration de la DS</b> <b>Organigramme</b> avec 9 CSS dont 7 de pôles et 2 à temps partiel sur un pôle et à la DS sur des missions transversales (dossier patient informatisé, gestion du temps de travail, gestion des pools de remplacement, travaux), 2 CSS en mission transversale à la DS (l'une en charge de la gestion des ressources humaines et des stages l'autre de la gestion des risques liés aux soins) 59 cadres sont répartis dans les unités de soins, 4 sont rattachés directement à la DS</p>	<p><b>Structuration de la DS</b> <b>Organigramme</b> avec 6 CSS dont 4 de pôle, 1 sur l'EHPAD, 1 adjoint à la DS (gestion des ressources humaines, gestion du pool) 26 cadres répartis dans les unités de soins dont 2 cadres de nuits rattachés au CSS adjoint de la DS Dans le cadre de la direction commune 1 CSS est positionné sur chaque CH à la DS en transversal  <b>Réunions :</b> Dans le cadre de la direction commune DS/CSS adjoint DS 1 fois tous les 15 j</p>

		<p>(3 cadres de nuits et le cadre du service accueil et de garde infirmière)</p> <p><b>Réunions :</b>  Staff DS 1 fois par semaine (CSS en transversal)  DS/CSS de pôles et transversal 1 fois par mois (ordre du jour et compte rendu)  Avec l'ensemble des cadres 1 fois tous les 2 mois (ordre du jour et compte rendu)  Pas de procédure validée de gestion de la DS (documents disponibles sur intranet)</p> <p><b>Politique de la direction des soins :</b> en matière de ressources humaines (2002), politique de recrutement et d'affectation des cadres (2008) avec procédures validées reprises dans l'axe management du projet de soins  Validation en instances en</p>	<p>Au sein du CH 2 : DS/cadres de pôles 1 fois tous les 15 j  Avec l'ensemble des cadres 1 fois tous les 2 mois</p> <p><b>Etat des lieux :</b>  mélange des missions (cadre d'unité et cadre de pôle) et des affectations (cadre d'un pôle/ cadre d'une unité dans un autre pôle, cadre d'unité d'un pôle/ cadre d'une équipe transversale d'un autre pôle)  Pas de procédure validée de la DS (documents disponibles sur intranet)</p> <p><b>Politique de la direction des soins :</b> en cours dans le cadre du projet de soins (fiches de poste, missions, harmonisation des pratiques, parcours professionnalisant)  Validation en instances en particulier CSIRMT</p>
--	--	--	--

		particulier CSIRMT	
	<p><b>DISPOSITIFS SPECIFIQUES A L'ENCADREMENT</b></p>	<p><b>Définition de fonction :</b> Cadre de santé en unité de soins Cadre de pôle (réajustement en cours)</p> <p><b>Journée d'accueil Période d'intégration</b> avec affectation à la DS sur 3 semaines (programme établi avec rendez-vous formalisés)</p> <p><b>Plan de formation</b> annuel (en 2015 GPMC) Depuis 2 ans souhait de la CGS d'une FC coaching pour les cadres</p> <p><b>Collectifs cadres</b> (2007)</p> <p><b>Analyse de pratiques professionnelles</b> (APP), demande annuelle</p>	<p><b>Fiches de postes :</b> En cours de réajustement dans le cadre du projet de soins ainsi que la définition des missions</p> <p>Travail sur le rôle du cadre réalisé en 2014/2015 Pas de période d'intégration : RV à la DS et accompagnement dans l'unité/DS +CP</p> <p><b>Plan de formation</b> annuel Mise en place <b>d'ateliers de pratiques managériales (APM)</b> en 2014 4 ½ journées par groupe avec un coach (total 2 groupes) en 2015 2 ½ journées, projet de soins en cours Harmonisation des pratiques d'encadrement, mettre en place un parcours professionnalisant (détection des potentiels, parrainage, livret d'accueil) en cours</p>

			dans le cadre du projet de soins
	<b>MOMENTS SENSIBLES REPERES</b>	<p><b>Sélection IFCS</b> (appui organisme extérieur, procédure)</p> <p><b>Pas de FFCS</b></p> <p><b>Recrutement</b> avec accueil et intégration (sortants IFCS, mutations)</p> <p><b>Mobilité</b> (procédure)</p>	<p><b>Sélection IFCS</b> (mise en place en cours avec procédure)</p> <p><b>FFCS en postes</b> depuis plusieurs années</p> <p><b>Changement d'unités</b> (mobilité, mise en place d'une nouvelle unité, prise de poste)</p>
	<b>AU NIVEAU POLAIRE</b>	<p><b>Dimensionnement variable</b> (de 3 à 14 cadres selon les pôles)</p> <p>Contrat de pôle, dialogue de gestion</p> <p><b>Accompagnement des cadres par les cadres de pôles variable</b> (personnalisé)</p> <p><b>Mobilité des cadres d'abord au sein du pôle</b></p> <p><b>Solidarité</b> entre cadres (remplacements au sein du pôle)</p> <p><b>Mixage cadres novices et cadres expérimentés</b></p> <p>Réunions au sein des pôles (médecins/cadres,</p>	<p><b>Fonction de cadre de pôle peu investie</b> lié à l'histoire</p> <p>Peu de délégation</p> <p><b>Hétérogénéité des organisations</b> (réunions médecins/cadres ou cadres de pôle/cadres d'unités)</p> <p><b>Interpellation directe de la DS lié au fonctionnement avant l'arrivée de la CGS</b> (organisation en cours de révision par étapes : positionner les cadres de pôle sans mission de proximité, missions</p>

		cadres de pôles/cadres de proximité) missions transversales des cadres (polaires ou institutionnelles)	transversales identifiées)
	<b>EVALUATION</b>	<p><b>Indicateurs dans contrat de pôle</b> (axes projet de soins, attractivité, accueil et intégration),</p> <p><b>Mission d'évaluation et de prévention des risques et des contraintes psychologiques et organisationnelles</b> réalisée en 2012 dont 1 volet spécifique pour la fonction cadre</p> <p><b>Evaluation annuelle</b> <b>Plan de formation</b></p>	<p><b>Evaluation annuelle</b> <b>Plan de formation</b></p>

## ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CADRES

### La politique managériale du directeur des soins et l'adaptation à l'emploi de l'encadrement

Dans le cadre de la formation de directeur des soins, il est demandé aux élèves de rédiger un mémoire professionnel et à cet effet de réaliser une enquête auprès de professionnels de santé.

Mon mémoire a pour thème :

"La politique managériale du directeur des soins : une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes"

Je vous remercie par avance de participer à cette enquête et reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

\*Obligatoire

1. **Vous êtes ? \***

Veillez cocher une ou plusieurs réponses  
*Plusieurs réponses possibles.*

- Cadre de santé
- Cadre supérieur de santé
- Faisant fonction de cadre de santé
- Cadre de pôle

2. **Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction ? \***

en année

.....

3. **Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'établissement ? \***

en année

.....

4. **Avez-vous bénéficié de changement(s) de poste(s) ? \***

Depuis que vous êtes cadre (ex : changement d'unité, de poste, promotion...)  
*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

5. **Si oui, de combien de changement(s) de poste(s) avez-vous bénéficié ?**

.....

**Dans le cadre de la politique nationale de santé, du projet d'établissement :**

---

6. **Quels sont, selon vous, les changements et les contraintes auxquels vous êtes confrontés aujourd'hui ? \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. **Au regard de ces changements et contraintes, auriez-vous des besoins dans le cadre du développement de vos compétences ? \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. **Selon vous, qu'est-ce que la politique managériale ? \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. **Pensez-vous qu'elle est présente dans votre établissement ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

10. **Si oui, pouvez-vous vous y référer ?**

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

11. **Si non, quelles en sont, selon vous, les raisons ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12. **En quoi la politique managériale vous est, ou pourrait vous être utile ? \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13. **Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la direction des soins dans le cadre de la politique managériale ? \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

14. **Existe-t-il, dans votre établissement, un dispositif d'adaptation à l'emploi ou d'accompagnement pour l'encadrement ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

15. **Si oui, quels outils ?**

*Veillez cocher une ou plusieurs réponses  
Plusieurs réponses possibles.*

- Profil de poste  
 Journée d'accueil  
 Période d'intégration  
 Plan de formation  
 Collectif cadres  
 Analyse de pratiques professionnelles  
 Coaching  
 Autre : .....

16. **En avez-vous bénéficié ? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

**17. Si oui, à quel moment ?**

Veillez cocher une ou plusieurs réponses  
*Plusieurs réponses possibles.*

- Prise de poste
- Changement de poste
- Changement de contexte
- Sortant d'IFCS
- Évaluation annuelle
- Autre : .....

**18. Quels bénéfices en avez-vous retiré ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**19. Comment est évalué le dispositif d'adaptation à l'emploi ou l'accompagnement ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**20. Quelles propositions auriez-vous à formuler pour améliorer le dispositif d'adaptation à l'emploi ou l'accompagnement ? \***

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**21. Dans quel établissement travaillez-vous ? \***

Pour des raisons d'anonymat, cette question sera codée lors du dépouillement du questionnaire  
*Une seule réponse possible.*

- Centre Hospitalier 1
  - Centre Hospitalier 2
-

## **ANNEXE 3 : NOTE EXPLICATIVE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE**

Christine SAUVAGEOT  
Elève directeur des soins  
Promotion 2015

### **Enquête sur la politique managériale du directeur des soins**

Dans le cadre de la formation de directeur des soins, il est demandé aux élèves de rédiger un mémoire professionnel et à cet effet de réaliser une enquête auprès des professionnels de santé.

Mon mémoire a pour thème :

« La politique managériale du directeur des soins : une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes »

Je vous remercie par avance de participer à cette enquête et reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

### **Réalisation de l'enquête**

Cette enquête comporte deux parties : un questionnaire et des questions ouvertes.

- **Le questionnaire**

Il comporte 12 questions. Il s'agit soit de cocher une ou plusieurs réponses selon les questions soit d'indiquer un chiffre. Pour chacune d'elle, choisissez la ou les réponses qui vous paraissent les plus adaptées, en fonction de votre expérience, de votre vécu.

Les réponses se font en cochant la ou les cases correspondantes soit en indiquant un chiffre sur la feuille réponse.

La question 21 sera codée en CH1 et CH2 pour respecter l'anonymat des établissements.

- **Les questions ouvertes**

9 questions ouvertes accompagnent ce questionnaire. Il n'y a pas de réponses absolues (vraies ou fausses), seulement votre opinion et votre jugement, basés sur votre expérience, votre vécu. Vos réponses sont confidentielles.

Cette enquête devrait vous prendre environ 30 mn. Vous êtes toutefois libre de prendre le temps que vous jugez nécessaire. Quand vous aurez terminé en le validant je le recevrai directement.

Merci de votre collaboration.

Christine Sauvageot-Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique- Filière directeur des soins- Promotion 2015

## ANNEXE 4 : TABLEAUX ANALYSE QUESTIONNAIRES

Tableau 1 :

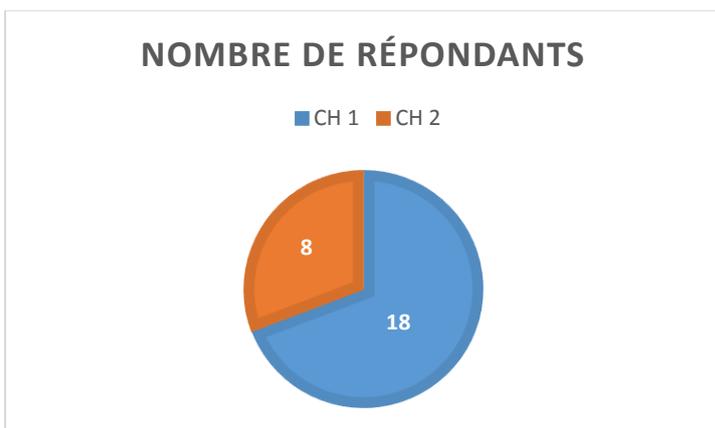


Tableau 2 :

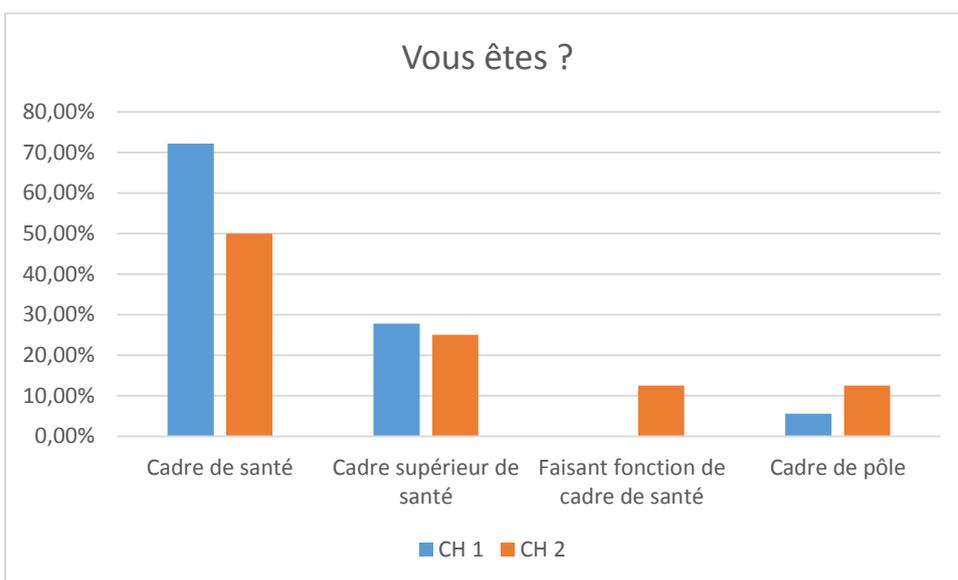


Tableau 3 :

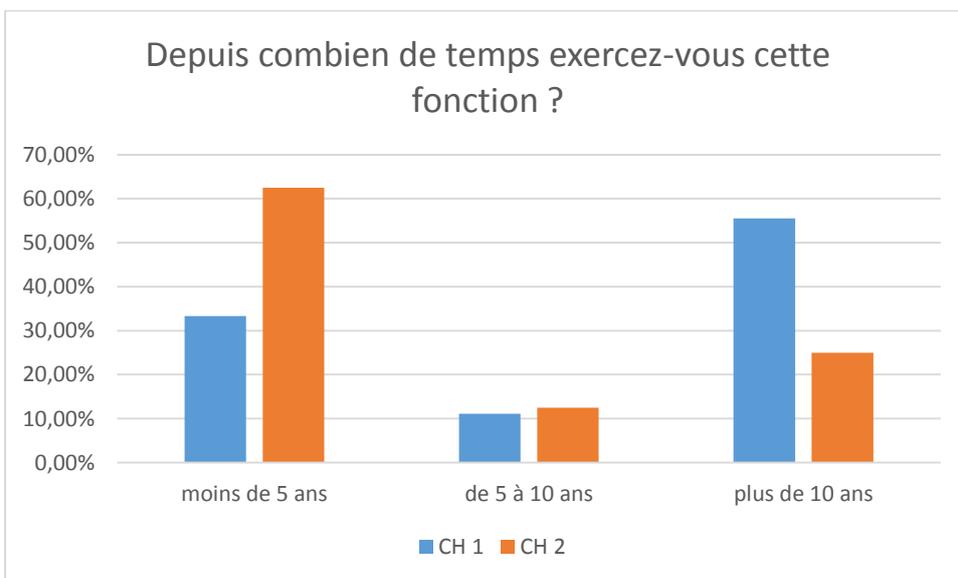


Tableau 4 :

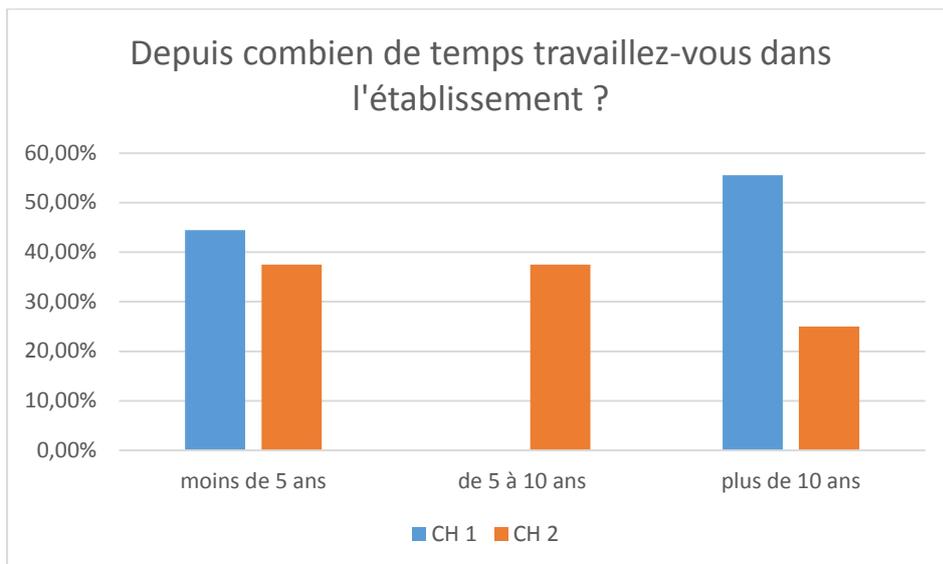


Tableau 5 :

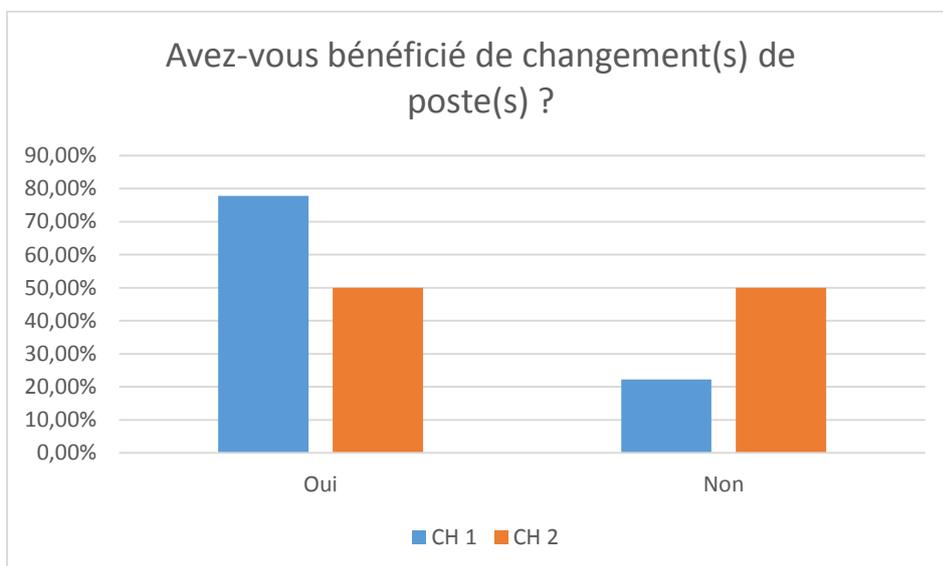


Tableau 6 :

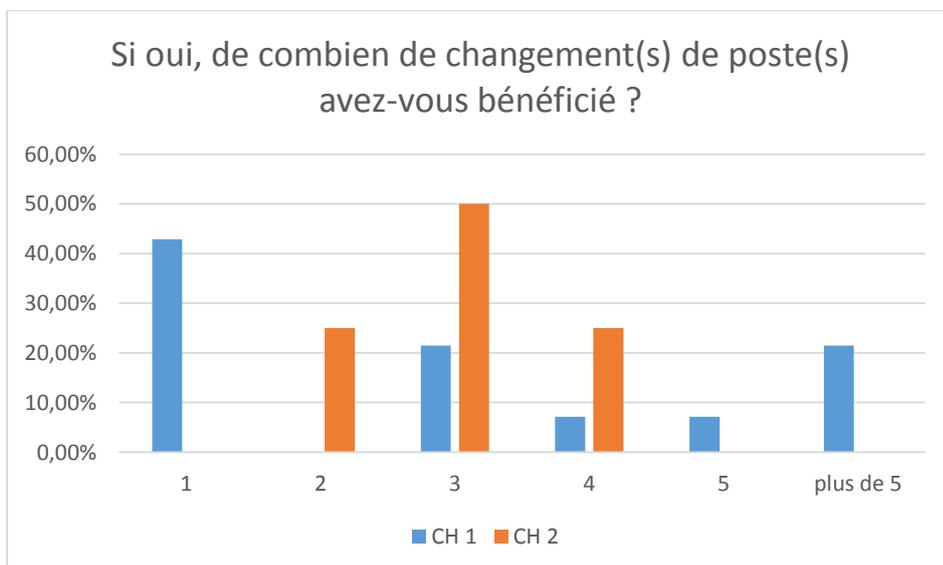


Tableau 7 :

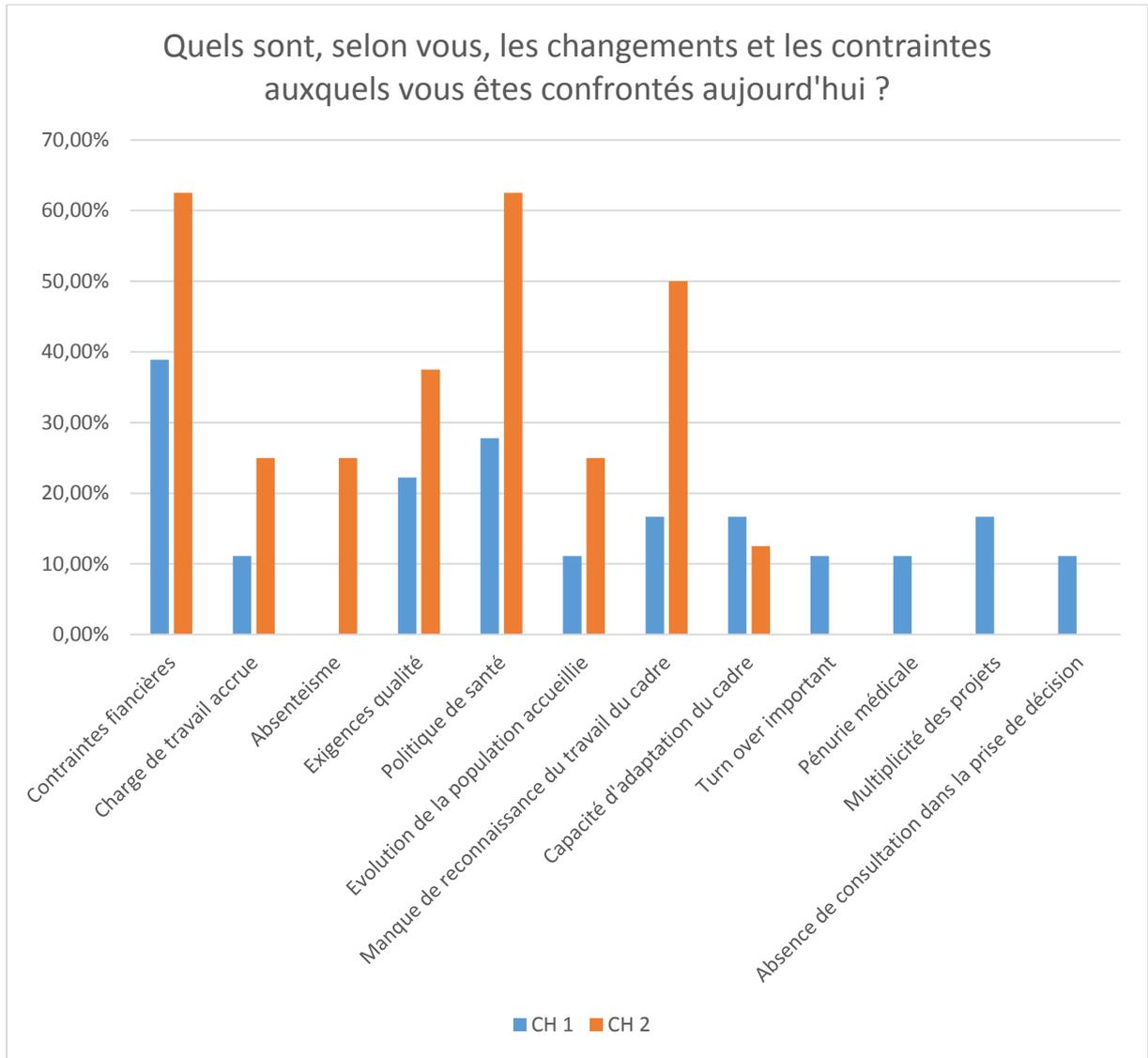


Tableau 8 :

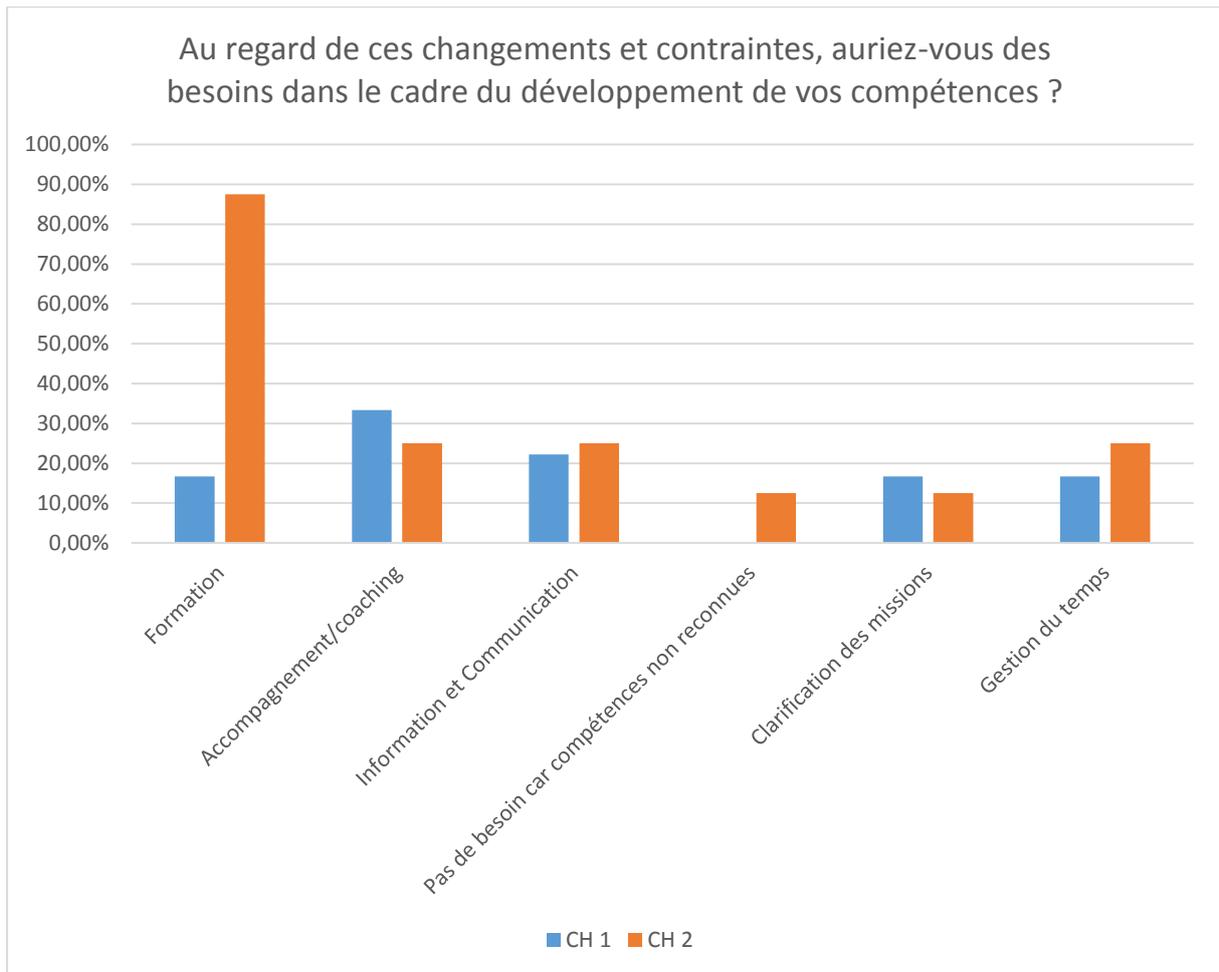


Tableau 9 :

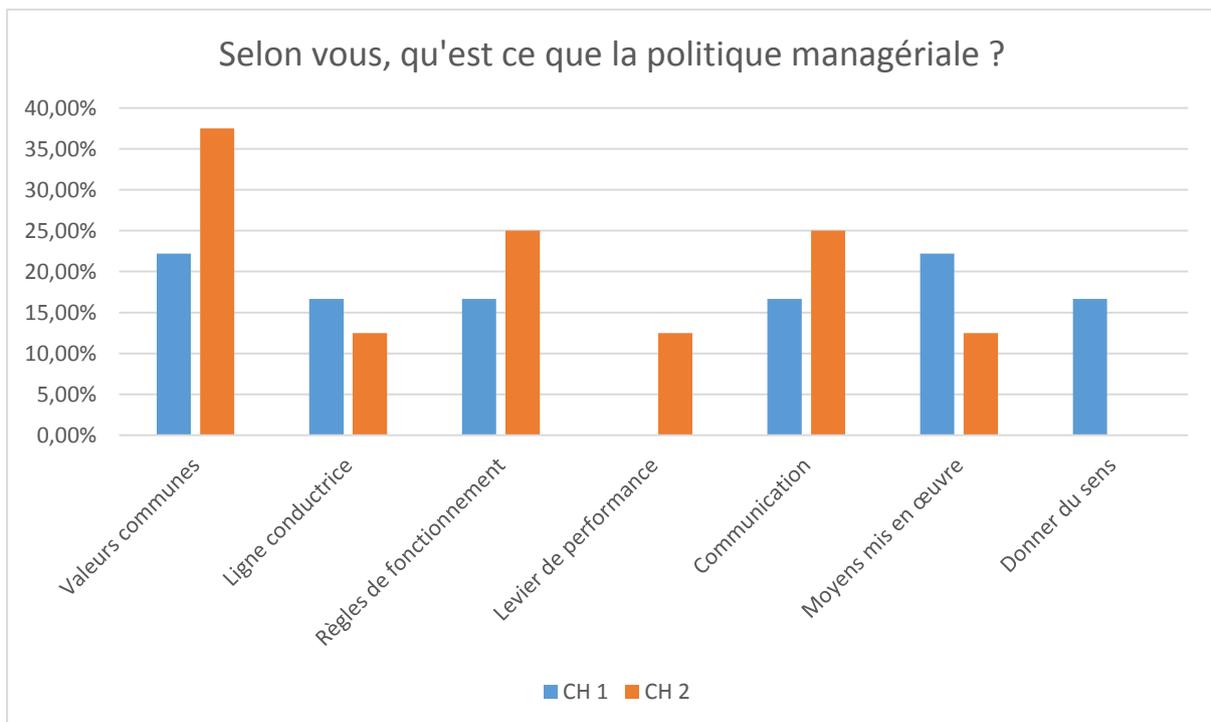


Tableau 10 :

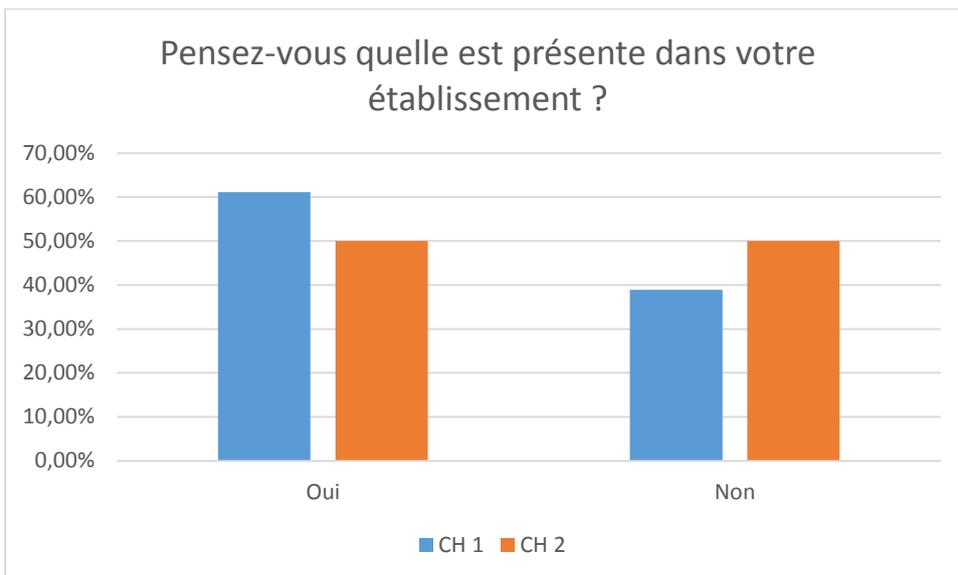


Tableau 11 :

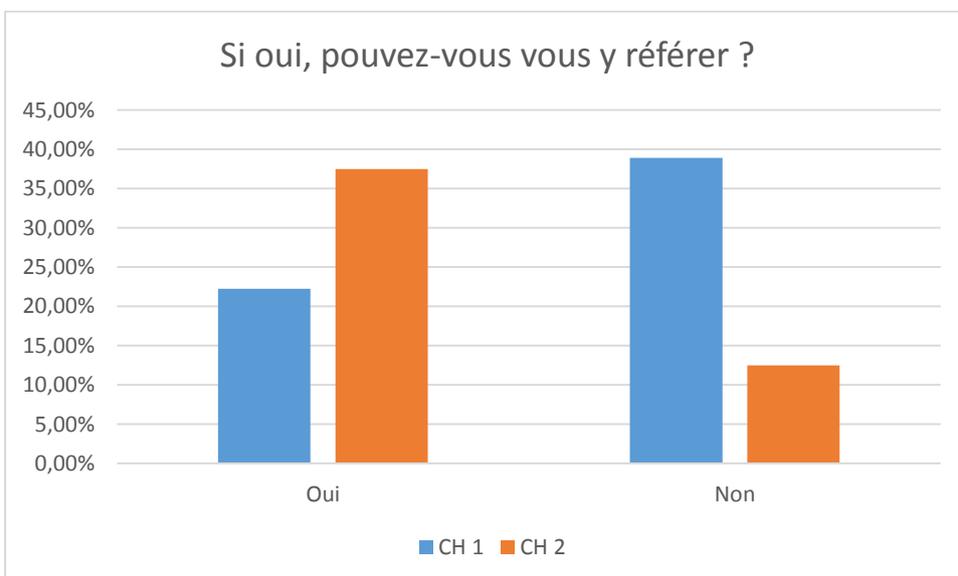


Tableau 12 :

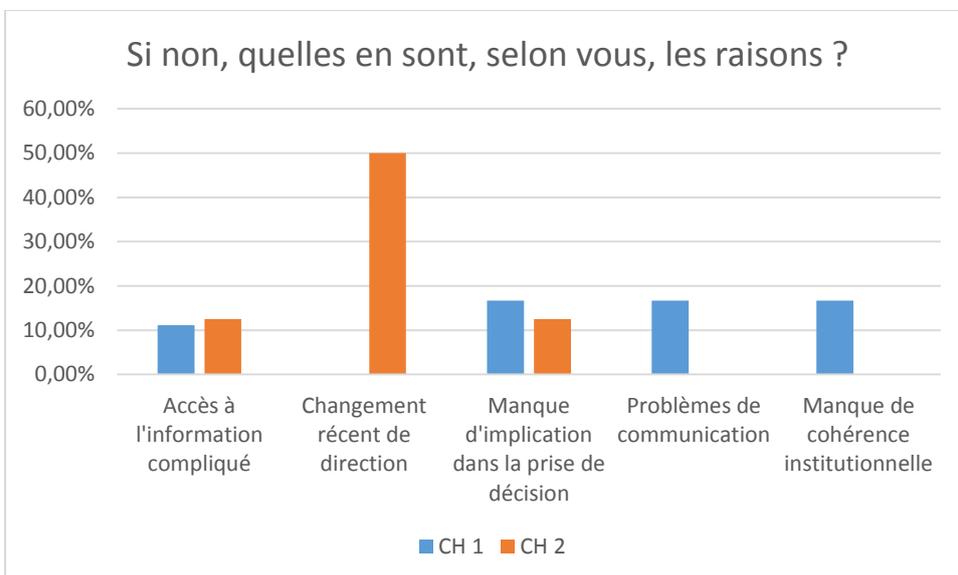


Tableau 13 :

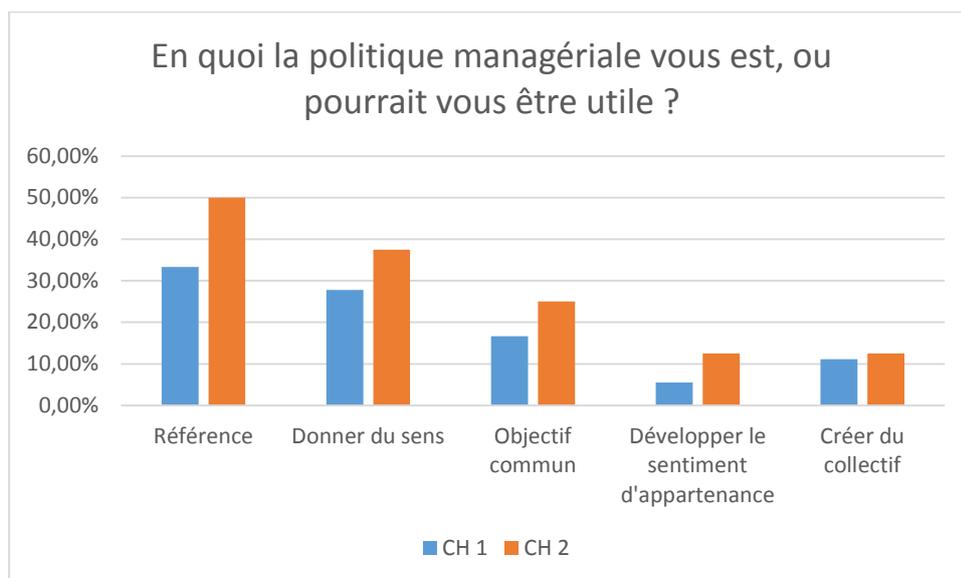


Tableau 14 :

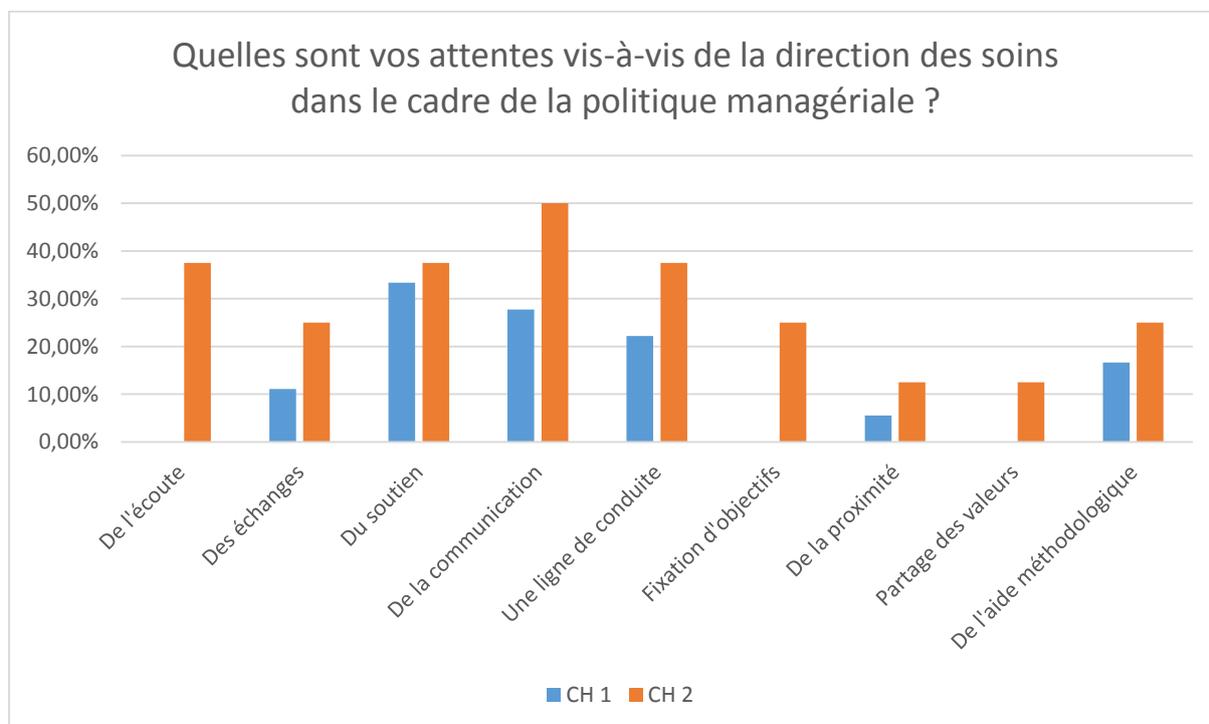


Tableau 15 :

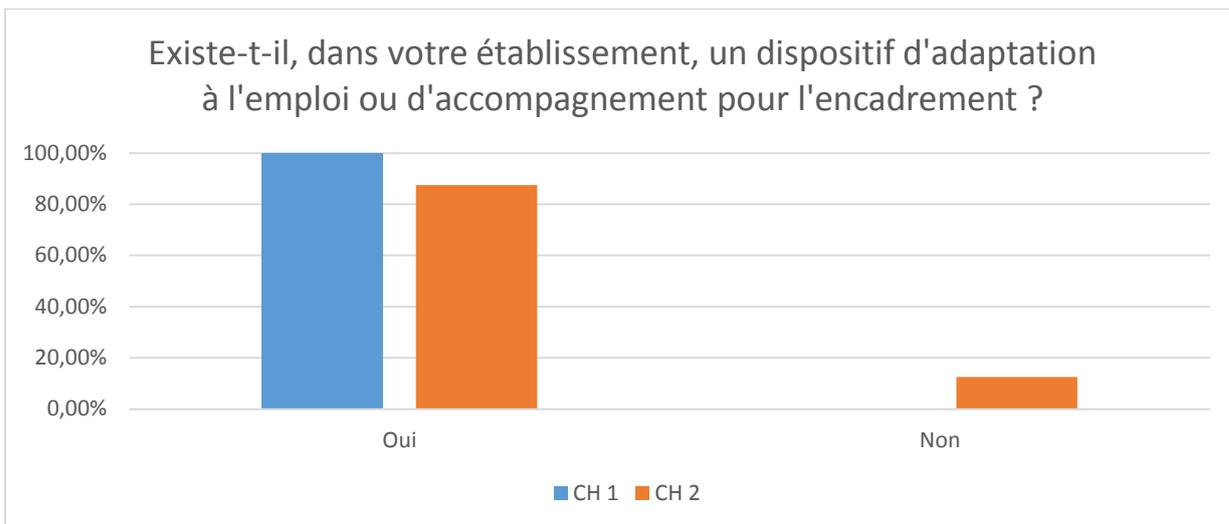


Tableau 16 :

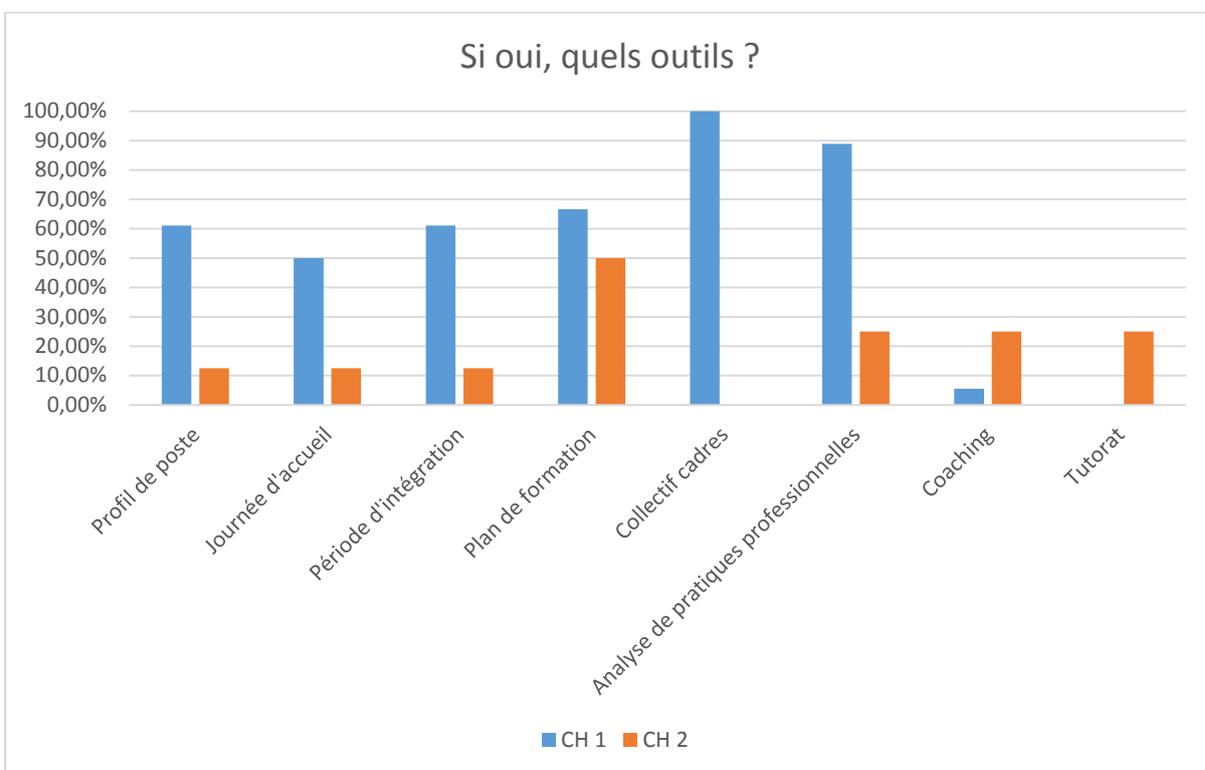


Tableau 17 :

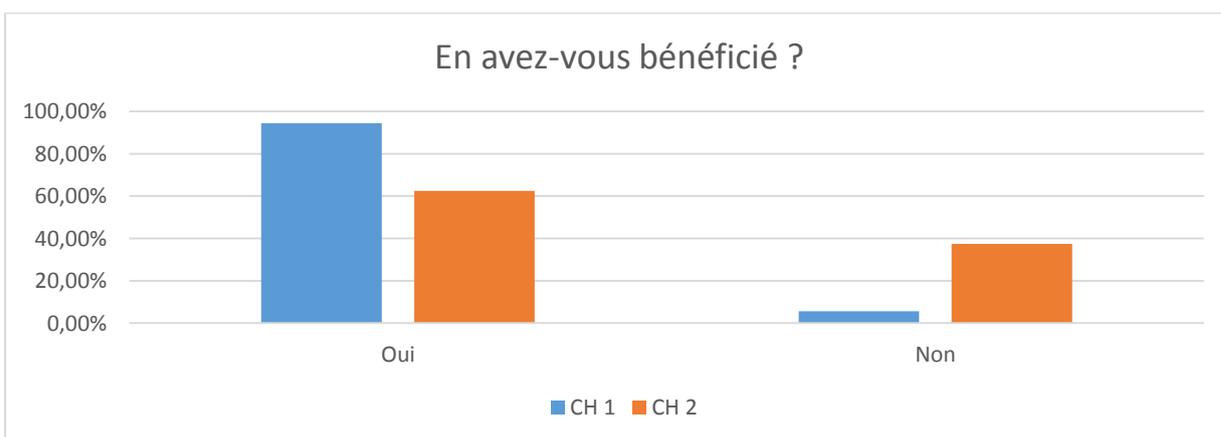


Tableau 18 :

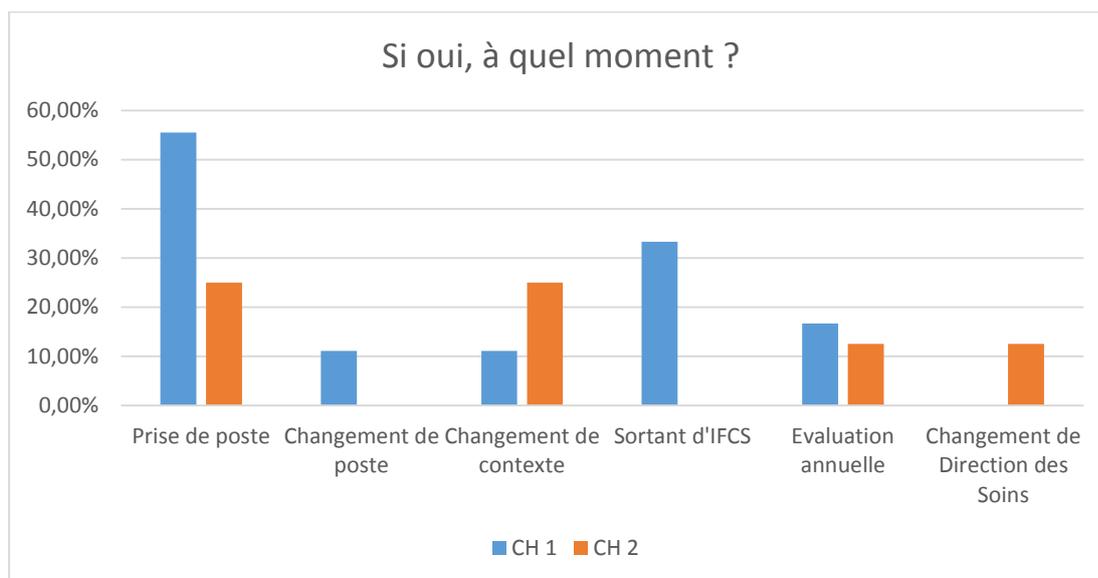


Tableau 19 :

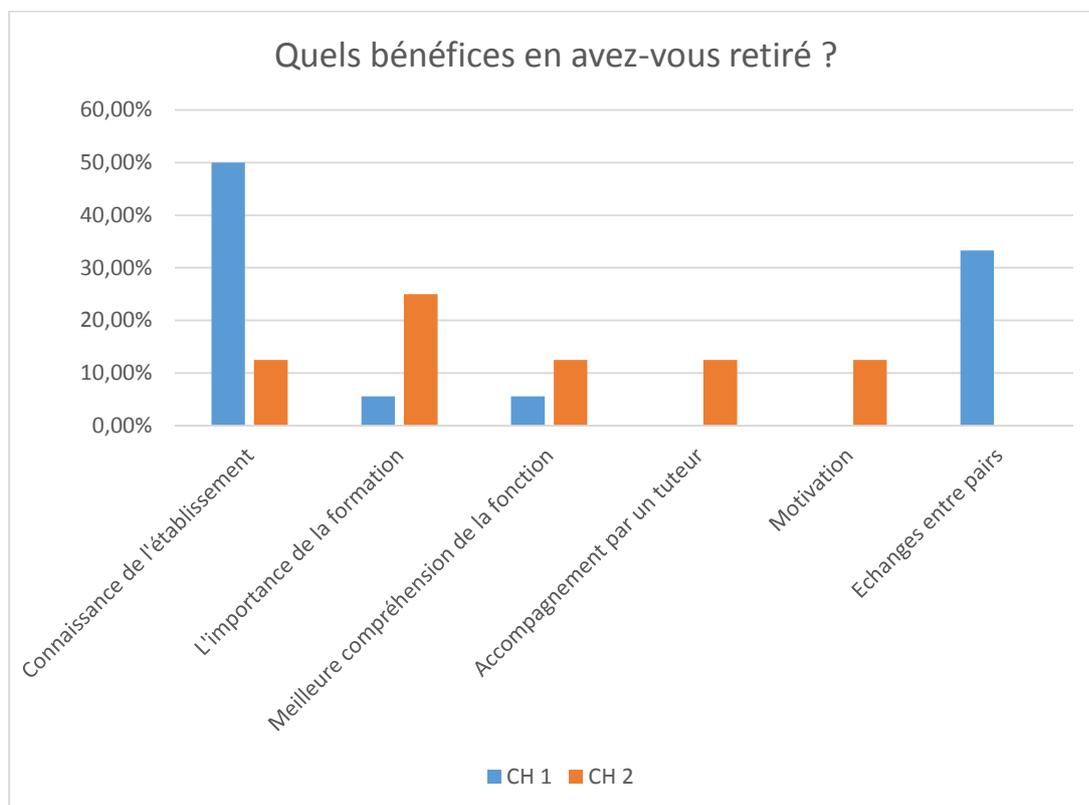


Tableau 20 :

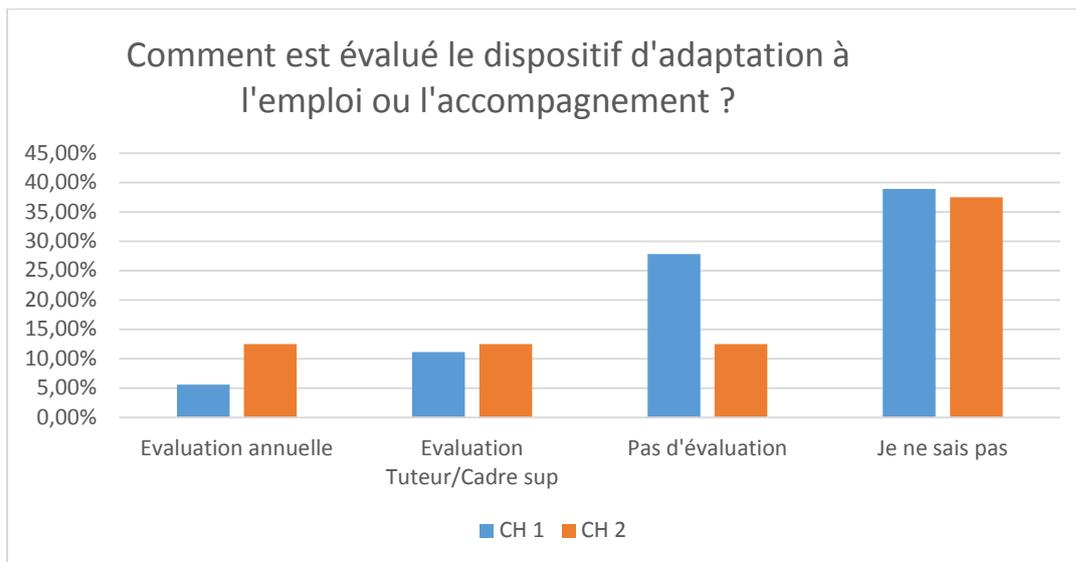
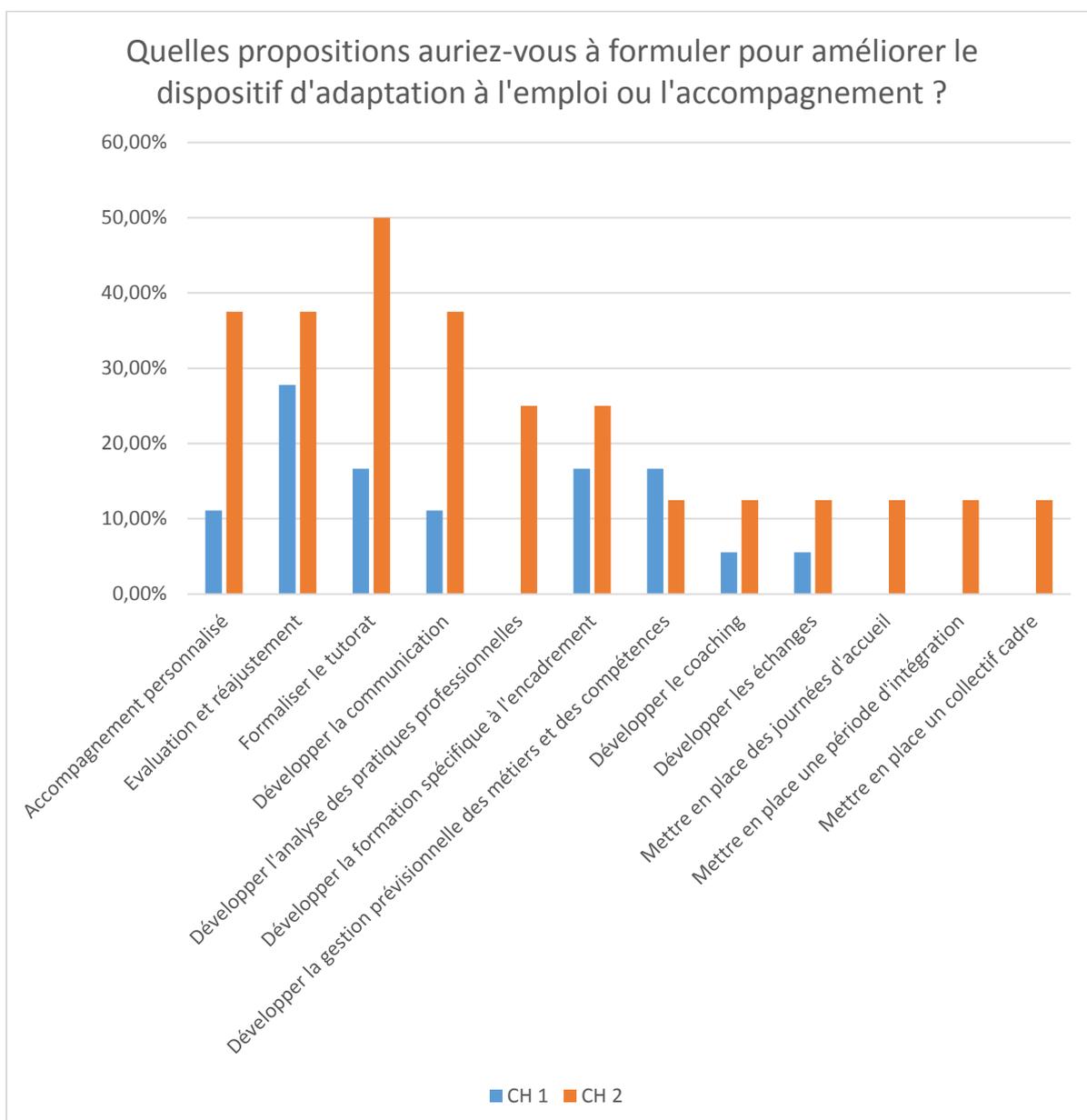


Tableau 21 :



SAUVAGEOT

Christine

Décembre 2015

## Directeur des soins

Promotion 2015

# La politique managériale du directeur des soins : une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes

### **Résumé :**

La politique managériale fait l'objet d'une convergence de mise en œuvre tant au niveau réglementaire qu'au niveau des recommandations ministérielles depuis déjà quelques années.

Sa déclinaison, au sein de la politique managériale du directeur des soins a-t-elle permis aux cadres de santé décrits tour à tour comme : invisibles, empêchés et comme « éléments cruciaux », de s'adapter aux différentes évolutions législatives et réglementaires ? De quels dispositifs d'accompagnement bénéficient-ils pour s'adapter aux changements et aux contraintes ?

Une enquête réalisée dans deux établissements auprès de 85 cadres met en lumière des problématiques de lisibilité et de cohérence, de compétences, d'adaptation à l'emploi et d'accompagnement.

A l'issue de l'analyse de l'enquête, des préconisations, à l'attention du directeur des soins, pour décliner la politique managériale sont proposées pour structurer et rendre lisible, renforcer la professionnalisation, cultiver la cohérence, développer l'évaluation en s'inscrivant dans une démarche de qualité de vie au travail, de management éthique et durable et en se projetant dans une future politique managériale de territoire.

### **Mots clés :**

Politique managériale-directeur des soins-adaptation-changements-contraintes-  
management-accompagnement des cadres-professionnalisation-compétences

*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.*