



**EHESP**

---

**Filière directeur des soins**

**Promotion : 2017**

**Date du Jury : décembre 2017**

---

**Du projet d'évolution professionnelle à  
sa concrétisation...**

**Quels leviers sont à disposition du  
directeur des soins, pour le repérage  
du potentiel d'un agent et son  
accompagnement ?**

---

**Peggy PROVOLO**



---

# Remerciements

---

Je tiens à adresser mes remerciement à :

L'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à cette enquête (directeur des ressources humaines, directeurs des soins, cadres supérieurs et cadre de santé paramédicaux, faisant fonction de cadre de santé), en acceptant de me consacrer de leur temps et de partager leur expérience riche d'enseignements,

Mes maîtres de stage qui m'ont permis l'acquisition des compétences pour cheminer vers ce nouveau métier,

Les intervenants de l'EHESP pour leur aide méthodologique,

Nos collègues de promotion pour leurs conseils et leur soutien durant toute cette année,

Et bien sûr à mon conjoint Alain, mes enfants Martin et Lucie, pour leur écoute, leur soutien et leur affection.

*« Ne crois pas que tu t'es trompé de route quand tu n'es pas allé assez loin. »*

Claude AVELINE, *Avec toi-même, etc...*, 1963.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	1
<b>1 Les concepts au service de la compréhension de la problématique</b> .....	6
1.1 La détection des potentiels, des aptitudes et des talents, quelles distinctions ? ..	6
1.1.1 Les aptitudes individuelles .....	6
1.1.2 Les potentiels en évolution.....	6
1.1.3 La notion de talent.....	7
1.2 Le repérage des aptitudes et leur évaluation .....	8
1.2.1 L'évaluation : une activité à la frontière du management et de la GRH.....	8
1.2.2 Le temps de l'entretien .....	9
1.2.3 L'évaluateur : un acteur au rôle primordial.....	10
1.2.4 L'évaluation : un outil dont les enjeux sont clairs et les limites connues ....	10
1.2.5 Une dynamique d'évaluation à entretenir .....	11
1.3 L'accompagnement : une représentation en évolution.....	12
1.3.1 Les usages.....	12
1.3.2 Les modèles d'accompagnement.....	13
1.3.3 Les postures dans la démarche d'accompagnement.....	13
1.3.4 Les acteurs en jeu dans la démarche d'accompagnement.....	14
1.4 Le concours, une méthode de sélection .....	16
1.4.1 Le principe d'égal accès aux emplois publics .....	16
1.4.2 Les conditions inhérentes aux concours de la fonction publique .....	17
1.4.3 Les modalités existantes .....	17
1.4.4 Le concours est une méthode de recrutement soumise à controverses ....	18
1.4.5 Carrière statutaire et carrière fonctionnelle.....	18
<b>2 De l'enquête exploratoire à l'enquête de recherche</b> .....	20
2.1 Cadre conceptuel de l'enquête.....	20
2.1.1 Enquête exploratoire .....	20
2.1.2 Lieu de l'enquête.....	21

2.1.3	Population interviewée.....	21
2.1.4	Présentation de l'outil .....	22
2.1.5	Les limites de l'enquête .....	23
2.1.6	Les points forts de notre enquête.....	23
2.2	Analyse de l'enquête de terrain.....	23
2.2.1	Le repérage des aptitudes ou potentiels professionnels .....	24
2.2.2	L'accompagnement du projet d'évolution professionnelle .....	26
2.2.3	Les préconisations des acteurs de terrain.....	31
2.3	Synthèse de l'analyse de l'enquête de terrain et confrontation des hypothèses.	35
<b>3</b>	<b>Des préconisations au service de la promotion professionnelle des paramédicaux.....</b>	<b>38</b>
3.1	La politique institutionnelle : un appui indispensable pour la promotion professionnelle .....	38
3.1.1	Projet établissement, projet managérial.....	38
3.1.2	Optimiser le processus d'attractivité et de fidélisation des agents ayant du potentiel d'évolution .....	39
3.1.3	Communiquer sur les possibilités d'évolution professionnelle ainsi que sur les dispositifs institutionnels prévus .....	40
3.2	Les leviers à actionner afin de promouvoir les projets professionnels des cadres de santé paramédicaux .....	41
3.2.1	Le repérage du potentiel des cadres de santé .....	41
3.2.2	L'accompagnement des postulants à des fonctions de D3S, DS, diplômes universitaires .....	43
3.3	La détection d'un vivier de futurs cadres de santé et son accompagnement.....	44
3.3.1	L'émergence du projet professionnel .....	45
3.3.2	L'accompagnement d'un professionnel paramédical vers les fonctions de cadre de santé.....	46
3.3.3	L'accompagnement professionnel s'il y a une affectation en tant que faisant fonction de cadre de santé.....	47
	<b>Conclusion .....</b>	<b>50</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>52</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CDP : Cadre de Pôle

CGS : Coordinateur Général des Soins

CNG : Centre National de Gestion

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers Rééducation et Médico-Techniques

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

D3S : Directeur des établissements Sanitaires Sociaux et médico-Sociaux

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FFCDS : Faisant Fonction de cadre de santé

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC : Gestion Prévisionnelles des Métiers et des Compétences

IFCS : Institut de Formation de Cadres de Santé

PRE : Plan de Retour à l'Equilibre

PSIRMT : Projet de Soins Infirmiers Rééducation et Médico-Technique





## Introduction

L'évolution du système de santé et des organisations sanitaires sont au cœur de réformes publiques, de grande ampleur. La nouvelle approche de la santé ainsi que la tarification à l'acte renforcent la place du cadre de santé au cœur du système de santé, tant dans les hôpitaux publics que dans les politiques de gestion menées dans les établissements de soins privés. Il occupe une place de plus en plus importante dans l'organisation des structures de soins. Son rôle évolue en lien avec la nouvelle gouvernance et les réformes hospitalières : mise en œuvre des pôles et plus récemment des Groupements Hospitaliers de Territoire. Le renforcement quotidien de l'imprévu nécessite de perpétuels remaniements organisationnels. Le cadre de santé se trouve en position d'anticiper, de construire et de fiabiliser les organisations.

De plus, les missions du cadre de santé ont évolué, il est l'interface entre la hiérarchie et le personnel soignant, au cœur du triangle médical/soignant/administratif. Ses missions se diversifient, les liens hiérarchiques directs avec la Direction des Soins renforcent sa position comme un véritablement manager. Le tissage administratif/médical/technique vient soutenir la mission première d'organisation et de sécurisation des soins, inhérente aux cadres de santé de proximité. Sa position stratégique au sein de l'organisation hospitalière lui confère un rôle central dans la gestion des équipes et dans la rencontre avec les patients. Le cadre de santé de proximité est un acteur incontournable de toutes les évolutions de pratiques professionnelles.

Cependant, le sentiment d'appartenance et de reconnaissance des cadres est mis à mal. Ils évoquent un manque de reconnaissance par rapport aux équipes encadrées, au corps médical et à l'institution. Une hypothèse de décalage, entre les sentiments d'appartenance définis et ressentis, est en partie à l'origine du mal être et de la problématique d'identité professionnelle, au sens de C.DUBAR. Ce décalage produit un effet négatif sur l'engagement institutionnel et professionnel. Paule BOURRET<sup>1</sup> évoque : « les cadres de santé de proximité ont la particularité d'être des encadrants eux-mêmes encadrés. Leur travail consiste à manager, encadrer le travail des autres...ils mettent la main à la pâte...le cadre de santé se trouve à un paroxysme de l'indétermination. ». L'isolement et le sentiment de ne pas être entendu, renforcent le sentiment d'épuisement qui est ressenti par une partie des professionnels. Ils perçoivent un décalage entre les propos officiels tenus par leur hiérarchie et la réalité quotidienne de la pratique de terrain.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> P.BOURRET, Les cadres de santé à l'hôpital, éd Seli Arslan, PARIS, 2006,

<sup>2</sup> E. HERVE, Prévenir l'épuisement professionnel des cadres de santé, Mémoire EHESP, déc. 2013

De plus, nous constatons depuis la mise en place des pôles d'activité en 2005 (consacrée par la Loi Hôpital, patients, santé, territoire du 21 juillet 2009), que le nombre de postes de cadre supérieur de santé s'amenuise. La plupart des cadres de santé n'imaginent pas la possibilité d'évoluer sans passer par ce statut de cadre supérieur de santé. Ce constat est conforté par le rapport annuel du CNG, faisant état du nombre d'inscriptions au concours de directeur des soins. Ce sont majoritairement des CSS (60%), contre 40% de CS qui se présentent à ce concours. Quand bien même l'accès au concours de directeur des soins est ouvert aux cadres de santé, ils ne représentent que 29% des élèves en formation (2015). Cette tendance tend à s'inverser depuis 2016. Les cadres de santé au cœur de l'activité managériale souffrent d'un manque de perspectives d'évolution professionnelle.

Pour faire face à ces nouveaux enjeux, la formation même des cadres de santé vit une mutation. Aujourd'hui, les cadres de santé doivent être plus autonomes et ont plus de responsabilités. Le cursus est donc modifié en fonction des nouveaux besoins : autonomie, approfondissement des savoirs dans la gestion des ressources humaines. En effet, les évolutions des cursus d'étude (accord de Bologne) intègrent les IFSI et IFCS dans le parcours universitaire LMD (licence/master/doctorat).

Chantal de SINGLY est chargée, en 2009<sup>3</sup>, d'analyser la fonction de cadre de santé. La mission ministérielle s'oriente alors autour de 3 axes :

- Relever le défi de la complexité de la fonction d'encadrement à l'hôpital,
- Construire et développer les compétences des cadres hospitaliers
- Affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier

Les préconisations de ce rapport sont déclinées comme suit:

- *Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement*
- *Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier*
- *Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres*
- *Pour un accompagnement national des projets et des innovations conduits par les cadres*
- *Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations*

La question de la réforme du dispositif de formation des cadres de santé est retenue comme axe prioritaire, notamment l'accès au grade de master et la redéfinition des référentiels métiers et compétences des cadres de santé.

En effet, la multiplicité des réformes structurelles et fonctionnelles des établissements de santé, depuis la réforme des missions des cadres de santé en 1995 (soit 22 ans), impose

---

<sup>3</sup> De Singly C., Rapport de la mission cadres hospitaliers, Ministère de la Santé et des Sports, sept. 2009

désormais une nouvelle redéfinition de celles-ci. Suite à ce rapport, un comité de suivi et d'évaluation piloté par Bernard VERRIER émet des préconisations sur la formation des cadres de santé et leur parcours professionnel. Cependant, la réflexion sur la refonte de la formation cadres de santé (approche activités/compétences) n'est toujours pas aboutie à ce jour. Depuis quelques années, le nombre de candidats au concours d'entrée en formation de cadre de santé est en chute. Actuellement, la plupart des IFCS, ne remplissent plus leur quota d'étudiants en formation. Des IFCS de la région Bretagne et de la région des Hauts de France, nous ont confirmé cette tendance, leurs promotions d'étudiants ne complètent que la moitié du quota de leur autorisation de formation. La profession de cadre de santé n'est plus attractive. Le nombre de diplômés ne suffit plus pour assurer les postes.

Ce sont donc des infirmiers, « faisant-fonction » de cadre, qui occupent les postes vacants. Le recours aux faisant-fonction de cadre est devenu banal, il conditionne d'ailleurs souvent l'accès à une formation professionnelle financée par l'établissement. Le parcours de ces « faisant-fonction » est parfois chaotique. Des « concours de sélection » interne afin d'accéder à une préformation viennent allonger les délais d'accès au concours d'entrée en IFCS. Certains arrêtent leur projet d'évoluer vers la fonction de cadre de santé : par manque d'identification, manque d'accompagnement, longueur du parcours...Le concours sur titre est souvent réalisé par les établissements dans un délai de 1 à 3 ans après l'obtention du diplôme, alors que l'agent exerçait déjà cette fonction auparavant.

Ce constat de désaffectation de la profession, se retrouve également au niveau du métier de directeur des soins. Des enquêtes menées par la Fédération Hospitalière de France en collaboration avec l'EHESP et l'Association Française des Directeurs des Soins<sup>4</sup>, ainsi que l'enquête réalisée par le SYNCASS-CFDT auprès de 358 directeurs des soins, mettent en évidence une situation tendue pour le corps des directeurs des soins. En effet, ce métier peine à être reconnu aujourd'hui et depuis de nombreuses années les postes offerts ne sont pas totalement pourvus. Le rapport d'activité du Centre National de Gestion met en évidence :

- un vieillissement du corps (âge médian passant de 54.9 ans en 2012, à 55.7 ans en 2014) en lien avec un accès tardif à cette fonction (il s'agit d'une 3ème carrière)
- une baisse d'effectif des directeurs des soins de 8% en 4 ans, dont l'origine est un nombre de sorties du corps, supérieur au nombre d'entrées.

Quant à la formation des directeurs des soins, il existe une sous représentativité des cadres de santé dans la formation : 29% de cadres contre 71% de cadres supérieurs en

---

<sup>4</sup> *Directeur des soins et si on y croyait*, étude conjointe de 2016, disponible sur le site [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

2015 (cela tend à s'atténuer en 2016). Le nombre de postes ouverts au concours a augmenté, passant de 35 en 2012 à 60 en 2017. Malgré une augmentation de ces places le nombre d'élèves DS en formation n'a pas augmenté entre 2011 et 2013, mais commence une progression depuis 2014. Si bien que seulement 52.6% des postes vacants proposés aux élèves ont été pourvus, entre 2011 et 2014.

Le nombre insuffisant de directeurs des soins pour répondre au nombre de postes vacants, combiné aux évolutions de gestion hospitalière, amènent le métier à évoluer vers de la coordination de plusieurs activités voir de plusieurs établissements.

**Mon parcours professionnel** m'a amené après 6 ans d'exercice en tant que cadre de santé à me questionner sur mon avenir professionnel. J'étais impliquée au quotidien dans mes fonctions de cadre de proximité, mais aussi dans l'institution par quelques missions transversales. Quelles évolutions étaient encore possibles ? Après une VAP, j'ai pu suivre une formation professionnelle universitaire et obtenir un Master II. Cependant malgré ce diplôme, je n'avais aucune perspective de poste de cadre supérieur de santé, au contraire les postes fermés lors d'un départ en retraite. Suite à plusieurs rencontres formelles et informelles avec le cadre paramédical de pôle et la Coordonnatrice Générale des Soins, j'ai pris conscience de la possibilité d'accès au grade de Directeur des Soins, par concours. Après un jury de sélection interne, j'ai été retenue pour un accompagnement par l'institution dans ce projet. L'établissement s'est engagé au financement d'une préparation semi-présentielle au concours d'accès au grade de DS et d'un poste de cadre de santé détaché au service de la direction des soins, sur des missions d'appui (réorganisations médico-soignantes en lien avec le PRE). J'ai ainsi passé 13 mois à la direction des soins, cette expérience très enrichissante m'a ouvert sur une vision globale des politiques hospitalières et de l'organisation des soins. J'ai obtenu le concours d'accès au grade de DS et suis désormais en formation à l'EHESP. Est-ce le hasard de bonnes rencontres ? L'opportunité de ce poste a augmenté mes chances de réussite, c'est une évidence pour moi.

Ce travail de recherche est pour moi l'occasion de me pencher sur les perspectives d'évolution de carrière des professions paramédicales, pourquoi si peu d'inscrits au concours d'accès à la formation de cadre de santé et au grade de DS ou de D3S?

Le DS est un interlocuteur des paramédicaux dans leurs projets professionnels, il lui est possible de repérer les aptitudes des candidats potentiels et de les accompagner. En effet le décret du 19 avril 2002<sup>5</sup>, précise la mission d'animation du collectif soignant

---

<sup>5</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623>

par le directeur des soins. De plus le référentiel métier<sup>6</sup> évoque : « Il développe avec le Directeur des Ressources Humaines l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants ». En tant que futur directeur des soins, il nous importe de pouvoir accompagner les professionnels paramédicaux, dans leur démarche de promotion professionnelle, en ayant connaissance des freins et des leviers éventuels pour développer ce projet.

Nous formulons donc l'objet de notre recherche au travers de la question suivante : **En quoi le repérage des potentiels et leur accompagnement, facilitent leur évolution professionnelle vers des fonctions d'encadrement ou de direction ?**

Plusieurs questions naissent de cette interrogation :

- Comment repérer des potentiels pouvant être accompagnés dans un projet professionnel ?
- L'accès à un concours professionnel paramédical (de type CS, CSS, DS) est-il facilité par un accompagnement préalable ?
- Qu'est-ce qu'un accompagnement professionnalisant ?
- Quels peuvent être les impacts d'un dispositif de « repérage-accompagnement » sur les groupes professionnels ?

Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- Le repérage des potentiels s'inscrit dans un processus interne aux établissements, dont les obligations réglementaires (concours sur titre ou concours d'entrée) sont un aboutissement.
- L'accompagnement des professionnels paramédicaux relève d'une dynamique collective, sous la responsabilité du directeur des soins.
- Un processus institutionnel de valorisation des compétences influe sur la motivation et l'investissement des cadres pour des missions transversales.
- L'effectivité d'un dispositif de « repérage-accompagnement » des projets professionnels dynamise et fidélise le personnel d'encadrement.

La première partie de notre travail abordera le cadre conceptuel de notre réflexion au travers des notions de repérage des potentiels et des talents, d'accompagnement professionnel, d'évaluation et de concours, afin d'éclairer notre analyse de situation. La deuxième partie présentera la méthodologie retenue pour l'enquête de terrain et les résultats supports de l'analyse. Enfin, la troisième partie proposera des pistes de réflexion et des préconisations au service de la promotion professionnelle des paramédicaux.

---

<sup>6</sup> Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, disponible sur le site : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=29>

# **1 Les concepts au service de la compréhension de la problématique**

## **1.1 La détection des potentiels, des aptitudes et des talents, quelles distinctions ?**

### **1.1.1 Les aptitudes individuelles**

Le Centre National de Recherches Textuelles et Lexicales définit l'aptitude de quelqu'un comme « une qualité rendant possibles certaines performances ».

L'aptitude est la capacité physique et morale à faire aisément une chose précise. Une aptitude peut donc être une compétence professionnelle ou une compétence personnelle. Par exemple, "aptitude dans la gestion des hommes" peut-être une compétence professionnelle et signifie qu'un individu a la capacité physique et morale de conduire d'autres personnes. Une aptitude est un atout pour l'employeur si elle entre dans la compétence professionnelle (compétences personnelles liées au poste de travail). Parce que c'est à partir de ce moment que l'employeur peut objectivement l'évaluer).

Edgard Morin dit même qu' « une aptitude ne reste une aptitude que si elle s'efforce de se dépasser, que si elle est un progrès ». Nous pouvons donc penser que des aptitudes sont des dispositions naturelles innées, mais avec une notion de marge d'acquisition en fonction du milieu, de la formation, de l'expérience personnelle ou professionnelle.

Le terme d'aptitude est souvent lié à ceux de capacité et habileté et peut se comprendre comme faculté, talent, disposition, qualité. Ces termes ne sont pourtant pas synonymes, mais sont complémentaires. A la notion d'aptitude telle qu'une disposition naturelle ou acquise de quelqu'un à faire quelque chose, s'ajoute une notion psychologique du terme. En effet, l'aptitude couvre une dimension selon laquelle se différencient les individus. La dimension psychologique admet que l'expérience (savoir-faire) évolue à des rythmes variables selon les aptitudes et caractéristiques individuelles. Nous défendons l'idée selon laquelle l'aptitude n'est qu'un potentiel à activer, pour devenir une compétence. Le champs de la compétence pourrait être exploité, cependant la thématique de notre sujet de mémoire, nous centre sur les notions d'aptitude et de potentiel.

### **1.1.2 Les potentiels en évolution**

Comme nous l'avons vu, la notion de potentiel est souvent associée à celle d'aptitude. Le terme de potentiel se définit selon le dictionnaire Robert, comme « un ensemble des ressources que possède en puissance un individu ou un groupe humain ou

un système industriel ; capacité d'action ou de production ». Le potentiel, c'est ce qui est sous-jacent à la compétence, c'est ce qui a permis d'acquérir la compétence. Par définition, le potentiel est toujours plus étendu que la compétence. Nous possédons tous un tas de capacités qui ne se concrétiseront jamais parce que les circonstances de la vie ne nous en donneront pas l'occasion, parce que nous ne ferons pas les apprentissages nécessaires ou parce que nous n'imaginons même pas que nous avons ces talents. Le potentiel, c'est donc la capacité à acquérir des compétences.

La notion de potentiel évolutif renvoie à la capacité à acquérir de nouvelles compétences, qui vont permettre à un individu donné de progresser dans la hiérarchie des postes et des fonctions telle que la structuration de l'entreprise l'organise. On définira ainsi **le potentiel par la capacité à développer, dans un délai satisfaisant, des compétences d'un degré supérieur.**

Dans le champ du management, l'emploi de ce mot est le plus souvent associé au terme de « haut potentiel » c'est-à-dire doué ayant une capacité intellectuelle hors norme. L'idée de « haut potentiel » se réfère souvent à l'accélération sélective des carrières en vue, de la préparation en amont du renouvellement des dirigeants et des cadres supérieurs.

### **1.1.3 La notion de talent**

Le modèle de management par compétences présente une complexité de mise en œuvre, il doit être en lien avec un référentiel de compétences (inexistant pour les cadres de santé). Cependant, les nouvelles méthodes projets font développer de nouvelles compétences, qui sont hors référentiel (référentiel de compétences des directeurs de soins, datant de 2002). Les notions de talent et de manager les talents, émergent. La compétence d'un individu se définit par ce qu'il sait faire, son talent est caractéristique de ce qu'il fait mieux que les autres. Le talent est **une excellence individuelle dans une action donnée.**

Le modèle de gestion des compétences jugé trop bureaucratique s'essouffle. De plus, l'industrie nous apprend que manager les talents a pour objectif de fidéliser les talents, de garder l'avantage concurrentiel. Il s'agit d'un modèle totalement intégré chez Bombardier, par exemple. Il s'agit de pousser les talents à leur plus haut degré de développement, grâce à un modèle managérial favorisant les meilleures conditions de leur expression, par une prise en compte des individus et de leurs souhaits professionnels de développement. Accompagner les talents c'est aussi intégrer les démarches de mise en situation et les faire se révéler sur le terrain. Faire émerger et expérimenter un talent intègre la notion d'individualiser le chemin du « talent ». Le talent se niche là où il convient de faire la différence. Il se déploie et se valorise dans la rencontre entre les personnes et les organisations, la réalisation d'activités « critiques », le tout dans un environnement de

travail favorable, susceptible de créer les conditions pour permettre à la personne talentueuse de s'exprimer.

Il s'agit d'identifier les talents à tous les niveaux, pas juste les hauts potentiels. La pratique managériale de l'institution publique doit alors s'orienter vers le management des talents et vers la cohésion sociale, afin de créer une équité des agents et une richesse du service public. Dans ce sens, on peut alors penser à la transférabilité de cette notion à l'hôpital et suggérer que l'amélioration de la performance des organisations hospitalières passe par la gestion des talents des équipes d'encadrement.

Accompagne t'on l'émergence des talents ? Quel outil pour les directeurs des soins, leur permettant de détecter les potentiels dans leur équipe d'encadrement ? Faut-il plus de transparence dans le processus de promotion professionnel ?

En effet, comme le signale Frederik Herzberg, il existe deux catégories de besoins : ceux physiologiques associés au « facteur hygiène » et ceux psychologiques associés au « facteur motivation ». En s'appuyant sur cette base, il pose les principes de la notion d'enrichissement au travail. Pour motiver un salarié, des éléments correspondants au facteur motivation doivent être incorporés dans la configuration du poste de travail, afin de l'enrichir. Les facteurs de motivation : comme la réussite, l'intérêt au travail, les responsabilités ou les possibilités de promotion professionnelle sont des stimulants. Le respect de ces critères augmente l'intérêt des salariés pour leur travail et donc leur efficacité.

Nous pouvons donc appréhender l'importance de la détection de potentiels afin de les accompagner dans une promotion professionnelle et une motivation complémentaire dans leurs fonctions.

## **1.2 Le repérage des aptitudes et leur évaluation**

### **1.2.1 L'évaluation : une activité à la frontière du management et de la GRH**

L'évaluation est un outil qui sert de support à des actes de GRH partagée. Elle s'est dans un premier temps généralisée au monde de l'entreprise, puis a gagné la fonction publique. Elle est aussi un outil qui a permis de faire évoluer le management dans la fonction publique et plus précisément à l'hôpital. Il a permis de passer d'un encadrement hiérarchisé, descendant, parfois paternaliste, à un management centré sur la coopération, la confiance et le développement individuel. Parallèlement la notion de projet s'est également développée dans le management hospitalier.

Son contenu peut varier en fonction des objets de l'évaluation :

- La performance : Consiste à évaluer les résultats d'un salarié.



- Le professionnalisme : la maîtrise des différentes compétences nécessaires au salarié dans son métier pour pouvoir effectuer un travail de qualité dans la durée.
- Les compétences : consiste à recenser les « savoirs », « savoir-faire » et « savoir être » détenus par le salarié
- Le potentiel : c'est la capacité à acquérir rapidement, soit par la formation, soit à son poste de travail, les compétences nouvelles utiles pour occuper un métier différent.
- L'implication ou de la motivation au travail : le degré d'implication du salarié dans son travail et le niveau d'engagement dans ses activités.

Les objectifs sont multiples, ils portent sur l'ajustement des missions et responsabilités, du degré de réalisation, d'adaptation au poste, du développement de l'employabilité et de la progression de carrière. C'est pourquoi, le système d'évaluation doit permettre de mesurer la contribution de chacun, de favoriser l'accroissement de cette contribution et de garantir un lien avec la rétribution.

### **1.2.2 Le temps de l'entretien**

L'entretien en face à face est l'instrument clé du suivi et du management des hommes. Il est le plus souvent annuel et apparait sous des intitulés variables : entretien annuel d'évaluation, entretien annuel professionnel, entretien annuel d'appréciation des performances, ou encore entretien annuel de développement. Ces appellations varient en fonction de la culture de l'entreprise, des objectifs poursuivis, de l'état d'acceptation d'une culture de résultats.

L'objet au centre de cet échange est l'agent, le professionnel paramédical encadrant : ses activités, ses compétences, sa participation à la dynamique institutionnelle, sa contribution aux objectifs fixés, son sentiment sur l'année écoulée, ses attentes, ses besoins, les sources de satisfaction et d'insatisfaction. Il peut être un espace de « délibération », voire de négociation, quand la confiance entre les deux acteurs est installée. Cela peut permettre notamment de solliciter l'aide du supérieur hiérarchique, dans la définition d'un projet d'évolution professionnelle ou d'une demande de formation. L'entretien annuel est un moment d'échange privilégié, facilitant l'écoute, la relation interpersonnelle et une connaissance mutuelle qui n'est pas toujours possible au quotidien.

Il s'agit d'une démarche rigoureuse, planifiée, préparé en amont par les deux protagonistes. Elle est conduite par le supérieur, au regard de la procédure prévue par l'établissement. Une synthèse est réalisée à l'issue de l'entretien, elle est co-signée, comme une forme d'engagement mutuel.

### **1.2.3 L'évaluateur : un acteur au rôle primordial**

Dans ce cadre le supérieur hiérarchique n+1, est chargé de l'entretien, il est amené à maîtriser cet outil et surtout à lui donner du sens, pour le légitimer auprès de ses collaborateurs. L'évaluateur doit être en mesure de définir ce qu'est une compétence, mais aussi de disposer du référentiel de compétences relatif à la profession. Ce dernier dans le cadre de l'évaluation paramédicale hospitalière est disponible sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Le référentiel de compétence est à confronter aux situations de travail, afin de le rendre opérationnel et légitime. L'évaluateur identifie les niveaux de compétences. Il s'agit notamment de mettre en perspectives la marge de progression possible avec le programme de formation à proposer.

L'entretien représente une opportunité d'émergence d'une ingénierie de formation (individualisée ou collective) particulière, ou de construire des situations qualifiantes, afin de développer l'apprentissage en situation. Un accompagnement dans cette émergence relève du responsable hiérarchique. Il s'agit bien d'identifier des potentiels d'évolution du collaborateur, en sus de le faire progresser. Cela suppose une bonne connaissance de l'organisation et des parcours professionnels possibles ou les concours accessibles aux professionnels paramédicaux.

Participer à l'évaluation RH ne se fait pas sans « risque » pour le manager. En effet, il peut paraître plus profitable de garder ses meilleurs collaborateurs que de les promouvoir. A contrario, il semble parfois préférable de promouvoir des collaborateurs que l'on juge peu performants, afin de permettre leur départ de l'équipe.

### **1.2.4 L'évaluation : un outil dont les enjeux sont clairs et les limites connues**

La question est alors où se situe l'intérêt du professionnel évalué et celui de l'institution ? Comment convaincre de travailler plus, de s'investir dans d'autres missions, quand on sait que l'augmentation de rémunération n'est pas proportionnelle ? L'évaluation permet-elle la reconnaissance des compétences et des aptitudes du professionnel ? Dans un contexte hospitalier dont le cadre financier est contraint, comment valoriser la contribution de chacun ? De plus le cadre déterminé par la notation dans la FPH, permet-il de valoriser l'investissement des professionnels d'encadrement paramédicaux ?

Le système d'appréciation est particulièrement important dans le cadre d'un processus de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et asseoir les décisions concernant les carrières des salariés. L'évaluation professionnelle est considérée comme un acte managérial important, dont les enjeux sont multiples :

- Economique : définir quel salarié peut réussir dans un dispositif de formation qualifiant et coûteux, dont la mise en place est essentielle pour s'adapter à une évolution technologique ou organisationnelle.
- Pédagogique : Permet aux salariés de disposer d'un regard externe sur leurs performances et compétences.

- Psychologique : Renvoie à des éléments personnels d'identité professionnelle, d'estime de soi.
- Stratégique : bâtir ou valider des plans d'évolution collectifs ou individuels.
- Politique : disposer d'un regard sur la situation actuelle de l'organisation ou de la matrice des forces et faiblesses des Ressources Humaines.

L'appréciation peut être définie comme un jugement porté par un supérieur hiérarchique sur le comportement d'un individu dans l'exercice de ses fonctions. Elle s'intègre dans un processus d'appréciation de la valeur du personnel pour une organisation, pas la valeur de l'individu mais la valeur des résultats de son activité. La confusion entre valeur de l'individu et valeur des résultats de son activité, peut être vécue comme relégation de la personne à l'état de marchandise et provoque alors une représentation erronée de la relation hiérarchique. C'est un résultat contre-productif au regard des attentes de l'évaluateur.

L'évaluation peut s'avérer être un exercice complexe. En effet, il est incontestable qu'il existe une part de subjectivité dans l'évaluation et que les critères d'appréciation sont variables selon les évaluateurs. De plus elle provoque un stress chez l'évalué, qui est reçu par un supérieur.

### **1.2.5 Une dynamique d'évaluation à entretenir**

L'évaluation annuelle, temps primordial d'échange entre l'agent et son supérieur, est marquée par une évaluation de compétences figées dans un référentiel de la fonction publique, qui peine à s'adapter. Le vécu des cadres quant à ce moment est mitigé et synonyme de lourdeur bureaucratique. Les établissements peinent à accompagner les volontés d'évolution et peu de programmes de formations spécifiques aux cadres figurent dans les plans annuels de formation.

Enfin, l'évaluation est un processus complexe impliquant, au-delà du face à face manager/collaborateur, un système plus global qui mobilise une pluralité d'acteurs, de procédures et d'outils. L'évaluation individuelle s'inscrit dans les limites d'un système de gestion des postes ou des emplois, en correspondance avec des niveaux de qualifications et des diplômes qui, quoi qu'on en dise, cadrent les possibilités d'évolution et de reconnaissance.

Le support de l'entretien d'évaluation pour être efficient doit être co-construit, par les ressources humaines et les managers l'utilisant. C'est pourquoi le directeur des soins est incontournable dans la construction de la procédure d'évaluation et dans les supports utilisés. L'évaluation des cadres de santé se heurte à certaines limites, qui semblent importantes de dépasser, au regard de la place centrale occupée par les cadres de santé, dans le management hospitalier.

En conclusion l'évaluation n'est légitime qu'intégrée à une politique globale de GRH qui en amont, définit des normes d'évaluation négociées et/ou acceptables par

tous ; et en aval, construit un dispositif cohérence de développement professionnel articulant formation, règles de mobilité, trajectoires professionnelles et dispositifs de reconnaissance des salariés. Ce dispositif se doit d'être adapté à chaque corps professionnel paramédical (ici : CS, CSS).

### **1.3 L'accompagnement : une représentation en évolution**

Le terme d'accompagnement possède une sémantique diverse, le sens général est « *ajouter quelque chose à autre chose* ». Selon Verspieren « accompagner quelqu'un ce n'est pas lui précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ».<sup>7</sup>

L'accompagnement est l'acte commun de l'accompagnant et de l'accompagné, cette situation est unique, puisque l'un et l'autre s'engagent dans un agir commun : « accompagner - être accompagné ». Ces deux formes active et passive du verbe « accompagner », font le sens du concept d'accompagnement, puisqu'elles désignent les deux versants d'un même agir.<sup>8</sup> La pratique de l'accompagnateur est désignée par la forme active du verbe, alors que la démarche de la personne accompagnée l'est par la forme passive. En pratique, l'accompagnement ne peut être distingué, il se vit en situation au travers de deux pôles. La dualité des positionnements et l'unité de la situation donnent sens au concept d'accompagnement. La particularité de ce concept est la liaison forte entre ces deux acteurs, ainsi qu'une expérience qui les soude.

Le concept d'accompagnement se rapproche d'autres notions, telles que : le compagnonnage, le tutorat, le mentoring, le coaching. Cependant, les problématiques et les objectifs de ces méthodes restent différents.

#### **1.3.1 Les usages**

Les premiers usages sociaux de l'accompagnement ont été dans l'accompagnement des mourants et dans l'insertion sociale des jeunes. L'accompagnement relève maintenant d'une dimension réflexive et non plus d'une recherche de solutions. Il est une réponse dans un contexte de rupture sociale, ou dans un contexte de transition professionnelle, situation qui nous concerne ici. Il faut distinguer l'accompagnement pédagogique, centré sur le développement de connaissances, de l'accompagnement professionnel centré sur des compétences ou des savoir-faire. Il s'agit d'une relation dont la pratique qui consiste à aider pour une durée limitée une personne qui le demande et qui se trouve en situation

---

<sup>7</sup> P. VERSPIEREN, Face à celui qui meurt, éd Temps et Contretemps, Desclée de Brouwer, Paris, 1984, p 183

<sup>8</sup> G. WIEL, G. LEVESQUE, Penser et pratiquer l'accompagnement, accompagnement et modernité, de la naissance à la fin de vie, éd Chronique Sociale, juin 2009.

difficile. L'accompagnement réside alors dans l'analyse avec la personne, de sa situation et de chercher avec elle des voies vers un avenir auquel elle peut accéder. C'est pourquoi l'accompagnement est une adaptation aux objectifs et aux priorités de la personne accompagnée, au regard de sa propre problématique. C'est une démarche non linéaire, le départ et l'objectif sont connus mais des détours sont possibles.

### **1.3.2 Les modèles d'accompagnement**

L'accompagnement semble correspondre aux besoins nouveaux des professionnels de santé : recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels. Le terme se substitue de plus en plus à celui de prise de charge (ex : fin de vie).

Il existe plusieurs modèles d'accompagnement, que l'on retrouve dans les ouvrages de Michel VIAL et de Maela PAUL, nous n'en exposerons que les 4 principaux :

- L'accompagnement maïeutique, dont l'origine retrouvée chez Socrate et Platon dans « *Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les Dieux* ». L'objectif vise à aider les hommes à « *accoucher d'eux-mêmes* ». C'est-à-dire de mobiliser les ressources de la personne en la mettant en contact avec « *son intériorité* ». La mission de l'accompagnant est de permettre l'analyse de la situation, en s'appuyant sur sa propre expérience. Au travers d'un échange entre les deux protagonistes, ils cherchent ensemble et se révèlent réciproquement. C'est une construction qui relève de l'autoévaluation : où celui qui est à l'origine du processus en est le bénéficiaire et l'autre en est le vecteur.
- L'accompagnement thérapeutique : Le premier précepte du serment d'Hippocrate est "*premièrement ne pas nuire*". La priorité est donnée à la mobilisation des ressources de la personne au regard de sa problématique et non de se substituer à elle, en lui fournissant le remède.
- L'accompagnement initiatique : Le but est le changement de statut par le biais de rites de passage. Le statut de la personne accompagnée évolue, il passe du statut de passif à celui d'actif, c'est-à-dire comme membre actif de sa communauté. C'est une forme d'accompagnement ancienne, dont le compagnonnage en est encore la trace.
- L'accompagnement par la relation d'aide : il s'agit d'une relation éducative compatible avec la quête du bien-être (et non pas du mieux-être), notamment prendre soin et non pas guérir ou soigner.

### **1.3.3 Les postures dans la démarche d'accompagnement**

La notion de posture dans la pratique de l'accompagnement tient un rôle primordial. L'accompagnement est rendu possible quand une posture est déterminée, tant chez l'accompagnateur que chez la personne accompagnée (l'encadrant paramédical en

évolution). Nous touchons là, le cœur de la pratique qui détermine la qualité de la relation à l'autre.

L'entretien est l'outil commun à presque toutes les pratiques, même si un entretien ne décrit pas à lui seul un accompagnement. Il s'agit d'un processus, d'un cheminement. La démarche peut être volontaire de la part de la personne, surtout dans le cadre d'un accompagnement professionnel. Cependant, il arrive que le projet émerge après une sollicitation.

Le temps est un paramètre important dans la démarche d'accompagnement. Le moment de l'accueil est primordial. Établir un contrat peut permettre de partir sur une base commune, grâce à un double engagement favorisant la confiance. La démarche d'accompagnement implique la notion de suivi et celle de bilan.

Il est nécessaire de procéder par étapes et d'individualiser la démarche, car le temps mis pour chaque étape sera différent d'une personne à l'autre. Une appropriation de la démarche permet d'amener l'accompagné vers l'autonomie.

Au-delà des particularités qui spécifient chaque pratique d'accompagnement, nous devons définir les invariants, qui traversent toutes les pratiques, dans tous les champs. Cet invariant est la posture de l'accompagnateur et la posture de l'accompagné, cœur de la relation ou du lien d'accompagnement. Certains parlent même de la pratique d'accompagnement comme étant une pratique d'humanisation.

### **1.3.4 Les acteurs en jeu dans la démarche d'accompagnement**

- L'accompagnateur :

Au-delà d'une attitude d'aide volontaire et intentionnelle, l'accompagnateur dispose de compétences et exprime un respect, une vision d'accueil de la personne, de l'autre en simplicité. Accompagner, c'est être en équilibre entre trois attitudes : conduire, guider, escorter. C'est-à-dire, sans cesse s'ajuster à la personne et à sa problématique. Ces fonctions peuvent parfois être contradictoires. Elles ne prennent sens que dans le temps, à condition que le temps soit accordé. Pour certains, le métier d'accompagnateur est un nouveau métier qui requiert des compétences professionnelles spécifiques. Pour d'autres, c'est une pratique ancienne que l'on faisait sans le savoir. L'accompagnement, même s'il demande une expertise professionnelle, impose de la "retenue" puisqu'il s'agit d'éveiller autrui à sa propre capacité à se prendre en charge. L'accompagnateur doit donner du temps, s'investir personnellement dans la relation. Il semble donc obligatoire de respecter une certaine éthique.

La position de l'accompagnateur est à l'intersection de trois exigences :

- répondre à une attente institutionnelle,
- entendre la personne accompagnée dans sa singularité,
- être efficace en tant que professionnel.

- L'accompagné :

Au-delà de ce même respect qui inspire la confiance, de cette simplicité qui ose demandée de l'aide, la personne accompagnée fait preuve d'un engagement gage d'authenticité de l'accompagnement. On peut alors considérer que la personne accompagnée est un agent actif, capable d'initiative. Il semble nécessaire que la personne accompagnée soit prise en compte dans sa globalité, avec tous ses besoins, avec sa dynamique personnelle (son histoire, ses attentes, ses refus).

De façon générale, il existe donc une **double posture**, à la fois avec le même élan mais aussi avec une dissymétrie qui rend possible l'ajustement. Il n'y a ni postures figées, ni oppositions mais une complémentarité partagée. La relation expert/demandeur peut devenir une relation symétrique, paritaire. S'il y a ascendance de l'accompagnateur sur l'accompagné, il n'y a plus d'accompagnement. Une confiance en l'accompagné est nécessaire afin que celui-ci se fasse confiance, c'est une condition pour une relation de confiance réciproque. Cela passe par la construction d'un cadre de sécurité, afin d'amener cette confiance et ne pas attendre qu'elle jaillisse. L'une des difficultés est de rendre l'autre en état d'être accompagné. C'est une relation d'aide, d'écoute, de respect mutuel, d'accueil, d'échanges.

La personne accompagnée est ici en train de bâtir son projet professionnel, de s'engager dans une évolution de sa vision et de sa pratique professionnelles, de son rapport à l'institution hospitalière et de son identité. Progressivement les écarts se réduiront, grâce à un accompagnement adapté. Pour Renaud Sainsaulieu<sup>9</sup>, le projet professionnel doit permettre le changement identitaire, en créant un plan d'actions au regard des compétences requises et des capacités de la personne. Le projet est mobilisateur pour la personne, il peut s'enrichir grâce notamment à l'accompagnement, mais il peut très vite s'appauvrir. Pour faire vivre son projet, l'agent présentant du potentiel, se doit de l'intégrer dans la réalité du système de santé et des organisations hospitalières, c'est pourquoi une guidance semble nécessaire. La formation permet de construire la nouvelle identité professionnelle et la prise de poste va venir la conforter. L'accompagnement se doit d'être une démarche de **professionnalisation**, c'est-à-dire permettre la réflexion sur des situations diverses de travail, qu'il sera amené à gérer. Dans le contexte de notre recherche, il s'agit essentiellement d'un apprentissage managérial. La combinaison de la formation et du tutorat par les pairs, permet d'acquérir des ressources nouvelles, mais de les combiner et de les mobiliser de façon pertinente, en action.

L'accompagnement professionnel dans la FPH est souvent associé à une passation de concours qu'il soit d'entrée en formation, d'accès au grade, sur titre ou

---

<sup>9</sup> Sainsaulieu R., L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation, Paris édition Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1998

moins officiel comme présélection interne à l'établissement. Nous allons tenter d'éclaircir cette méthode de sélection dans la FPH.

## **1.4 Le concours, une méthode de sélection**

### **1.4.1 Le principe d'égal accès aux emplois publics**

L'accès aux emplois publics se réalise principalement par voie de concours. En cela il répond parfaitement à l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen (DDHC) du **26 août 1789** : celui d'égal accès aux emplois publics. Cet article précise : « ...tous les citoyens étant égaux aux yeux de la loi sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leur talents », il doit permettre à tous les citoyens, « sans distinction de race, d'origine ou de religion », d'accéder à la fonction publique, et d'y être titularisé. C'est à partir de la constitution du **27 octobre 1946** (alinéa 18), que le concours s'est imposé comme mode de recrutement dans la fonction publique d'Etat<sup>10</sup>. Certains corps ont longtemps été fermés à une partie de la population, en l'occurrence aux femmes. Le concours est mentionné à l'article 27 de la loi du **14 septembre 1941**, ce qui prouve qu'il n'est pas synonyme en lui-même de démocratie et d'égalité, puis repris par la suite par les statuts de 1946, 1959 et 1983 : « nul ne peut être admis à un emploi de début, s'il n'a satisfait aux épreuves d'un concours ou aux examens de sortie d'une école lorsque le recrutement est assuré par cette voie. »

L'article 16, de la loi n°83-634 du **13 juillet 1983**, portant sur les droits et obligations des fonctionnaires, consacre ainsi le recrutement par concours dans la fonction publique : « les fonctionnaires sont recrutés par concours, sauf dérogation prévue par la loi. » C'est pourquoi, le Conseil Constitutionnel reconnaît le recrutement par concours, comme étant une garantie fondamentale des fonctionnaires (l'article 34), mais n'a pas pour autant valeur constitutionnelle<sup>11</sup>. Loi n° 86-33 du **9 janvier 1986**, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, vient compléter les dispositions précédentes. De même, la loi du 3 août 2009, relative à la mobilité et au parcours professionnel dans la fonction publique, vient modifier la loi du 13 juillet 1983 et celle du 9 janvier 1986. Dans le sujet qui nous concerne, la loi du 3 août 2009, prévoit l'intégration directe dans la fonction publique, il s'agit d'une innovation. Le cadre d'intégration suppose une équivalence entre le corps d'origine et celui d'accueil (même catégorie, mission comparable).

---

<sup>10</sup> Collin A., Fonction publique et gestion des ressources humaines, éd Studyrama, 2017, p148.

<sup>11</sup> Décision 84-178 DC du 30 août 1984



#### 1.4.2 Les conditions inhérentes aux concours de la fonction publique

Le concours permet d'apprécier les mérites des candidats, ce n'est cependant pas le mode unique de recrutement. Il doit permettre d'éviter tout risque arbitraire dans le choix des agents, puisqu'il est basé sur des épreuves dont l'évaluation se veut académique et donc objective.<sup>12</sup>

Le concours peut se définir comme l'organisation d'une compétition entre les candidats aux emplois à pourvoir, dans un corps déterminé. Plusieurs voies d'accès sont prévues (interne, externe, 3<sup>ème</sup> concours). Les critiques faites à l'égard des modalités d'organisation, ont conduit à réformer un grand nombre de concours. Si il reste le procédé majoritaire, des modes dérogatoires se sont développés, afin de faciliter l'insertion de certains publics (travailleurs handicapés, jeunes sans diplômes). Par ailleurs, certains corps font l'objet d'un recrutement qui ne passe pas par l'organisation d'un concours (corps de catégorie C, tours extérieurs).

Certaines conditions sont nécessaires pour les candidats qui prétendent au recrutement dans la fonction publique. Il s'agit de qualités générales :

- Les conditions de citoyenneté : le passé pénal du candidat doit être compatible avec l'exercice de fonctions publiques (bulletin n°2 du casier judiciaire).
- L'aptitude physique : est affirmée à l'aide d'un certificat médical d'un médecin agréé. Un handicap n'interdit pas de se présenter, tant qu'il est confirmé comme compatible avec l'emploi postulé.
- L'exigence de nationalité française a beaucoup évolué sous l'influence du droit de l'Union Européenne.
- Evidemment, certains accès aux concours possèdent une condition de diplôme, et peuvent être aménagés grâce à la prise en compte des acquis de l'expérience.

#### 1.4.3 Les modalités existantes

Le **concours interne** concerne les agents déjà employés dans la fonction publique. Il s'agit d'une voie d'évolution professionnelle, de promotion pour les agents. Les conditions d'accès sont définies, une ancienneté peut être requise. Les agents contractuels peuvent se présenter à la plupart des concours internes.

Le **concours externe** est ouvert aux candidats justifiant de certains diplômes ou d'un niveau d'étude suffisant. Ces concours sont organisés sous différentes formes : sur épreuve, sur titre ou combinant les deux modalités.

Cette modalité de double concours (interne et externe) est développée, toutefois l'administration dispose d'une liberté de décision. Aucun principe de droit général n'existe

---

<sup>12</sup> Ibid

d'organiser simultanément les concours. Un concours peut être réalisé uniquement sur le mode interne.

Le **troisième concours** a été créé par la loi du 3 janvier 2001, dite loi Sapin, il permet aux candidats ayant exercé une activité professionnelle, un mandat local ou une activité de responsable d'association de se présenter à ce concours.

#### **1.4.4 Le concours est une méthode de recrutement soumise à controverses**

Les objectifs de réalisation des concours dans la fonction publique sont divers. Il s'agit à la fois de recruter les bons profils au regard des besoins, de réduire les coûts associés à l'organisation des concours, mais aussi de tenir le délai le plus faible entre le besoin de recrutement, le temps de réalisation du concours et l'arrivée du lauréat.

L'une des critiques concerne la finalité des concours, qui ne semble pas assez en lien avec les emplois. Ils apparaissent comme une sélection de candidats, sans objectifs suffisamment précis en termes d'emploi à pourvoir. La démarche de gestion des ressources humaines, à la recherche de l'adéquation entre le profil des candidats à l'emploi et les besoins de l'organisation, est délaissée au profit d'un processus logistique et juridique. C'est pourquoi, une évolution tend vers une réduction du nombre d'épreuves et le développement d'une professionnalisation.

L'autre critique porte sur le coût des concours, l'organisation est lourde au regard du nombre de candidats et de la gestion des intervenants. Au total le coût de fonctionnement est de 110 millions d'euros par an, soit 1 800 euros par candidats (Rapport Dorne-Corraze, 2008 p.15). Le principe d'égal accès aux emplois publics interdit toute forme de limitation des candidatures. Ainsi, les mutualisations des épreuves et la dématérialisation des inscriptions se développent.

#### **1.4.5 Carrière statutaire et carrière fonctionnelle**

- Evolution au sein d'un corps

L'avancement d'échelon correspond une promotion à minima. Chaque échelon comporte une durée, l'agent qui arrive au terme de cette durée, passe à l'échelon supérieur. Ces durées varient selon les statuts (cf. grilles indiciaires). Les politiques indiciaires dans la fonction publique ont eu tendance à favoriser le début de carrière, afin d'améliorer l'attractivité (durée plus courte dans les premiers échelons). Dans la fonction publique hospitalière la durée dans un échelon peut faire l'option de réduction ou de majoration d'ancienneté.

L'avancement de grade n'est pas systématique et dépend de conditions d'accès au grade supérieur (échelon minimal, ancienneté) et du nombre de promotion possible.

C'est dans ces conditions que peuvent être réalisés des concours ou examen professionnel afin de sélectionner les candidats.

- Evolution de la carrière entre les corps

Les promotions de corps permettent d'accéder à un corps, sans passer par la voie de concours. Un accès à un autre corps peut être possible en fonction de statuts particuliers spécifiques. Cependant, cette modalité représente un nombre restreint de promotion.

Les parcours fléchés dans la fonction publique est une démarche en devenir. Elle est contrainte à la réalisation préalable du répertoire des métiers. La notion de parcours fléché s'appuie sur les métiers, elle est distincte du parcours de carrière. Le parcours professionnel se définit alors comme une succession de métiers occupés.

Ce processus permet de disposer de vivier de recrutement pour occuper certaines fonctions et de gérer au mieux les ressources humaines internes. Le bénéfice pour l'agent se situe dans le développement de connaissances et l'épanouissement professionnel. Les évolutions professionnelles des agents se construisent en fonction des besoins en termes de compétences. L'administration doit avoir une bonne connaissance des métiers dont elle a besoin. La construction d'un parcours qui s'étale dans le temps implique une démarche à la fois anticipatrice et orientée : on vise un certain parcours.

La condition de réussite suppose tout d'abord que les parcours professionnels conçus soient connus de tous. Ils doivent faire l'objet d'un plan de communication. Le parcours peut se concevoir sans effets sur la rémunération ou la carrière. La prise en compte du parcours de l'agent est un facteur de réussite de la démarche.

La notion de parcours fléché se retrouve dans notre domaine pour l'emploi d'infirmier mis en fonction de cadre de santé, dont l'accompagnement dans la préparation de concours et durant la formation est contractualisé, avec un retour à l'obtention du diplôme dans l'établissement.

## **2 De l'enquête exploratoire à l'enquête de recherche**

La recherche a pour objectif de confronter les hypothèses émises ainsi que le cadre conceptuel issu de nos lectures, à la réalité du terrain hospitalier.

### **2.1 Cadre conceptuel de l'enquête**

Nous éclairerons maintenant, les choix méthodologiques appliqués afin de mener cette recherche. Cette exploration s'est volontairement orientée uniquement vers des établissements hospitaliers, au regard de nos lieux de stage et de notre future orientation professionnelle.

#### **2.1.1 Enquête exploratoire**

Nous avons au cours du premier de stage de notre formation en centre hospitalier durant 4 semaines, saisi l'opportunité de réaliser deux entretiens exploratoires. Ces derniers avaient pour objectifs de confirmer la pertinence de notre questionnement et de dégager des éléments permettant d'affiner l'objet de recherche. Nos questions portaient sur les freins et les leviers relevés dans le repérage et l'accompagnement de leur projet d'évolution professionnelle.

Nous avons pu nous entretenir avec 2 cadres supérieurs de santé, ces entretiens en face à face ont fait l'objet de prises de notes. Un des professionnels exerce les fonctions de « directeur des soins adjoint » et l'autre de cadre supérieur en service d'hémodialyse ayant un souhait de devenir directeur des soins.

Le premier se trouve conforté dans une fonction d'adjoint, ayant un champ d'action en autonomie et la possibilité de réaliser des gardes administratives. Il souhaite exercer les fonctions de directeur des soins, mais après un long échange il avoue ne pas envisager de passer le concours d'entrée en formation. Les freins sont un éloignement géographique et des motifs familiaux sont avancés, mais nous avons relevé une méconnaissance du dispositif de formation de directeur des soins.

Le second, est âgé de 53 ans et se présente au concours de directeur des soins en 2017. Il ne bénéficie d'aucun accompagnement de la Direction des soins, s'investit dans des missions transversales ponctuellement. Il réalise une préparation au concours de façon semi-présentielle. Il semble motivé, se documente afin d'approfondir ses connaissances sur l'organisation hospitalière. Il pense cependant, ne pas avoir une vision suffisamment globale sur ce domaine.

Ces rencontres nous amènent à constater qu'effectivement des cadres de santé paramédicaux ont « un potentiel professionnel », qui est ici repéré et exploité par l'établissement (adjoint à la direction des soins), mais ne bénéficient pas d'un

accompagnement vers la passation du concours ad hoc. De plus, certains sont motivés à évoluer et passent le concours de directeur des soins, mais n'ont pas été repérés et donc ne bénéficient pas de missions complémentaires ou d'accompagnement par leur supérieur hiérarchique.

A l'issue de cette enquête exploratoire, il nous paraît opportun de poursuivre la recherche sur les freins et les leviers au repérage des potentiels des professionnels et leur accompagnement dans leur souhait d'évoluer vers d'autres fonctions : cadre de santé, directeur des soins, gestionnaire de structure médico-sociale... Mais il semble aussi nécessaire d'élargir le panel de personnes interviewées aux faisant fonction de cadre de santé, aux cadres de santé, aux cadres supérieurs et aux directeurs des soins, afin de mixer les fonctions exercées.

### 2.1.2 Lieu de l'enquête

Pour obtenir un large échantillon de réponses, diversifier les lieux d'enquêtes et mesurer s'il existait une différence dans le repérage des potentiels et de leur accompagnement, notre choix s'est porté sur quatre établissements hospitaliers. La diversité dans le nombre de lits et la composition des équipes d'encadrement, nous ont semblé être pertinents.

**Tableau 1 : Présentation des lieux d'enquête**

	<b>CHD</b>	<b>CHH</b>	<b>CHB</b>	<b>CHL</b>
<b>Nombre de lits et places</b>	1000	546	567	974
<b>Nombre d'agents paramédicaux</b>	1400	920	1000	1400
<b>Nombre de cadres de santé</b>	40 CS dont 2FF	18 CS dont 7FF	30 CS dont 2FF	74 CS dont 4FF
<b>Nombre de cadres supérieurs de santé</b>	8 CSS	6 CSS dont 2FF	5 CSS	9 CSS

### 2.1.3 Population interviewée

12 personnes exerçant des fonctions paramédicales, mais de grade différent ont été interviewées. Elles sont toutes confrontées à des projets d'évolution professionnelle, cependant à des niveaux divers.

Voici le tableau 2 présentant : **La répartition des professionnels enquêtés**

	<b>CHD</b>	<b>CHH</b>	<b>CHB</b>	<b>CHL</b>	<b>Total</b>
<b>Directeurs des soins</b>	1	1	1	1	4
<b>Cadres supérieurs de santé</b>	1	2	0	1	4
<b>Cadres de santé</b>	0	0	1	1	2
<b>Faisant fonction de cadre de santé</b>	0	2	0	0	2

- *Les directeurs des soins* : ils avaient entre 5 et 10 ans de diplôme. La direction des soins présentait un adjoint (CS ou CSS interviewés), sauf pour le CHH.

- *Les cadres supérieurs de santé* : ils avaient entre 9 et 15 ans de diplôme. Pour le CHH, ils étaient cadres de pôle depuis 6 mois en attente de concours sur titre. Pour le CHD et le CHL, ils étaient adjoints à la direction des soins et se présentaient ou s'étaient présentés précédemment au concours de DS.
- *Les cadres de santé* : ils avaient entre 1 an et 6 ans de diplômes (CHB). Le CS du CHB avait des missions transversales et se présentait au concours de DS cette année.
- *Les faisant fonction de cadre de santé* : ils avaient entre 12 et 18 mois d'ancienneté dans cette fonction et bénéficieraient d'une préparation au concours de CS, dès septembre prochain.

#### 2.1.4 Présentation de l'outil

L'entretien semi-directif, nous semble être la méthode la plus adaptée. En effet, cet outil d'investigation qualitatif, permet l'analyse d'un échantillon réduit. Il laisse part à l'expression libre, tout en guidant les échanges vers les thématiques ou questions souhaitées. Le questionnaire de l'entretien reste un guide, permettant d'affiner certaines questions. Il vise à comprendre en profondeur des parcours et des projets d'évolution professionnelle, des repérages de potentiels et de leur accompagnement, ainsi que les dispositifs mis en place. Les questions posées étaient ouvertes et fermées. Pour obtenir le discours le plus authentique possible, une question d'ordre général était posée pour débiter et capter l'attention de notre interlocuteur, puis c'est plutôt sur un mode de conversation que se poursuivait l'entretien. C'est ce que JC Kaufmann évoque : « parfois ce style prend réellement corps, le cadre de l'entretien est comme oublié : on bavarde autour du sujet. De tels moments indiquent que l'on a réussi à provoquer l'engagement et jouent un rôle positif de respiration, pour l'enquêteur comme pour l'enquêté »<sup>13</sup>

A partir de la problématique formulée et du cadre conceptuel posé, deux guides d'entretiens ont servi de fil conducteur (cf. **annexes 1 et 2**) : un pour les DS et un pour les cadres supérieurs, cadre de santé et faisant fonction. Ils s'articulent autour de 3 grands axes :

- Le repérage des potentiels professionnels à évoluer.
- L'accompagnement réalisé auprès des agents repérés.
- Les préconisations d'amélioration des acteurs de terrain.

Les professionnels ont été interviewés de manière planifiée, en fonction de leur disponibilité. La durée moyenne était d'une heure. Ces entretiens se sont réalisés en face à face, mais aussi à distance par téléphone. Au cours de l'entretien, l'utilisation de la technique de reformulation a permis d'approfondir certains propos.

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement, avec l'accord des personnes interviewées, afin d'assurer une analyse fidèle en respectant l'anonymat. Une retranscription synthétique, sous forme de grille d'analyse, a été réalisée pour tous les

<sup>13</sup> KAUFMANN JC, L'entretien compréhensif, Armand Colin, 3<sup>ème</sup> édition, PARIS, 2013, p 47

entretiens (modèles **annexes 3 et 4**). Cette étape a permis de rechercher les points communs et les divergences, de mettre en exergue les éléments essentiels et les points de vue des acteurs de terrain. Ainsi, certains extraits des verbatim viendront enrichir notre analyse.

### **2.1.5 Les limites de l'enquête**

Il ne serait être question de généraliser les résultats obtenus, puisque l'enquête ne porte que sur quatre établissements et représente donc un avis parcellaire des professionnels sur la question. Compte-tenu du délai imparti l'échantillon de l'étude ne peut être considéré comme significatif, cependant les douze entretiens fournissent une source d'information intéressante.

Le contenu a fait l'objet d'une analyse, dont l'objectif était d'éviter toute interprétation ou recours à notre intuition personnelle. Les données recueillies et leur analyse ne constituent en rien une vérité absolue, mais bien la représentation de l'ensemble des protagonistes à un instant donné. Le principe retenu est de confronter les hypothèses à une réalité de terrain à un instant donné, dans un contexte particulier, afin d'en dégager des préconisations et des éclairages sur le rôle du directeur des soins dans ce domaine, c'est l'objet de la dernière partie de notre travail.

Une autre limite de notre étude est de ne pas avoir sollicité d'entretien formel auprès des directeurs des ressources humaines. Cette question a pu être débattue au préalable avec notre référent encadrant de mémoire, ainsi ce choix a été réalisé en concertation. Une vigilance était donnée afin de rester dans le champ de compétences du directeur des soins et de réaliser notre analyse dans le cadre d'une la filière de professionnels paramédicaux. Des échanges informels avec des directeurs des ressources humaines (DRH) durant nos stages, viennent également nourrir la réflexion.

### **2.1.6 Les points forts de notre enquête**

La pré-enquête lors du stage nous a permis d'élargir la population de professionnels ciblés par l'objet de l'étude.

De plus, l'autre point fort de cette enquête a été l'intérêt des directeurs des soins, lors des entretiens. Ils se sont montrés disponible lors des entretiens et ont facilité l'organisation des entretiens auprès des équipes d'encadrement de leur établissement.

## **2.2 Analyse de l'enquête de terrain**

Nous détaillerons dans cette partie, une **analyse par thématiques et par grades professionnels**. Nous avons souhaité ne pas réaliser l'analyse par établissement afin de ne pas en stigmatiser un plutôt qu'un autre.

## 2.2.1 Le repérage des aptitudes ou potentiels professionnels

### Pour les directeurs des soins :

- Les éclairages donnés des notions d'aptitude et de potentiel professionnel :

La notion d'aptitude a été fréquemment associée à celle de potentiel et de capacité. Il s'agit « d'agents qui présentent des aptitudes managériales et qui sont leaders » pour 3 DS. L'engagement institutionnel ainsi que l'analyse adaptée des situations, sont pour les DS des éléments repérés auprès des cadres de santé. La notion de « posture stratégique en plus de la posture attendue dans les missions du cadres » est un élément évoqué.

- Une stratégie élaborée pour le repérage :

C'est dans l'observation du travail quotidien : « réunions, entretiens, gestion de crise telles que la suractivité ou l'urgence sanitaire sont des opportunités de repérage » « le DS doit être au contact des CS de proximité et des CDP pour les repérer en action, dans leur travail au quotidien ». Il s'agit également de proposer un investissement complémentaire tels que des projets, ou des missions transversales afin que l'agent ayant un potentiel élargisse son champ de missions. Ainsi c'est « lui permettre de se révéler ». « Laissez exprimer leur potentiel lors de projets, ils seront alors force de propositions ». L'aboutissement des projets ainsi que la réussite dans les missions sont des éléments positifs de repérage.

Le repérage des aptitudes est associé, pour l'ensemble des DS interrogés, à l'accès à un grade supérieur : « C'est un moyen de mise en exergue des capacités, mais ce n'est pas le seul ! ».

- Des moyens mis en œuvre

La mobilité interne (au sein de l'établissement) ou externe (vers un autre établissement) sont abordées comme un moyen pour repérer les capacités d'adaptation du professionnel et lui apportent une « plus-value en terme d'ouverture d'esprit et d'enrichissement dans la pratique, toutefois il faut être vigilant à l'instabilité ».

Le retour des supérieurs hiérarchiques (cadre de pôle et chef de pôle) est un moyen de repérage de potentiels dans leur pratique quotidienne.

L'évaluation annuelle est un « moment primordial de prise directe avec le collaborateur ». L'importance de « l'évaluation des objectifs fixés, permet de cerner les capacités professionnelles, de faire le bilan et donner la lisibilité à l'investissement ». L'évaluation est objectivée grâce à l'analyse du niveau des compétences professionnelles de l'encadrement. Cependant, la satisfaction au travail, les difficultés d'exercice et la valorisation de l'agent sont des éléments indispensables (cités par 2 DS). Pour l'ensemble des répondants, l'entretien annuel est un moment de repérage des aptitudes et d'échange avec l'agent sur ses projets d'évolution ou de formation.



Toutefois, l'ensemble des répondants à l'enquête modèrent l'intérêt de l'entretien annuel d'évaluation, dans ce domaine. En effet, il se pratique dans une « temporalité qui ne coïncide pas avec celle des projets ». Le support est jugé « trop administratif et figé »

### **Pour les cadres supérieurs, cadres de santé et faisant fonction :**

- Les éclairages donnés des notions d'aptitude et de potentiel professionnel :

Les réponses apportées se regroupent quelle que soit la profession, autour de la notion de savoir être que l'on découvre au quotidien, aux côtés des agents.

De nombreux critères de potentiels professionnels nous ont été fournis. Cependant « dynamisme, capacités d'adaptation aux évolutions hospitalières actuelles et de remise en question, leader ayant une vision d'avenir pour l'hôpital, motivation et implication », se sont retrouvés dans 6 entretiens sur 8.

Pour les autres, ce sont les notions de : « manière de servir, professionnalisme, facilité à se mettre en mode projet, être capable de saisir les opportunités ».

- Une stratégie élaborée pour le repérage :

Les potentiels des agents peuvent être mis en avant lors du passage à un grade supérieur (IDE vers CS, ou CS vers CSS), mais également lors de pratiques spécifiques de coordination de soins ou d'annonce de diagnostic. 2 cadres de santé évoquent que « le repérage des potentiels est une condition indispensable, pour pouvoir évoluer vers d'autres fonctions et accéder à un grade supérieur ».

Pour 4 répondants du CHH, le niveau d'ancienneté semble influencer la stratégie de repérage : « Quand on est jeune, on doit faire ses preuves pour être perçu comme un agent ayant du potentiel ».

Le supérieur hiérarchique direct est toujours cité comme acteur principal. Cependant, une grande légitimité est donnée à l'opinion du directeur des soins : « c'est son domaine d'expertise, il est le seul à avoir exercé tous les échelons ». Les cadres de santé ont un sentiment de valorisation lorsque leurs aptitudes sont repérées.

- Des moyens mis en œuvre

La mobilité institutionnelle est un moyen de repérage des aptitudes, d'après la moitié de ces personnes enquêtées (sans distinction de fonction).

La participation aux projets de soins de l'établissement ou de GHT est spécifiée par l'ensemble des CS et CSS, comme un moyen pour le DS de repérer les potentiels des paramédicaux. Quant aux faisant fonction de cadre de santé, c'est plutôt la participation aux projets du pôle qui est citée.

Lorsque nous abordons l'évaluation annuelle, tous l'évoquent comme un temps d'échange mutuel, pour réaliser un bilan de l'année et se projeter sur l'avenir. « Ce n'est

pas un temps qui doit être consacré au recadrage mais plutôt à la valorisation de l'agent ». Une particularité du CHH est que l'entretien annuel des CS et CSS se réalise en deux temps, une première fois avec le supérieur direct et ensuite avec le DG, le DRH et le DS. Ce moment privilégié offert à l'encadrement est perçu tant comme une opportunité supplémentaire tant en terme d'expression de leur projet professionnel (formation ou aspiration d'évolution), qu'en terme de richesse d'échange avec la direction.

Pour 6 entretiens sur 8, il est en lien avec le repérage des potentiels, dans le sens où il confirme ce qui est observé toute l'année. L'entretien annuel est même perçu comme un moment pour déclencher des souhaits d'évolution et peut être le début d'un accompagnement. Pour les 2 faisant fonction de cadre de santé enquêtés, l'entretien annuel relève d'une grande importance : « c'est une opportunité de rencontrer nos supérieurs et de s'exprimer sur nos aspirations et notre ressenti, ce n'est pas fréquent ! »

## **2.2.2 L'accompagnement du projet d'évolution professionnelle**

### **Pour les directeurs des soins**

- Formalités d'accompagnement du faisant fonction de cadre de santé, des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé, qui aspirent à évoluer :

Le type d'accompagnement cité par tous les DS interrogés, en première intention, est celui du faisant fonction de cadre préparant le concours d'entrée en IFCS. Cet accompagnement n'est pas systématique, quand il est réalisé c'est le plus souvent par les CS et CSS, intéressés par le tutorat. Seul le CHL a formalisé une procédure d'accompagnement du faisant fonction à sa prise de poste. Celle-ci prévoit des entretiens individuels réguliers, contractualisés avec un tuteur, déterminé par le DS. Les entretiens s'espacent progressivement. Le dispositif prévoit la présentation des logiciels professionnels utilisés, du processus de certification, puis s'individualise en fonction des besoins exprimés. Le poste de faisant fonction de cadre peut s'exercer jusqu'à 3 ans, avant la passation du concours (pour 3 CH sur 4).

L'évaluation au CHH aborde le bilan des projets menés et représente l'opportunité de s'investir dans d'autres missions : « l'équipe de direction se montre bienveillante et propose un accompagnement par des missions spécifiques transversales ». C'est également l'occasion d'aborder l'opportunité de mobilité « ...cela permet au cadre de diversifier son expérience ».

En deuxième intention, c'est l'accompagnement d'un CS ou d'un CSS souhaitant évoluer vers d'autres fonctions, qui est abordé (par 2 DS au CHD et au CHB). En effet, un CSS du CHD a été accompagné jusqu'au concours de directeur des soins : « il a bénéficié d'une prépa concours, de missions d'adjoint à la direction des soins et d'expériences par les gardes administratives, il a d'ailleurs réussi le concours ! ». Cet

accompagnement est propre à cet agent et n'est pas formalisé. Quant au CHB, des missions transversales à la direction des soins ainsi qu'un détachement en préparation présentielle, a permis à un CS de se présenter au concours de directeur des soins : « il s'agit de montrer la place qu'il est possible d'obtenir, de donner des clés de lecture et de compréhension...accompagner la personne si elle souhaite évoluer...il s'agit alors qu'elle se consolide, se développe, voir se modifie. ». Ces deux expériences sont récentes au CHD et CHB, cependant elles sont exceptionnelles. En effet, les 4 DS enquêtés reconnaissent, que très peu de CS et de CSS expriment un souhait de devenir DS.

La possibilité d'inscription en master figure dans le plan de formation pour les cadres, les demandes sont régulières, mais de faible quantité dans les quatre établissements. Au CHD, il y a eu quelques souhaits de devenir D3S, cependant le projet s'est réalisé sans accompagnement de l'établissement. Les agents ont souhaité rester indépendants.

- Focus sur la gestion des concours internes, d'entrée en institut et concours sur titre :

Des concours internes de présélection pour un poste de faisant fonction de cadre et pour un financement de préparation au concours d'entrée en IFCS, sont réalisés dans 2 établissements sur 4 (dossiers avec CV et projets réalisés et entretiens avec une commission de sélection). Le CHB et CHH ne pratiquent qu'un simple entretien de sélection avec le DS, où « les valeurs professionnelles, la capacité à se positionner et la polyvalence » sont recherchées.

Pour les établissements enquêtés, l'accompagnement à un concours d'entrée se réalise à la fois par un financement de préparation, mais aussi par la proposition d'un poste de faisant fonction. Toutefois, l'accompagnement des faisant fonction de cadre de santé, n'est pas systématique. Au CHL, les délais de passation du concours d'entrée et du concours sur titre sont évalués en concertation par le DS et le DRH et annoncés en début d'accompagnement de l'agent. Un lien avec la GPMC est réalisé (anticipation des départs et retour de formation, du nombre de CS : réduction des effectifs CS). La réalisation d'un entretien oral au concours sur titre est évoquée par le DRH : « comme non réglementaire, mais il permet de mieux connaître et mieux cerner l'agent, parfois on découvre des compétences et on propose au CS de s'investir dans des missions complémentaires. »

Cette modalité d'accompagnement est en réflexion de construction au CHH. De plus le financement de la formation est soumis à une sélection supplémentaire, afin d'échelonner les départs (CHL et CHH). La raison invoquée est celle du nombre important de faisant fonction de cadre.

Les concours sur titre sont présentés comme une modalité d'accompagnement des professionnels, dans leur évolution : pour le DS du CHB « venant parachever le parcours

et l'accompagnement par l'établissement de l'agent ». Les obligations « réglementaires et statutaires » sont évoquées par tous les DS. La présentation de l'agent au concours sur titre se réalise dans des durées allant de 1 an (au CHL, CHD et CHB) à 3 ans au CHH, afin « ...d'évaluer l'agent en situation ».

- Les répercussions sur les équipes d'encadrement :

Pour l'ensemble des répondants l'accompagnement des professionnels ayant du potentiel est synonyme de fidélisation, soit par la mise en fonction de cadre, soit par des missions transversales. Au CHL, la formalisation d'une politique managériale est en cours de rédaction, ainsi qu'une charte d'encadrement : « nous travaillons aussi les CS sur : qu'est-ce qu'un cadre maintenant ? La mise en place du GHT a une influence sur la pratique d'encadrement, avec des temps partagés sur plusieurs établissements du territoire. La mobilité sur GHT est compliquée pour les CS».

L'ensemble des réponses confirment que la gestion des compétences de l'encadrement nécessite de : « savoir repérer et accompagner les potentiels, ça permet d'avoir des professionnels investis, qui vous aide au quotidien ». Le DS du CHH ajoute que « cela développe la polyvalence et la mixité des profils des équipes, c'est nécessaire car le métier d'encadrement évolue ».

Au CHB et CHD, là où des CS ont été adjoints à la DS lors de leur préparation de concours de DS, « le changement de position auprès de leur collègue n'a pas toujours été facile pour eux », « leur expérience sert aux collègues dans le sens où ils voient qu'une évolution professionnelle est possible à l'hôpital, pourvu que l'on s'investisse. »

Pour le DS du CHD: « La fidélisation des cadres ayant un potentiel doit passer par une reconnaissance financière au regard de leur investissement pour l'institution, cependant les statuts de fonction publique ne le permettent pas ». Pour 2 DS interviewés, la fidélisation passe par une notation annuelle au reflet de leur investissement (augmentation exceptionnelle), par l'accompagnement financier dans un souhait de formation, voir même par un accès à un grade supérieur (CSS).

Le DS du CHD signale que les agents en retour de formation professionnelle sont fidélisés grâce au choix qui leur est laissé pour leur affectation (retour possible dans le service où il était faisant fonction). Le DS du CHH évoque que la fidélisation a une influence sur la stabilité des postes, ici des postes sont vacants suite à des départs de cadres de santé. Faute de recrutement extérieur suffisant, ils ont été comblés par des faisant fonction de cadre, ce qui explique leur nombre (7 sur une équipe de 35).

Le DS du CHL relève que : « le DS doit pouvoir donner aux équipes d'encadrement une vision d'avenir, des perspectives (de projets, d'évolution, d'accompagnement, de mobilité dans leur parcours) et des valeurs, c'est pour cela qu'il doit rester disponible et accessible. ».

### **Pour les cadres supérieurs de santé :**

- Formalités d'accompagnement du faisant fonction de cadre de santé, du cadre ou cadre supérieur de santé, qui aspirent à évoluer :

Pour les 2 CSS du CHH, ils me précisent que leur potentiel a été repéré et qu'on leur a proposé des missions transversales pour la direction des soins, ainsi qu'un poste de cadre de pôle : « il s'agit de faire la bonne rencontre et de saisir les opportunités qui se présentent ». Cependant, leur fiche de poste n'est pas rédigée, ils ne bénéficient pas d'accompagnement formalisé pour cette évolution, néanmoins ils suivent une formation d'adaptation à l'emploi de 6 jours par un organisme privé. Le CSS du CHD a été repéré pour ses capacités de construction des maquettes organisationnelles, c'est pourquoi depuis la mise en place du plan de retour à l'équilibre, il a été nommé CSS et vient en appui à la direction des soins régulièrement.

Les CSS du CHH sont confrontés à un nombre important de faisant fonction de cadre qu'il faut épauler, c'est pourquoi ils sont missionnés par le DS, afin d'élaborer des ateliers collectifs d'accompagnement vers la fonction de cadre. Il s'agirait d'une animation en binôme sur les attentes, les difficultés, le positionnement, les ressources humaines, la conduite de réunion, la certification...

Pour le CSS du CHL, l'accompagnement des potentiels débute par un appel à candidature (CV, lettre motivation) « pour le recensement d'un vivier d'infirmiers souhaitant évoluer vers la fonction cadre sur le GHT ». Il s'agit d'une procédure de repérage formalisée, basée sur une rencontre avec : DRH-DS-CSS adjoint à la DS. Un accompagnement par le CSS, missionné pour cette fonction, est individuel. Il s'agit : « de développer les apprentissages avant la préformation cadre : outil, législation ».

La mission de FFCDS peut être temporaire, voir suspendue par l'agent ou la DS. L'affectation en poste de faisant-fonction, ne se fait pas sur un poste de cadre vacant. Le DRH du CHL que j'ai pu rencontrer m'a évoqué : « A mon niveau, il s'agit de faire de la GPMC, pour le DS c'est en lien avec le projet de soins, le management partagé de l'encadrement doit être clarifié ».

Des propositions de formation spécifique sont ponctuelles: recherche en soins, master ou DU. Pour le CSS du CHD, le repérage et l'accompagnement vers des fonctions de DS ou D3S : « devrait se faire par le DS (connait le métier et les attentes) mais ne se fait pas ».

- Focus sur la gestion des concours internes, d'entrée en institut et sur titre

Les CSS nous ont spontanément évoqué que la passation des concours sur titre, s'intègre entièrement dans l'accompagnement du potentiel en évolution. Toutefois, les pratique divergent : au CHL et au CHD, le concours sur titre est rapide (+/- 6 mois) puisque l'agent est placé sur un poste vacant ; alors qu'au CHH les délais sont longs (+/-3

ans) cette période est considérée comme une phase de test : « le délai non fixé est source d'inquiétude et de démotivation »

- Les répercussions sur les équipes d'encadrement

Nous entendons que le CHH subit de nombreux départs de CS et CSS, avec des difficultés de recrutements extérieurs, alors que le CHL a une équipe d'encadrement relativement stable. Au CHL, le poste à l'issue de la formation en IFCS, est annoncé durant la formation. : « Ça permet une vision projective du déroulement de l'accompagnement, nous avons un meilleur retour des CS sortant IFCS ».

Pour l'ensemble des CSS interviewés, l'accompagnement apporte une plus-value pour l'ensemble des équipes et pour la DS. Au CHD, on nous évoque : « la mixité des profils profitent aux équipes cadres, la remise en question des modes de fonctionnement et d'organisation, l'adaptation à chaque profil, est bénéfique pour tous ». Les CSS du CHH, nous précisent que le modèle de management n'est plus générationnel, l'âge ou l'ancienneté n'a plus d'importance pour les postes à responsabilité, la reconnaissance du travail motive les agents : « il faut se faire connaître grâce à son travail ! ».

#### **Pour les cadres de santé et les faisant fonction de cadre de santé**

- Formalités d'accompagnement du faisant fonction de cadre, des cadres et cadres supérieurs, qui aspirent à évoluer :

Pour les 4 interviewés, leur accompagnement dans cette évolution professionnelle correspond au poste de FF de cadre qu'ils ont pu obtenir. Ils reconnaissent être confrontés à des difficultés au quotidien (gestion du temps de travail et des outils inhérents). Le CS du CHL est diplômé depuis 1 an, il juge avoir bénéficié d'un accompagnement dans son projet d'évolution professionnelle : formation spécifique pour les cadres dans le plan de formation dont Master, soutien du DS et entretien individuel régulier avec un CSS durant sa période de FFCDS et sa formation professionnelle.

Les réponses des 2 FFCDS exerçant au CHH convergent. Ils nous expliquent que leur mise en poste de FFCDS s'est faite de façon précipitée, par nécessité (poste vacant, non pourvu) dans une unité réputée difficile. Leur besoin d'accompagnement face à cette évolution de fonction s'est ressenti, il n'est que partiellement couvert. Dans cet établissement, les financements pour la préparation au concours se font par ancienneté dans le poste de FFCDS, à raison de 2/an, cela peut représenter jusqu'à 4ans d'exercice de FF. Il n'existe pas de procédure. Le processus d'évolution professionnelle est fonction des besoins, il est déterminé par la DRH.

Pour les 3 répondants, les acteurs de l'accompagnement sont le supérieur hiérarchique direct et notamment le CSS, qui leur apporte du soutien : « ce sont des échanges que j'apprécie, ça me permet d'affiner ma représentation et ma posture de mon

futur métier de cadre ». Il faut que : « le cadre supérieur missionne le FFCDS sur des projets, qui lui permettent de se révéler, se valoriser, faciliter la réussite au concours ».

Les autres acteurs évoqués sont le directeur des soins et les collègues cadre de santé : « le directeur des soins a une place importante dans le repérage, il a une vision globale des potentiels des cadres, mais il a besoin de relai sur le terrain ». Le DRH n'est cité qu'une fois, comme « appui dans la procédure d'évaluation et dans le processus de formation ».

- Focus sur la gestion des concours internes, d'entrée en institut et sur titre :

Au CHH, un concours interne est réalisé grâce à un entretien avec DG et DS de présélection, afin de détecter les potentiels et déterminer leur future affectation (cf. analyse des entretiens des DS).

Les concours d'entrée sont passés au fil de l'eau, en fonction des dates de début de prise de poste de FFCDS. Cependant au CHH, au regard de leur nombre, les concours seront priorisés en fonction de l'évaluation annuelle.

Dans ce même établissement les faisant fonction de cadre m'évoquent, le même ressenti que les cadres supérieurs de santé, à savoir la durée trop longue avant la passation du concours sur titre (2 ans à 3 ans). Alors que le CS du CHL, pense que le concours sur titre est « une touche finale à l'accompagnement » (délai de 6 mois à 1 an).

- Les répercussions sur les équipes d'encadrement :

Pour les 2 FFCDS du CHH, leur statut génère de l'entraide, du soutien et une solidarité de la part des collègues du pôle. De plus, le contexte de réduction du nombre de poste de cadre est abordé comme un motif face à l'absence de projection professionnelle hospitalière, mais dans des fonctions parallèles. Les interviewés trouvent que le salaire FPH est : « peu valorisant pour les cadres de santé, au regard de l'investissement en temps et émotionnel de la fonction, le travail invisible du cadre » et que l'attractivité du privé (social et médicosocial) se développe (coordination d'EHPAD) où aucun diplôme n'est nécessaire.

### **2.2.3 Les préconisations des acteurs de terrain**

*- Permettre l'implication des professionnels ayant du potentiel, dans la dynamique institutionnelle.*

En effet, la notion de **transversalité** au travers de missions ponctuelles ou pérennes, et évoquée (par l'ensemble des DS et CSS interviewés) comme une préconisation afin d'ouvrir vers des perspectives professionnelles pour les cadres, mais aussi d'élargir leur vision de l'organisation hospitalière. Un DS précise que : « proposer

d'être acteur dans des groupes de travail, avec un investissement dans la durée, développer les missions transversales, complémentaires à l'exercice classique du cadre, sont autant d'éléments favorisant le repérage et facilitant la réussite au concours ». Un CS donne des exemples : « ...des missions transversales à confier aux cadres ayant des potentiels à exploiter : comme de la coordination territoriale de parcours, avec suivi et évaluation réguliers par le directeur des soins ». Un DS propose aux agents repérés, de se présenter comme représentant au sein de la CSIRMT, afin que la personne développe ses connaissances sur les instances hospitalières et sur les projets de l'institution.

**La polyvalence** est notée comme un atout. En effet, le repérage des potentiels est facilité « quand l'agent est affecté à un poste avec plusieurs missions ou plusieurs services, ainsi les capacités sont mises en exergue ». Un CS en mission sur le territoire dit même que sa vision de stratégie de l'établissement et du GHT est beaucoup plus claire, plus fine depuis qu'il exerce dans ce poste.

#### *- Inciter à la mobilité*

Pour l'ensemble des professionnels enquêtés, quel que soit leur grade, **la diversité d'exercice professionnel** est mentionnée comme un atout pour le professionnel qui souhaite évoluer. Cela procure une richesse d'expériences (gestion, formation, qualité gestion des risques) qui reste une plus-value, tant pour le professionnel que pour l'établissement.

Un changement de poste dans l'établissement, voire même dans un autre établissement ayant des activités et organisations différentes, permet de conserver une dynamique d'évolution, permet d'exprimer son potentiel professionnel. Un DS parle d'une « mobilité nécessaire, tous les 5 ans ».

L'évolution du système hospitalier est source de propositions, dans le cadre de notre recherche. En effet, les DS parlent de : « les GHT vont niveler vers le haut les évolutions prof : cadre inter-établissements, réduction des postes de CSS intermédiaires, nouveaux métiers de coordination de parcours », « ...la mobilité entre établissements du GHT, polyvalence, intégration, connaissance globale du fonctionnement hospitalier est un moteur pour les cadres qui veulent évoluer ».

#### *- Anticiper la gestion des postes d'encadrement et de leurs compétences*

Un DS a signalé **le partenariat** nécessaire avec le DRH, ainsi que la rigueur nécessaire dans la définition des besoins quantitatifs et qualitatifs des agents d'encadrement : « ça faciliterait l'organisation du repérage et de l'accompagnement des agents qui ont le potentiel à ces fonctions ». Un DRH m'a évoqué la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences comme une nécessité afin d'anticiper les besoins de mains d'œuvre



dans des métiers sensibles : « d'assurer un accompagnement efficace, grâce à une collaboration rapprochée entre la direction des soins et la DRH ».

Dans le cadre d'une politique d'établissement, en partenariat avec le directeur des soins de gestion, celui de l'institut et le DRH, il s'agit de créer une commission de sélection des potentiels FFCDs, en fonction des besoins en encadrement soignant (GPMC). Un FFCDs nous a fait remarquer que : « désormais il y a un nouveau concept dans la gestion de compétences ou l'ancienneté ne suffit pas mais où l'investissement dans des projets, la transversalité, les formations ont une importance primordiale pour évoluer ».

Il a également été évoqué que les agents ont besoin de reconnaissance, par l'institution voire même salariale. Cependant, cette dernière reste impossible dans la FPH, avec les grilles indiciaires fixées sur l'ancienneté.

#### *- Structurer la politique managériale*

Deux DS sur quatre ont soulevé l'absence de formalisation d'une **politique managériale**, il leur semble alors nécessaire de passer par l'écriture de celle-ci, afin « de maintenir une constance et une cohérence de la direction des soins, entre les actes et les paroles ». Il s'agit grâce à une politique managériale définie, de déterminer « des axes structurants, des outils de management et d'organisation et de les adapter à la spécificité des cadres hospitaliers (notamment en formation continue) ». Le plan de formation spécifique pour l'encadrement détermine les formations continues et professionnelles possibles. Ces éléments conditionnent la fidélisation à l'institution, dans le sens où ils permettent d'entrevoir des évolutions professionnelles pour les cadres le souhaitant.

« La politique managériale est à co-construire avec le DRH ». Cette opportunité permet selon eux de replacer au centre des missions de l'encadrement, le repérage et l'accompagnement des agents. Ce projet managérial porté par le directeur des soins, est marqué par une ouverture d'esprit et une pluralité des profils cadres (médecotechnique et de rééducation).

Une autre préconisation sur notre thématique de recherche est de réaliser un point pluriannuel entre les DS et la DRH, notamment dans le cadre d'une GPMC. Il s'agit de déterminer : « une ligne de conduite institutionnelle et de donner de la lisibilité au repérage et à l'accompagnement des agents, la procédure est ainsi connue et reconnue ». La décision semble alors plus légitime au regard du profil de poste publié. Il semble également nécessaire pour un DS de : « toujours faire valider par le DG, **les fiches de poste** pour des missions à la direction des soins. »

#### *- Accompagner les agents dont le souhait est d'évoluer professionnellement*

**L'acteur principalement** cité est le directeur des soins : « Il a une entière légitimité et un rôle prévalent dans le dispositif mis en place. Il donne le sens, la direction à une

démarche volontaire de repérage. Le DS doit l'impulser auprès des cadres de pôle, qui participent à l'entretien de clarification du projet avec le DS. ».

La posture du directeur des soins est soulignée, notamment quand un pré-concours est organisé afin de sélectionner un faisant fonction de cadre: « On doit être pédagogue lorsqu'on organise des concours, surtout auprès des personnes non retenues, car elles doivent poursuivre leurs missions habituelles ! ». L'accompagnement des candidats non retenus aux postes de FFCDS, au-delà de l'entretien d'annonce a été relevé comme important : « Il s'agit surtout de comprendre pourquoi et comment il peut satisfaire à la commission de sélection ». Dans cette situation, nous avons saisi, qu'il s'agit de **promouvoir un candidat acteur dans son projet professionnel**, motivé, qui sera accompagné : méthodologie de l'entretien, information sur la fonction, formation complémentaire.

Ce qui revient de façon récurrente dans les préconisations est de confier à un CS ou CSS les missions de suivi des agents en promotion professionnelle et des FFCDS. Il est placé sous la responsabilité de la direction des soins, chargée du contrôle et de l'évaluation. En effet, les encadrants qui ont de l'appétence pour faire du tutorat et/ou qui possède une vision transversale de l'établissement, sont cités comme étant des acteurs de l'accompagnement des agents ayant un potentiel. Toutefois, une nuance est apportée par un CSS, qui dit que : « ça fait partie des missions des cadres de santé de proximité ». Le positionnement des cadres de santé et cadres de pôle est souligné, pour 2 DS : « ils doivent être des acteurs du compagnonnage », « permettre la transmission des savoirs et de l'identité cadre » et apporter « un éclairage sur la fonction, par du **tutorat** des pairs, soit collectif soit individuel ». Il est précisé que dans ce cas, l'accompagnement doit être isolé de l'entretien annuel d'évaluation.

L'ensemble des répondants du CHH, du CHB et du CHD, préconisent de créer un dispositif d'accompagnement du faisant fonction, dont l'objectif est de « donner de la lisibilité, de la **clarté au parcours d'évolution** vers la fonction de cadre, notamment sur : l'attribution des postes de FFCDS, le financement d'une préparation au concours, la communication sur les délais prévus pour chaque étape... ».

Dans le cadre des préconisations, il a également été évoqué par 10 personnes enquêtées, la construction et l'animation **d'ateliers d'échanges avec les faisant fonction de cadre de santé**, ainsi que de compagnonnage individuel sans lien hiérarchique. Les objectifs donnés sont de faciliter la réussite au concours, d'échanger les expériences, les difficultés quotidiennes et ainsi confronter les visions sur la fonction d'encadrement hospitalier.

Il est également suggéré de réaliser un **contrat réciproque** entre l'agent faisant fonction de cadre de santé et l'institution, afin de clarifier les objectifs de chacun et de fixer des échéances. « Le bénéfice est mutuel, c'est une politique gagnant/gagnant ».

- *Si améliorer l'accompagnement des cadres dans leur évolution professionnelle, passait par l'amélioration de la **qualité de vie au travail** de l'encadrement soignant*

Cette thématique est mentionnée systématiquement par les cadres et les faisant fonction de cadre, ainsi diverses propositions nous ont été faites, impliquant le directeur des soins :

- Développer « des espaces cadres » permettant l'échange avec ses pairs (lieu dédié, temps de rencontre spécifique...).
- Permettre un accès direct des cadres de santé à la direction des soins, sans accord préalable du N+1.
- Faciliter une flexibilité des horaires du personnel d'encadrement, notamment en développant le télétravail.
- Améliorer la reconnaissance par le salaire et par l'accès à des formations.

- **Communiquer** autour de la détection des potentiels et de l'accompagnement des projets professionnels

Deux directeurs des soins nous ont précisé, qu'une communication régulière autour de cette thématique, permettrait de « rendre visible les métiers d'encadrement hospitalier et de les valoriser au regard de l'institution ».

## **2.3 Synthèse de l'analyse de l'enquête de terrain et confrontation des hypothèses**

L'enquête menée a permis de retirer une analyse fructueuse par thématique. Nous avons voulu faire les liens entre les réponses apportées et le parcours professionnel du répondant (grade, expérience). Nous conservons donc pour cette synthèse, la forme thématique.

- **Le repérage des potentiels professionnels à évoluer :**

Les notions de potentiel et d'aptitude, professionnels sont pour l'ensemble des répondants, en étroite relation avec des capacités managériales et de qualités professionnelles combinées. Le repérage des potentiels est incontournable dans la stratégie managériale et le directeur des soins est l'acteur légitime pour l'impulser. C'est dans l'investissement au quotidien, tant dans les projets que dans les missions transversales des équipes d'encadrement, que les directeurs des soins repèrent les agents ayant du potentiel à évoluer. Les équipes d'encadrement perçoivent que la stratégie de repérage des potentiels se réalise au travers de l'accès à un grade supérieur, voir de l'ancienneté. La mobilité est un atout qui facilite le repérage. Cependant, l'évaluation est pour les DS un outil incontournable, au-delà de l'aspect très administratif

qu'il représente. Les équipes d'encadrement y voient un moment d'échange où la valorisation de leur travail est importante. Il s'agit notamment pour le cadre de santé, d'évoquer son projet professionnel quand il souhaite évoluer. Ils portent un grand intérêt à ce temps d'échange dont ils disposent, d'autant plus quand le directeur de l'établissement leur accorde de l'attention (cf. le CHH).

- **L'accompagnement des agents ayant un projet d'évolution professionnelle :**

Les pratiques sont très disparates d'un établissement à l'autre. L'accompagnement, quand il existe, se pratique uniquement auprès de l'agent placé en position de faisant fonction de cadre. Quand des projets d'évolution professionnelle, vers les métiers de DS ou de D3S se manifestent, alors l'agent se prépare de manière indépendante, ou alors des missions à la direction des soins peuvent être proposées, mais elles ne sont pas systématiques. D'après les directeurs des soins ce type de projet d'évolution est rare, c'est le financement d'une préparation au concours qui est un élément d'accompagnement.

Quant à l'accompagnement des faisant fonction de cadre, il débute par une présélection pour accéder à ce poste, la durée d'exercice avant la passation du concours d'entrée en IFCS varie de 1 à 3 ans. Pour l'ensemble des personnes interviewées, le concours sur titre, au-delà de l'aspect réglementaire, est considéré comme un acte de clôture de l'accompagnement de l'agent. Il se déroule de façon disparate et son délai varie de 6 mois à 3 ans, ce qui semble excessif pour les agents en attente de reconnaissance de leur grade. Nous retenons que l'accompagnement des agents a un impact positif sur leur parcours professionnel, tant dans le processus d'identification que dans la réussite des épreuves de concours.

- **Les acteurs :**

La personne qui joue un rôle moteur, dans la détection des potentiels et de leur accompagnement professionnel, est sans nul doute le directeur des soins. La place qu'il tient en tant qu'expert des professions paramédicales mais aussi de manager des équipes soignantes, provoque une attente forte des équipes quant aux perspectives d'avenir et à des valeurs fortes. C'est dans la construction d'un projet managérial et dans la GPMC, que les DS enquêtés évoquent la nécessaire coordination avec la DRH.

Les cadres supérieurs de santé ainsi que les cadres de santé sont attendus, afin de réaliser le compagnonnage entre pairs et de permettre à l'agent souhaitant évoluer, de s'investir dans des projets de pôle ou d'établissement.

- **Les propositions d'amélioration** des dispositifs de repérage et d'accompagnement, ne seront pas synthétisées ici, mais viendront amender nos préconisations, dans la dernière partie de ce travail.

Il convient maintenant de reprendre notre question de recherche : **En quoi le repérage des potentiels de l'encadrement et leur accompagnement, facilitent leur évolution professionnelle ?** Les hypothèses suivantes avaient été émises :

- Le repérage des potentiels s'inscrit dans un processus interne aux établissements, dont les obligations réglementaires (concours sur titre ou concours d'entrée) sont un aboutissement.
- L'accompagnement des professionnels paramédicaux relève d'une dynamique collective, sous la responsabilité du directeur des soins.
- Un processus institutionnel de valorisation des compétences influe sur la motivation et l'investissement des cadres pour des missions transversales.
- L'effectivité d'un dispositif de « repérage-accompagnement » des projets professionnels dynamise et fidélise le personnel d'encadrement.

La confrontation de ces hypothèses avec les éléments théoriques et ceux recueillis sur le terrain, nous amène à les valider dans leur quasi majorité. En effet, nous avons constaté un lien étroit entre l'existence d'un dispositif de repérage et d'accompagnement des agents ayant un potentiel d'évolution, et une stratégie managériale basée sur le soutien des projets et la volonté de fidéliser l'équipe d'encadrement. Cette analyse nous laisse penser que des pistes d'amélioration restent possibles, dans le domaine.

Nous nous proposons donc dans la dernière partie de ce travail, de structurer des préconisations venant enrichir la dynamique managériale, grâce à la détection des potentiels et la structuration d'un accompagnement de leur projet professionnel.

### **3 Des préconisations au service de la promotion professionnelle des paramédicaux**

A l'issue l'analyse des entretiens réalisés, nous cernons que les attentes des uns et des autres ne sont pas si différentes. Une partie de l'encadrement convient que le repérage des potentiels et l'accompagnement des faisant fonction de cadre, doivent être améliorés (sentiment confirmé par les agents en poste). A leur niveau les équipes d'encadrement souhaiteraient pouvoir accéder à une démarche similaire, si elles désirent évoluer professionnellement vers d'autres fonctions : D3S, DS, diplôme universitaire (constat confirmé par les directeurs des soins).

Nous tenterons donc dans cette partie, d'approfondir pour l'ensemble des catégories, des leviers d'amélioration du dispositif, susceptibles d'être mis en place. Le rôle du directeur des soins est prépondérant dans ce processus, si bien qu'il sera abordé au fil de ces préconisations.

#### **3.1 La politique institutionnelle : un appui indispensable pour la promotion professionnelle**

##### **3.1.1 Projet établissement, projet managérial**

Le rôle du cadre de santé et son positionnement présentent un enjeu fondamental pour les établissements : facilite le changement, améliore la qualité des soins. Cette place primordiale est confirmée par les rapports relatifs à ce métier. Cependant, la détection des « potentiels » cadres restent insuffisantes, dans un contexte d'élargissement des fonctions, de renforcement de la dimension managériale et des départs massifs en retraite.

Si l'intérêt de définir une politique institutionnelle n'est pas le sujet de notre travail, il nous semble utile en tant que futur directeur des soins, d'entretenir un partenariat étroit avec le DRH. L'écriture commune d'une politique de gestion du recrutement, des affectations, de la mobilité du personnel soignant et d'encadrement, de l'évaluation annuelle et celle de la promotion professionnelle, sont indispensables. Le portage par ces deux directions de cette base de fonctionnement, peut être formalisé dans le projet social et le projet managérial de l'établissement.

La coopération entre les deux directions (soins et ressources humaines) est un levier facilitant la GPMC. Cette gestion est un support nécessaire à l'institution hospitalière. Au-delà des référentiels de compétences, il nous semble que la rédaction des profils de poste, du plan de formation continue (interne et externe), ainsi que de la

formation professionnelle, sont autant d'instruments pour anticiper les évolutions et s'adapter de manière efficiente. Le partenariat DRH-DS se ressent auprès des équipes d'encadrement, il démontre d'une cohésion entre les directions mais aussi de l'intérêt porté aux collaborations et au décloisonnement. Cette impulsion de la part des directions vers les cadres supérieurs et les cadres de santé facilitera le partage et la construction de projets au service des agents, notamment lors d'accompagnement de faisant fonction de cadre.

Le directeur des soins a notamment pour missions, d'animer et de coordonner les activités des équipes d'encadrement, de définir la politique des soins et de l'évaluer, ainsi il prévoit une organisation des missions de la direction des soins. La transversalité et le décloisonnement des axes du projet de soins, facilitent la création de liens entre les cadres et le développement de l'intelligence collective.

### **3.1.2 Optimiser le processus d'attractivité et de fidélisation des agents ayant du potentiel d'évolution**

Une entreprise est attractive lorsqu'elle attire spontanément de nouveaux profils et que les effectifs sont fiers de travailler pour elle. La qualité de vie au travail est devenue un sujet dont l'hôpital se saisit. **Fidéliser les cadres** qui présentent des potentialités semble évident, mais toutefois la marge de progression reste importante dans le domaine. Les hôpitaux américains se sont emparés de cette question en développant le label « magnet hospitals », basé sur l'attractivité de l'hôpital, il vise autant les patients que l'attractivité pour du personnel soignant. L'hôpital public français pourrait également s'inspirer des entreprises privées, pour lesquelles cette vision d'attractivité et de fidélisation des potentiels s'est développée au travers de la mise en place d'une cellule spécifique de conseil, mis à disposition des collaborateurs. Cette structure d'accueil a pour objectif de fournir de l'information, des conseils en orientation et en formation. Chaque salarié volontaire peut y trouver l'assistance nécessaire pour appréhender avec objectivité sa situation, rechercher des possibilités d'évolution et examiner les actions à entreprendre pour assurer son propre développement de carrière.

Nous pensons entre autres, à la mise en place du télétravail dans la fonction publique<sup>14</sup>, d'application récente, elle reste peu développée dans la FPH. Cependant, les cadres de santé réalisent des tâches à leur domicile et souhaitent que ce nouveau dispositif soit appliqué.

Les nouveaux enjeux de pilotage médico économique, de conduite de changement dans ce contexte de réformes hospitalières, nécessitent une adaptation des

---

<sup>14</sup> Décret n° 2016-151 du 11 février 2016, relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature

managers. Il s'agit pour le directeur des soins, en collaboration avec le DRH, d'organiser une **politique de formation** dédiée à l'encadrement soignant. Un plan de formation spécifique favorise une montée en compétence, une cohésion de groupe grâce à une formation commune et un partage d'identité professionnelle. L'objectif est de construire une équipe de cadres avec des expériences diverses et des formations variées, afin de nourrir une compétence collective.

Les perspectives de pouvoir bénéficier d'une **formation universitaire** (type master ou DU) projette le cadre dans une dynamique positive d'évolution. Il est incité à poursuivre son projet professionnel. Ce type de formation participe à la prise de recul sur la fonction, mais surtout favorise la reconnaissance de cadres par l'acquisition de diplômes exigeants.

**Des échanges de pratiques** permettent de repérer des leviers afin d'améliorer l'attractivité des métiers. Des temps de rencontre spécifiques et mobilisateurs peuvent être organisés entre les professionnels, autour des questions des projets d'évolution professionnelle, des possibilités de formation, de l'accompagnement par l'institution, mais surtout du compagnonnage entre pairs. L'objectif est alors de renforcer les liens, la proximité et participe à une dynamique de groupe suscitant des vocations. Il s'agit de faire émerger des propositions dans le domaine de la recherche et de la créativité, voir même de faire émerger des potentiels auprès de l'encadrement. Le directeur des soins qui s'appuie sur un management de confiance, donne du sens et communique sur des projets, permet la collaboration entre professionnels en toute convivialité mais avec de la rigueur.

### **3.1.3 Communiquer sur les possibilités d'évolution professionnelle ainsi que sur les dispositifs institutionnels prévus**

**Une charte managériale**, nous apparaît un levier d'information et de cohésion au sein de l'équipe. L'écriture d'un tel support fixe les notions fondamentales en matière:

- de valeurs soignantes
- d'un socle de comportement renvoyant à des situations précises : responsabilité, qualité des liens entre managers, transparence de l'information, portage du projet institutionnel...

Elle permettra de faire partager à tous les valeurs de l'établissement, d'organiser le leadership en fonction des compétences, et d'assurer la transparence des organisations (notamment pour notre sujet de recherche). La construction et le partage de valeurs collectives centrées sur la qualité des soins auprès des patients, fédère l'équipe d'encadrement. C'est notamment grâce au projet de soins (PSIRMT) de l'établissement et



plus largement à celui du GHT, que ces valeurs sont portées. Le partage des objectifs, la reconnaissance de la fonction de chacun sont des facteurs contributifs. Un collectif n'est plus aujourd'hui une juxtaposition de compétences ou de fonctions reliées par l'autorité d'un supérieur hiérarchique. Elle est un ensemble complexe dans lequel chacun a besoin des autres.

**La communication** se réalise autour du plan de formation interne et externe diffusé dans les instances, mais aussi auprès des équipes d'encadrement. Il est du domaine du directeur des soins d'informer les cadres, des possibilités d'évolutions professionnelles qui leurs sont offertes. Une des instances à privilégier pour le DS sera la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT).

La communication de la promotion professionnelle peut être réalisée de manière collective lors de réunion d'encadrement, mais aussi individuelle lors de l'entretien annuel d'évaluation ou à la demande de l'agent. L'information des perspectives d'évolution auprès des infirmiers qui souhaitent devenir cadre sera développée plus loin dans l'écrit.

De plus une communication (journal interne, affichage, instances...) et une formalisation des profils de postes, incluant les possibilités d'évolution professionnelle, participent à la volonté de l'établissement de s'inscrire dans un accompagnement des professionnels. Pour les fonctions de cadre de santé et de cadre supérieur de santé, il nous semble utile qu'une rubrique reprenne les éléments statutaires, l'accès à la formation de préparation au concours, ainsi qu'à la formation diplômante et la promotion professionnelle. Il nous semble primordial d'y préciser les évolutions possibles, notamment l'accès à la préparation au concours de directeur des soins.

Nous proposons également que ce document mis à disposition du personnel, recense les modalités d'accès : les exigences réglementaires concernant l'accès pour chaque concours (nombre d'années d'expériences), les modalités de validation du projet et d'accompagnement du candidat par l'établissement.

## **3.2 Les leviers à actionner afin de promouvoir les projets professionnels des cadres de santé paramédicaux**

### **3.2.1 Le repérage du potentiel des cadres de santé**

Ne pouvant développer un outil standard pour le repérage, nous faisons le choix de présenter d'abord un outil d'aide au repérage des cadres de santé ayant un potentiel à évoluer vers la fonction de directeur des soins. Le référentiel de compétences du métier de directeur des soins<sup>15</sup> est un support utile, permettant d'évaluer si le candidat est en

---

<sup>15</sup> [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_DDS.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf), mars 2010

mesure de développer ses propres compétences dans les domaines concernés. Ses capacités à réussir le concours et à suivre la formation peuvent être ainsi évaluées, afin de réaliser un bilan de départ. Un outil de ce type a déjà été abordé<sup>16</sup>, mais il nous semble intéressant de l'actualiser et de le développer davantage. Il regroupe un ensemble d'indicateurs afin de mesurer les aptitudes des cadres et cadres supérieurs de santé, à poursuivre ce projet professionnel. En effet, nous pourrions adapter cet outil au nouveau dimensionnement des activités des cadres de santé, sur un territoire dans le cadre de la mise en place des Groupement Hospitalier de Territoire. Nous proposons également de réitérer durant l'accompagnement ce bilan, afin d'évaluer les compétences, ainsi qu'objectiver leur évolution. Un document support figure en **annexe 5**.

Les compétences (savoir-faire et savoir être) et les connaissances (savoirs) développées pour l'exercice du métier de Directeur de Soins s'ordonnent en 4 volets, qui viennent structurer l'outil de repérage, mais que nous adaptons au niveau de la fonction d'un cadre de santé :

- Les compétences **stratégiques** :
  - Savoir analyser l'environnement et les systèmes d'acteurs dans lequel il évolue : acteurs de santé, besoins de la population, réseaux, institutions publiques et privées.
  - Cibler des objectifs de l'unité, dans le cadre des contrats de pôle, voir au sein de la filière sur le GHT.
  - Savoir les traduire dans un plan d'actions.
  
- Les compétences **de coordination** dans son champ d'exercice:
  - Être en mesure de décider, négocier et arbitrer avec les différents acteurs.
  - Planifier, organiser, répartir les ressources
  - S'inscrire dans le cadre d'un exercice en réseau professionnel sur le territoire.
  
- Les compétences **opérationnelles**
  - Il s'agit ici d'évaluer l'implication du CS dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins (EPP, groupe de préparation à la certification).
  - Communiquer avec différents acteurs (hiérarchie, corps médical, équipes soignantes, usagers et leurs familles).
  - Connaître les évolutions réglementaires et accompagner leur mise en œuvre, notamment actuellement les filières de soins et les GHT.
  
- Les **connaissances** générales ou intérêt pour les domaines d'activités : recherche en soins, projets, qualité, management, ressources humaines, économique, législative...
  
- **Autres domaines** d'application de l'évaluation :

L'implication du cadre de santé dans la vie institutionnelle tels que les projets, notamment le Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et MédicoTechniques, les instances (CSIRMT), le tutorat des étudiants, sont autant de moyens de percevoir les enjeux et la

---

<sup>16</sup> Nicolas M., De la fonction cadre à celle de directeur des soins...Quel accompagnement par le directeur des soins en établissement ?, mémoire EHESP, décembre 2013.

place du directeur des soins. La réalisation de missions transversales auprès de la direction des soins est une opportunité d'élargissement de sa vision de l'organisation hospitalière et d'évaluation des capacités du CS. De plus, c'est une modalité de mise en situation qui conforte ou non le projet de l'agent.

L'investissement institutionnel de l'agent ainsi que les missions transversales qu'ils réalisent sont également des indicateurs. D'autant que parfois, la nouvelle génération de cadre de santé sait faire preuve de créativité et de positionnement dans sa pratique. On perçoit bien que le cadre ayant un potentiel demande une autonomie de travail, avec des reportings réguliers par son supérieur.

Nous souhaitons intégrer à cet outil une **échelle** de 0 à 3, afin d'évaluer les compétences:

0 = non mobilisé ;

1 = en cours d'acquisition ;

2 = acquis ;

3 = maîtrisé.

La fréquence de l'évaluation du projet est établie par le directeur des soins Les actions qui découlent seront évoquées dans le paragraphe suivant.

### **3.2.2 L'accompagnement des postulants à des fonctions de D3S, DS, diplômes universitaires**

Pour les agents ayant suivi un master ou d'autres diplômes universitaires, il semble indispensable pour la personne comme pour l'institution, de réinvestir les connaissances acquises. Il s'agit notamment d'obtenir un poste en adéquation avec la thématique du diplôme et du travail de recherche (management, gestion des risques, simulation en santé...). Cette démarche valorise le cadre de santé au regard de son investissement et l'institution gagne en compétence. Le réinvestissement du travail de recherche réalisé durant la formation, nous semble indispensable. Cette démarche est à la fois valorisante pour la personne formée, et peut venir entretenir la dynamique de recherche en soins de l'établissement ou de publication dans une revue professionnelle.

Faire connaître le métier de directeur des soins nous semble indispensable. En effet, il souffre d'une désaffection, par méconnaissance de la diversité de la fonction et des modalités d'exercice et des conditions d'accès aux concours. Ainsi, pour les agents souhaitant se présenter à des concours nationaux de type D3S ou DS, l'accompagnement dans la préparation de ce projet nécessite le financement d'une préparation au concours d'entrée. Des rencontres régulières avec les membres de l'équipe de direction, qu'elles

soient formelles ou informelles (réunions, travail de groupe...), sont autant d'occasions d'accompagnement du projet professionnel. Il s'agit pour le candidat de confronter son positionnement professionnel et d'échanger avec des professionnels expérimentés. Des entretiens fictifs de préparation à l'épreuve orale de concours peuvent également être réalisés, dans ce contexte de rencontre.

Nous pensons également que la proposition de missions transversales à l'établissement est un atout complémentaire pour la réussite aux épreuves et le développement de la représentation de la fonction. Cette collaboration facilite la communication sur la fonction et la modélisation du métier. L'implication dans des axes de développement du projet d'établissement ou de projet de soins permet de cerner les orientations et stratégies de l'institution hospitalière. Ces missions sont proposées à l'issue du bilan réalisé grâce à l'outil d'évaluation (**annexe 5**), elles sont le fruit d'une analyse individuelle des besoins évalués et de ceux ressentis par l'agent.

Pendant la formation et à l'issue, aucun accompagnement par l'établissement d'origine n'est inenvisageable, car les stages et l'affectation se déroulent dans d'autres établissements.

### **3.3 La détection d'un vivier de futurs cadres de santé et son accompagnement**

L'évolution du contexte hospitalier, les rapports relatifs aux métiers de cadre de santé viennent soutenir notre recherche et montrent la place primordiale de cet acteur et indiquent que la détection et l'accompagnement des potentiels sont insuffisants. Il nous semble alors utile de structurer un parcours d'accès à cette fonction, afin de repérer, soutenir les paramédicaux pouvant y prétendre. Les enjeux sont de taille pour les établissements de santé, l'attractivité du métier de cadre de santé, les exigences en matière de qualité gestion des risques, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, ainsi que la nécessaire adhésion des futurs cadres à la politique de l'établissement, sont à considérer.<sup>17</sup> Le directeur des soins doit se saisir de cette opportunité. L'objectif d'un tel dispositif est d'apporter au futur cadre une plus-value dans la construction de son projet professionnel et un soutien dans sa construction identitaire. Si la communication interne sur le dispositif nous semble primordiale, notamment en CSIRMT, elle véhiculera une image de transparence, de légitimité et d'égal accès auprès de l'ensemble des agents. Il s'agit bien sûr que les principaux acteurs de ce dispositif,

---

<sup>17</sup> *Dispositif d'accompagnement des postulants cadres* ; Revue Soins Cadres- n°93 ; p 50-53 ; février 2015

aient une connaissance et une maîtrise de ce dernier : cadres de santé, cadres supérieurs.

### 3.3.1 L'émergence du projet professionnel

C'est lors de l'**entretien annuel d'évaluation**, ou lors d'échanges informels que le supérieur hiérarchique direct apprécie la faisabilité du projet d'évolution vers la fonction de CS. Nous avons développé une **grille d'évaluation** du potentiel des agents à évoluer vers les fonctions de cadre de santé (**annexe 6**). Cet outil se veut pratique et utilisable dans notre futur exercice. Il est basé comme le précédent sur une évaluation par le supérieur hiérarchique, qui peut se réaliser à différents moments et de façon répétée, jusqu'à maturation du projet. Nous nous sommes inspirés des expériences de divers établissements ayant mis en place ce type de support et l'avons adapté au regard de notre futur poste et du contexte d'exercice actuel de l'encadrement au sein d'un GHT. L'utilisation d'une grille de repérage des capacités à évoluer vers la fonction de cadre, est un support objectivant la décision. Elle peut correspondre :

- aux capacités pédagogiques et d'organisation,
- aux valeurs humaines
- et au comportement professionnel.

La validation de « la candidature » et sa présentation à un comité spécifique (détaillé plus loin), se réalise donc par le cadre de santé et le cadre de pôle.

**Un comité d'accompagnement** peut être constitué afin d'évaluer la pertinence de la demande de projet professionnel. Il pourrait être constitué d'un cadre de santé, d'un cadre supérieur de santé, du directeur des soins et du DRH. La collaboration avec un membre de l'équipe pédagogique de l'IFCS peut être une plus-value. Avant tout entretien le comité consulte le dossier constitué par l'agent :

- ✓ un curriculum vitae,
- ✓ une lettre d'accompagnement et une présentation de son projet professionnel (une dizaine de pages)
- ✓ et du support d'évaluation constitué par le supérieur hiérarchique.

**L'entretien** permet de cerner la motivation et le dynamisme professionnel, la connaissance de la fonction de cadre (formation, activités, contraintes), la capacité d'analyse de son expérience et le réinvestissement dans un futur exercice. Les connaissances des évolutions de notre système de santé ainsi que de la politique d'établissement sont évaluées. La validation du projet par le comité conditionne le financement d'une préparation au concours d'entrée en IFCS.

Le comité rend son avis dans un délai raisonnable, par écrit. Au regard des entretiens réalisés pour cette recherche, nous pensons qu'il est nécessaire d'expliquer les raisons d'un refus. La personne peut être reçue, accompagnée de son supérieur hiérarchique si elle le souhaite. Il s'agit notamment d'évoquer la maturation du projet et les axes possibles d'amélioration (connaissances et/ou compétences à développer), voir d'autres projets qui semblent plus opportuns. Si la réponse du comité est favorable au projet professionnel, alors l'accompagnement par l'établissement débute.

### **3.3.2 L'accompagnement d'un professionnel paramédical vers les fonctions de cadre de santé**

Cette étape débute par un financement dans l'année, d'une formation de préparation de concours d'entrée en IFCS. En effet, l'allongement des délais symbolise une mauvaise gestion du plan de formation de l'établissement et peut être source de démotivation pour l'agent. Nous conseillons de réaliser un **contrat d'engagement** réciproque entre l'établissement et le candidat, qui reprend toutes les étapes proposées pour cet accompagnement.

Lors de sa scolarité en IFCS, le futur cadre de santé se voit proposer différents stages, mais il nous semble intéressant que le dernier, dit « **stage professionnalisant** », se réalise dans l'établissement. Les places pour ce stage doivent être suffisantes au regard du nombre d'agents partis en formation.

Chacun à son niveau constitue l'un des maillons du processus d'accompagnement des futurs cadres, le directeur des soins en est le pilote. Les tuteurs de stage sont sensibilisés en amont par la direction des soins, afin de réaliser le tutorat du stage, mais aussi de poursuivre cet accompagnement lors de prise de poste à l'issue de la formation, comme « personne ressource ». A cet égard, la charte d'encadrement est un moyen de rappeler que le tutorat entre pairs fait partie intégrante de la fonction de cadre de santé. Cette période de stage est l'opportunité pour le directeur des soins de recevoir l'agent en fin de cursus de formation, de lui présenter son tuteur et de personnaliser le parcours de stage en fonction des besoins ressentis. Il est conseillé qu'il profite de ce temps de formation pour aller à la rencontre des services qu'il connaît moins :

- ✓ plateaux techniques et de rééducation,
- ✓ autres services de soins
- ✓ et les fonctions supports de l'établissement : administratif, logistique, informatique (ouverture des droits, dossier patient informatisé et logiciel de gestion du temps de travail).

L'**affectation** peut être annoncée par le directeur des soins après concertation, à l'occasion de ce stage et permettre au futur cadre de prendre contact avec le cadre de pôle et le chef de pôle. Lors de la prise de poste l'agent bénéficie de l'accompagnement par un pair. Il s'agit de leviers facilitant la construction identitaire, la posture professionnelle et le développement du réseau de collègues. La prise de fonction à l'issue de la formation s'en trouvera plus sereine.

Il nous semble intéressant, comme évoqué par les équipes du CHU de Montpellier<sup>18</sup>, d'entretenir **la relation collaborative** avec l'IFCS, notamment afin d'animer un groupe d'analyse de pratique, auprès des jeunes diplômés cadres de santé. Il permet une analyse du vécu, une prise de recul quant à sa pratique et une meilleure compréhension du positionnement attendu.

Le **travail de collaboration et d'échange** du directeur des soins et de la direction des ressources humaines nous semble indispensable dans la construction de ce repérage et de cet accompagnement, afin de créer un « vivier » de futurs cadres. Il ne doit pas se limiter à la détermination de la procédure administrative de nomination par un concours sur titre.

### **3.3.3 L'accompagnement professionnel s'il y a une affectation en tant que faisant fonction de cadre de santé**

Les fonctions souhaitées par le professionnel paramédical nécessitent un cheminement dans la représentation de la fonction, dans la posture professionnelle. Il s'agit de favoriser un éclairage sur la réalité métier de cadre de santé selon les opportunités de l'établissement qui peuvent être à saisir : un poste de faisant fonction de cadre de santé et/ou membre de projets transversaux sur l'établissement ou le GHT. Nous évoquons les opportunités de poste de FFCDS dans l'établissement, car ces derniers ne doivent pas être une alternative à un défaut de recrutement ou une pénurie de cadres. Il s'agit d'une prise de fonction intégrée dans un dispositif professionnel global d'accompagnement, en lien avec le comité d'accompagnement. Certes le recrutement externe sur poste vacant a un intérêt pour la mixité des profils des managers, mais la promotion interne est le levier de la politique d'établissement en faveur de la motivation et de la reconnaissance des agents. Il s'agit d'un choix stratégique pris par le directeur d'établissement, après concertation en équipe de direction. Le rôle du directeur des soins lors du recrutement externe est alors de relevé s'il existe une plus-value (compétences,

---

<sup>18</sup> Ibid.

expériences) à ce recrutement par rapport à la mise en faisant fonction de cadre. Cette réflexion doit être menée collectivement avec le DRH et l'encadrement soignant de pôle.

La prise de fonction fera l'objet d'un contrat réciproque, précisant la fiche de poste et les missions attendue, les délais et le suivi. L'accompagnement sera formalisé par ce **contrat** (nom du référent, délai, évaluation). Il est à l'initiative de la direction des soins et sera signé par le tuteur et le FFCDS. La prise de fonction ainsi que l'effectivité du dispositif d'accompagnement doivent être communiquées en réunion d'encadrement soignant et auprès des équipes de l'unité d'affectation.

Il nous semble indispensable qu'un accompagnement par **un tutorat** soit réalisé. Le candidat sera mieux armé lors de la passation des épreuves du concours d'entrée, les résultats s'en verront améliorés. Lors de notre enquête de terrain, un CH avait affecté un cadre supérieur de santé à cette mission, il est évidemment motivé pour l'accompagnement professionnel et apporte un avis éclairé sur l'évolution de faisant fonction de cadre, au directeur des soins.

Lors d'échanges professionnels, nous avons pu constater qu'un dispositif d'accompagnement des FFCDS était développé, dans certains établissements. Il est le plus souvent réalisé par des rencontres collectives, mais aussi parfois en individuel par un cadre de santé dédié à cette mission. L'objectif est d'établir **un programme** de développement de connaissances, interne à l'établissement, mobilisant l'ensemble des corps de direction (logistique, économique et financier, qualité gestion des risques, DRH, informatique et communication et direction des soins...). Ce programme est sous la responsabilité de la direction des soins, qui fait participer à la construction du programme les cadres de pôle et les cadres de santé.

L'objectif principal demeure le développement des connaissances : du fonctionnement hospitalier, des fonctions multiples nécessaires à son bon fonctionnement, des outils mis à disposition du cadre de santé. Si nous déterminons une information de 2h par mois, en collectif, avec présence en début de rencontre de la direction des soins. Un programme peut être établi, mais il n'est pas exhaustif et peut être complété. Il favorise la construction du projet professionnel et affine la représentation de la fonction des faisant fonction de cadres de santé paramédicaux, quel que soit leur métier d'origine : soins, rééducation, médicoteknique.



**Ce programme** peut contenir :

- ✓ Vision générale du métier (assuré par des cadres de santé):
  - Missions hospitalières
  - Missions pédagogiques
  - Modalités de concours et formation en IFCS
  
- ✓ Contexte hospitalier :
  - Les grandes réformes et projets en cours : intervention du directeur hospitalier ou d'un représentant
  - Le mode de financement hospitalier : intervention du directeur financier
  - Gestion des ressources humaines : intervention du DRH et de son équipe, afin d'aborder la gestion des ressources humaines, les liens avec les cadres de santé, les outils communs de gestion (logiciel temps de travail, procédure d'évaluation annuelle, plan de formation...) et la gestion des remplacements (équipe de suppléance, contractuels...)
  - Actualités en matière de qualité gestion des risques : intervention du responsable qualité gestion des risques et de son équipe sur le processus de certification, le partenariat avec les cadres de santé
  - Les outils de communication de l'établissement : intervention des services de communication et informatique, présentation des outils utilisés
  - Présentation des services prestataires : logistiques, pharmacie, blanchisserie, brancardage, bio nettoyage, cuisine centrale...
  
- ✓ Echanges et confrontations entre les visions à la prise de fonction et celles à l'issues du programme d'information.

La participation des FFCDS aux réunions institutionnelles nous semblent être un outil d'apprentissage complémentaire, lui permettant d'obtenir de l'information et de développer sa vision du fonctionnement hospitalier, des contraintes réglementaires et des projets en cours. C'est également un moyen pour lui de se familiariser à la prise en parole en groupe.

Une évaluation régulière de la maturité des agents accompagnés, ainsi que le bilan annuel et l'évaluation du dispositif sont indispensables. Le directeur des soins sera informé par les cadres tuteurs, mais sera aussi le moteur de la dynamique d'accompagnement.

## Conclusion

Notre interrogation initiale portée sur le repérage des agents ayant un potentiel et l'accompagnement professionnel pouvant leur être proposé, afin de permettre une évolution professionnelle vers des fonctions d'encadrement ou de direction. Le directeur des soins a-t-il des leviers à actionner, face à des enjeux d'attractivité des fonctions managériales hospitalières ?

Notre réflexion a débuté par une analyse des notions de capacité et de potentiel professionnels, d'accompagnement, d'évaluation et de concours.

Cette démarche nous a conduit à réaliser un diagnostic de terrain sur : les attentes et les besoins des paramédicaux confrontés aux projets d'évolution professionnelle, mais aussi sur la position de directeur des soins vis-à-vis de cette question. Il a également été question des dispositifs institutionnels mis en place et notamment le socle du projet managérial.

Cette recherche de terrain s'est avérée fructueuse et est venue confirmer le constat. Elle a notamment mis en évidence la sensibilité de l'encadrement hospitalier, pour l'accompagnement professionnel, qu'il se fasse grâce à des dispositifs construits et opérationnels ou une volonté plus individuelle. De plus, cette enquête de terrain a révélé des pratiques de réalisation des concours de la FPH, comme étant une modalité d'accompagnement de l'agent, mais dont la pratique réglementaire et les délais sont parfois à la limite de l'intérêt fixé. Les réponses apportées confirment qu'au delà de l'acte administratif, l'entretien annuel d'évaluation est utile afin de repérer le potentiel d'un agent à se projeter dans une autre fonction. De plus, les personnes interviewées nous ont souligné ce temps primordial d'échange, permettant la reconnaissance des capacités et la valorisation des managers.

S'il nous semble indispensable de donner du sens, de la cohérence et de la lisibilité à la promotion professionnelle, alors le rôle du directeur des soins est primordial. Il s'agit notamment de créer, entretenir, réajuster un projet managérial en étroite collaboration avec le directeur des ressources humaines, mais aussi en lien avec les cadres de pôle. Il s'inscrit pour nous comme un élément d'accompagnement et de mesures à mettre en œuvre. Le projet managérial pose le socle d'un travail en commun, s'inscrivant dans un quotidien mais aussi dans le temps. Il permet l'émergence de nouvelles postures, en faveur des managers de terrain mais aussi de l'institution, au sens large du terme. La direction de soins peut s'y voir renforcée.

Cependant, la lisibilité du repérage des paramédicaux ayant du potentiel d'évolution nécessite des outils, servant de base à la direction de soins et qui objectivent la décision importante de la hiérarchie d'accompagner ou non le projet. L'accompagnement vers des

fonctions de cadre de santé, cadre de pôle, directeur des soins..., mérite d'être clarifié au niveau de l'institution par l'élaboration d'un parcours. Pour le directeur des soins, la définition d'un parcours d'accompagnement professionnel se veut être une aide à la priorisation du cœur de métier de cadre de santé, à savoir le soin de qualité auprès de l'équipe et des patients, par un management responsable. L'accompagnement vient accroître la motivation et les chances de réussite aux épreuves. Nous croyons au cercle vertueux du compagnonnage, dans notre secteur des soins.

La vision du directeur des soins sur les collaborations, tend à s'élargir grâce au déploiement des groupements hospitaliers de territoire. Ce qui amène à structurer le projet managérial au travers du projet médico-soignant ou du projet de soins du territoire et à lui donner une dimension encore plus stratégique.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES :

- BOURRET P., Les cadres de santé à l'hôpital, éd Seli Arslan, PARIS, 2006, COLLIN A., Fonction publique et gestion des ressources humaines, éd Studyrama, 2017
- Collectif sous la responsabilité de BOURGEON D., Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, éd LAMARRE, 2012.
- COLLIN A., Fonction publique et gestion des ressources humaines, éd Studyrama, 2017
- DIETRICH A., Management des compétences, éd Vuibert, PARIS, 2015.
- HESBEEN W., Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins, éd Elsevier Masson, PARIS, 2011.
- KAUFMANN JC, L'entretien compréhensif, Armand Colin, 3ème édition, PARIS, 2013.
- MARTORY B., CROZET D., Gestion des ressources humaines Pilotage et performances, éd DUNOD, PARIS, 9<sup>ème</sup> édition, 2016.
- MIRALLES P., Gestion des talents : émergence d'un nouveau modèle de management ?, éd Management Prospective, n°11, 2007
- MONIOLLE C., La gestion des ressources humaines 60 fiches, éd ellipses, PARIS, 2016.
- NAGELS M., Pouvoir d'agir et maîtrise des usages professionnels. Le tutorat par les pairs en formation de directeurs des soins, HAL archives ouvertes, 2013.
- PENGAM M., SLIMKA C., Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité, éd LAMARRE, 2006.
- SAINSAULIEU R., L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation, Paris édition Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1998
- VERSPIEREN P., Face à celui qui meurt, éd Temps et Contretemps, Desclée de Brouwer, Paris, 1984.
- WIEL G. et LEVESQUE G., Penser et pratiquer l'accompagnement, accompagnement et modernité de la naissance à la fin de vie, éd Chronique Sociale, LYON, 2009.
- DUARTE AP., Les situations de crise à l'hôpital : défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance ?, L'Harmattan, 2016.

## **RAPPORTS :**

CNG, Rapport annuel du jury de concours de directeur des soins.

DE SINGLY C., Rapport de la mission cadres hospitaliers, Ministère de la Santé et des Sports, sept. 200

DORNE- CORRAZE, Rapport relatif à l'organisation et au pilotage des recrutements au sein de la fonction publique, 2008

FHF, Etude sur la situation des Directeurs des soins en France, Directeur des soins et si on y croyait ?, PARIS, 2016.

SYNCASS, Restitution enquête 2016 auprès des directeurs des soins PARIS, 2016.

TOUPILLIER D. et YAHIEL M., Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, par le Ministère du travail de l'emploi et de la santé, janvier 2011.

## **REVUES :**

ANSOULD D., DELEKTA R., GRINAND M. et al., Manager les managers, Revue hospitalière de France, 2016, pp.37-41.+6

BOUNIOL S., DELORY A., MAZET DUPORT C. et al., L'entretien annuel d'activités, entre évaluation des compétences et projet professionnel, Soins Cadres, 2013, S20-S21

BRICLER M., Des « Compétences d'Employabilité Durable » pour sécuriser les parcours professionnels des individus, *Projectics / Proyéctica / Projectique* 2009/3 (n° 3), p. 95-101.

DAVY F., AYZAC M., PEREZ P. et al., Dossier. Manager les talents : l'homme au cœur de la stratégie des entreprises, Personnel, 2010, p 44-68

DAVY F., Le mentoring, posture d'accompagnement : une pratique importée d'outre-Atlantique, Personnel, 2010, p 32-33

DAVY F., Manager les talents : l'homme au cœur de la stratégie des entreprises, revue Personnel ANDRH, n°509, mai 2010.

DE COPPET C., Révéler les compétences sous-estimées des salariés, Directions (Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social), 2016, pp.12-1

ESTRIC F., MIRAVETTE V., BENTZ S., BOURRET R., Dispositif d'accompagnement des postulants cadres, Revue Soins Cadres- n°93, p 50-53, février 2015.

JEAN-PIERRE D., Professionnalisation des concours de la fonction publique, Journal des Collectivités Territoriales fonctions publiques, fasc. 2, 2009.

LEDOYEN JR., Directeur des soins, un métier en continuelle évolution, Soins Cadres, 2015, p 38-41

LUGINSLAND M., Cadre aujourd'hui, une perpétuelle adaptation, Objectif soins & management, La revue des cadres de santé, 2016, p 27-30

MULLER C. et BOURBON A., Pourquoi devenir Directeur des soins, revue Soins Cadres- n°95, p42 et 43, septembre 2015.

MULLER C., DELECROIX S., MONCORGER J. et al., Directeur des soins, propositions pour l'avenir, Soins Cadres, 2016, p 48-53

RICHETER C., Cadre et coach : des compétences complémentaires, Soins Cadres, 2015,

RIVET M., Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ?, Soins. Cadres, 2011, p 24-28

ROUSSEL E., Cadre de santé, quelles évolutions de la fonction et des compétences ?

SCHWEYER FX., DARDEL A., LENOIR-SALFATI M., et al. Cadres de santé : quelles évolutions et formations?, Revue hospitalière de France, 2013, .p 16-28

Soins. Cadres, 2010, 32-33

### **SITES INTERNET :**

<http://www.bdsp.ehesp.fr/>

<http://www.cairn.info/>

[http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_DDS.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf)

<http://www.concours.fonction-publique.gouv.fr/>

<http://www.documentation.ehesp.fr/>

<http://www.fhf.fr/>

<http://www.legifrance.fr/>

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

### **MEMOIRES :**

CHARON J., L'accompagnement du faisant fonction de cadre, un bénéfice pour le postulant et l'institution, mémoire ENSP, novembre 2002.

CHINOT N., L'accompagnement du postulant à la fonction de cadre de santé : enjeux et stratégie du directeur des soins, mémoire ENSP, décembre 2014.

FRANZI B., Le projet managérial du directeur des soins un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement, mémoire EHESP, décembre 2013.

HERVE E., Prévenir l'épuisement professionnel des cadres de santé, Mémoire EHESP, déc. 2013

NICOLAS M., De la fonction cadre à celle de directeur des soins...Quel accompagnement par le directeur des soins en établissement ?, mémoire EHESP, décembre 2013.

ZECHSER E., Du projet professionnel à la légitimité de la fonction : quelle politique d'accompagnement du faisant fonction de cadre de santé ?, mémoire ENSP, déc 2006.

### **CONGRES :**

NAULLEAU M., La « gestion du talent » : enseignements critiques du « talentship » dans le cadre d'une recherche-action, 24ème congrès de l'AGRH, Paris, novembre 2013

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Support d'enquête a l'intention de directeur des soins

ANNEXE 2 : Support d'enquête à l' intention des faisant-fonction de cadre, des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé et des cadres de pole

ANNEXE 3 : Grille d'analyse des entretiens avec les directeurs des soins

ANNEXE 4 : Grille d'analyse des entretiens avec les faisant-fonction de cadre, des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé et des cadres de pole

ANNEXE 5 : Tableau d'évaluation du potentiel d'évolution vers la fonction de directeur des soins

ANNEXE 6 : Grille d'aide au repérage des potentiels des postulants cadres de sante paramédicaux

# ANNEXE 1 : SUPPORT D'ENQUETE A L'INTENTION DE DIRECTEUR DES SOINS

Dans le cadre du travail de recherche de Peggy Provolo (élève DS EHESP Rennes).

## Repérage des aptitudes et modalités d'évaluation

- Qu'est-ce que pour vous un potentiel professionnel ? Est-ce forcément pour un grade supérieur ?
- Un CS ou un CSS qui souhaite évoluer, est-ce un potentiel si c'est pour quitter l'établissement ?
- Comment est effectué le repérage des aptitudes ou des potentiels des CS et CSS, à évoluer vers des fonctions supérieures? (comment, acteurs, confusion entre l'évaluation annuelle et le repérage des potentiels)
- Qu'attendez-vous de l'évaluation annuelle des CS et CSS ?

## Accompagnement, Dispositifs en place

- Existe-t-il politique de fidélisation du personnel d'encadrement ?  
(Turn-over?, postes restant vacants ?)
- Existe-t-il une politique d'accompagnement spécifique, aux professionnels d'encadrement paramédicaux qui souhaitent évoluer professionnellement ? vers CSS ou vers DS ou autres évolutions (D3S, master...) ?  
(sur quelle durée, sous la responsabilité de qui, contrat mutuel)
  - Existe-t-il une procédure dans cette situation ? Cette procédure est validée par les instances ?
  - Est-ce une aide dans la gestion des compétences des équipes d'encadrement ?
  - Cela a-t-il une influence sur le « groupe cadres » ?
- Que pouvez-vous dire du dispositif de concours au sein de l'établissement ? Est-ce vraiment de la compétence des établissements d'organiser des concours internes non réglementaires ?
- Un concours est-il une mesure d'accompagnement ?

## Place du Directeur des soins

Quelle place, avez-vous en tant que DS dans cette démarche de repérage des aptitudes et d'accompagnement des professionnels cadres, qui souhaitent évoluer ?

- Comment se déroule la collaboration avec le DRH à ce sujet ?
- Quels résultats en attendez-vous ?
- Quelles seraient vos préconisations pour déployer un dispositif d'évolution professionnelle ?



## **ANNEXE 2 : SUPPORT D'ENQUETE A L'INTENTION DES FAISANT-FONCTION, DES CS, DES CSS ET DES CADRES DE POLE**

---

**Expérience professionnelle** : diplôme, durée d'expérience, nombre de CS dans l'établissement

### **Repérage des aptitudes et modalités d'évaluation**

- Qu'est-ce qu'un potentiel professionnel, pour vous ? est-ce en lien systématique avec l'accès à un grade supérieur ?
- Pensez-vous que vos aptitudes ont été repérées (dans quel délai, par qui, comment) ?
- L'entretien annuel d'évaluation est-il pour vous, un temps de repérage des potentiels des agents à évoluer vers d'autres fonctions ? Pourquoi ?
- Comment vivez –vous votre entretien annuel ?

### **Accompagnement professionnel**

- Existe-t-il une politique de fidélisation du personnel encadrant dans l'établissement ?
- Avez-vous bénéficié d'un accompagnement spécifique aux cadres paramédicaux ou faisant-fonction, qui souhaitent évoluer professionnellement ? (DS, D3S, autres fonctions...)
  - Fait-il l'objet d'une procédure ?
  - Un plan de formation spécifique est-il prévu ?
- Que pensez-vous du dispositif de concours au sein de l'établissement : concours sur titre et accès au concours d'entrée en école ou IFCS ? est –ce que pour vous, il s'intègre dans l'accompagnement du professionnel ?
- Cela influence t'il la dynamique du « groupe cadre » ?

### **Rôle d'accompagnement et préconisations**

- D'après-vous, quels sont les acteurs principaux de l'accompagnement des cadres ou FF, ayant des potentiels d'évolution ?
- Que préconisez-vous pour améliorer :
  - le repérage des potentiels
  - et l'accompagnement vers une évolution professionnelle ?

### ANNEXE 3 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LES DIRECTEURS DES SOINS

---

<b>Nb de lits, nb de CS dans l'établissement</b>	
<b>Repérage des aptitudes et modalités d'évaluation</b> Qu'est-ce que pour vous un potentiel professionnel ? Est-ce forcément pour un grade supérieur ?	
Un CS ou un CSS qui souhaite évoluer, est-ce un potentiel si c'est pour quitter l'établissement ?	
Comment est effectué le repérage des aptitudes ou des potentiels des CS et CSS, à évoluer vers des fonctions supérieures? (comment, acteurs, confusion entre l'évaluation annuelle et le repérage des potentiels)	
Qu'attendez-vous de l'évaluation annuelle des CS et CSS ?	
<b>Accompagnement, Dispositifs en place</b> Existe-t-il politique de fidélisation du personnel d'encadrement ?	
Existe-t-il une politique d'accompagnement spécifique, aux professionnels d'encadrement paramédicaux qui souhaitent évoluer professionnellement ? vers CSS ou vers DS ou autres évolutions (D3S,	

master...) ? (durée, sous la responsabilité de qui, contrat mutuel)	
Existe-t-il une procédure dans cette situation ? Cette procédure est validée par les instances ?	
Est-ce une aide dans la gestion des compétences des équipes d'encadrement ?	
Cela a-t-il une influence sur le « groupe cadres » ?	
Que pouvez-vous dire du dispositif de concours au sein de l'établissement ? Est-ce vraiment de la compétence des établissements d'organiser des concours internes non réglementaires ?	
Un concours est-il une mesure d'accompagnement ?	
<b>Place du Directeur des soins</b> Quelle place, avez-vous en tant que DS dans cette démarche de repérage des aptitudes et d'accompagnement des professionnels cadres, qui souhaitent évoluer ? Comment se déroule la collaboration avec le DRH à ce sujet ?	
Quels résultats en attendez-vous ?	
Quels seraient vos préconisations pour déployer un dispositif d'évolution professionnelle ?	

## ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LES FFCDS, CDS, CSS

---

**Expérience professionnelle** : diplôme, durée d'expérience, nombre de CS dans l'établissement

Qu'est-ce qu'un potentiel professionnel, pour vous ? est-ce en lien systématique avec l'accès à un grade supérieur ?	
Pensez-vous que vos aptitudes ont été repérées (dans quel délai, par qui, comment) ?	
L'entretien annuel d'évaluation est-il pour vous, un temps de repérage des potentiels des agents à évoluer vers d'autres fonctions ? Pourquoi ?	
Comment vivez –vous votre entretien annuel ?	
Existe-t-il une politique de fidélisation du personnel encadrant dans l'établissement ?	
Avez-vous bénéficié d'un accompagnement spécifique aux cadres paramédicaux ou faisant-fonction, qui souhaitent évoluer professionnellement ? (DS, D3S, autres fonctions...) <ul style="list-style-type: none"><li>• Fait-il l'objet d'une procédure ?</li><li>• Un plan de formation spécifique prévu ?</li></ul>	

<p>Que pensez-vous du dispositif de concours au sein de l'établissement : concours sur titre et accès au concours d'entrée en école ou IFCS ? est –ce que pour vous, il s'intègre dans l'accompagnement du professionnel ?</p>	
<p>Cela influence t'il la dynamique du « groupe cadre » ?</p>	
<p>D'après-vous, quels sont les acteurs principaux de l'accompagnement des cadres ou FF, ayant des potentiels d'évolution ?</p>	
<p>Que préconisez-vous pour améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le repérage des potentiels</li> <li>• et l'accompagnement vers une évolution professionnelle ?</li> </ul>	

## ANNEXE 5 : Tableau d'évaluation du potentiel d'évolution vers la fonction de directeur des soins

Echelle d'évaluation de 0 à 3 :

0 = non mobilisé ; 1 = en cours d'acquisition ; 2 = acquis ; 3 = maîtrisé

Type de compétence ou de savoirs faire	Eléments d'appréciation	Cotation selon l'échelle			
		Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...
<b>Compétences stratégiques</b>					
Propose une analyse de l'activité du service ou du pôle	-Suivi et analyse de l'activité (tableaux de bord) - Rapport d'activités - Plan d'actions d'amélioration - Participation active à un ou plusieurs projets d'établissement ou GHT				
Réalise les liens entre ces données d'activités et celle du pôle, de la filière, de l'établissement, du GHT					
Propose des pistes d'évolution et/ou d'amélioration					
Propose une adaptation du projet ou des organisations					
<b>Compétences de coordination</b>					
Planifie, organise et assure la répartition des ressources au sein du service ou du pôle	-Gestion du temps de travail des agents sous sa responsabilité, ainsi que des remplacements -Organisation, animation des réunions -Participation au recrutement, l'organisation et l'accueil des nouveaux arrivants -Situation attractive ou turn over du personnel du service -Echanges avec les acteurs du parcours de soins				
Négocie, arbitre et décide au sein de(s) l'équipe(s) dont il a la charge					
Anime le(s) équipe(s) en cohérence avec le projet d'établissement					
Collabore avec les équipes médicales et administratives					
<b>Compétences opérationnelles</b>					
Analyse et évalue les pratiques de soins au sein de l'unité ou du pôle	-Participation à l'évaluation des pratiques -Mise en œuvre des supports de traçabilité dans l'unité ou le pôle -Suivi des procédures -Utilisation des ressources informatiques et qualité				
Utilise les méthodes de traçabilité et de contrôle qualité					
Communique avec l'ensemble des interlocuteurs					
Utilise de manière efficace les technologies de					

Type de compétence ou de savoirs faire	Éléments d'appréciation	Cotation selon l'échelle			
		Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...
l'information et de la communication	gestion des risques				
<b>Connaissances</b>					
Connaissances des règles d'éthique et de déontologie professionnelles	-Vigilance accordée aux soins auprès des personnes en position de vulnérabilité				
Connaissance générale du droit hospitalier					
Connaissance des diverses activités de soins	-Utilise la démarche projet dans sa pratique quotidienne				
Approche de la conduite de changement et de la sociologie des organisations	-Analyse et réajuste son mode de management d'équipe				
Gestion de projet					
Des divers modes de management	-Investissement dans un processus de formation et/ou d'information				
Approche de la gestion administrative et financière					
Connaissance des processus qualité gestion des risques	-Implication dans la démarche de certification				
<b>Investissement institutionnel</b>					
S'associe à la réflexion institutionnelle	-Investissement dans le projet de soins -Participation à des groupes de travail				
Investit les espaces de travail transversaux	-Intérêt pour des missions transversales à l'établissement, voir le GHT				
<b>Commentaires divers</b>					

## ANNEXE 6 : Grille d'aide au repérage des potentiels des postulants cadres de sante paramédicaux

Echelle d'évaluation de 0 à 3 :

0 = non mobilisé ; 1 = en cours d'acquisition ; 2 = acquis ; 3 = maîtrisé

Indicateurs	Cotation selon l'échelle			
	Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...
<b>CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES</b>				
Connait le décret de compétence et les règles professionnelles, fait le lien avec sa pratique				
Actualise ses connaissances (formation, colloque) et développe ses compétences				
Respecte les procédures qualité et connait la démarche d'amélioration continue des pratiques				
Fait preuve de curiosité intellectuelle				
<b>CAPACITES PEDAGOGIQUES</b>				
S'inscrit dans une dynamique de tutorat des étudiants et des nouveaux arrivants				
Fait partie des groupes de travail institutionnels				
Capacité à argumenter				
Capacité à négocier				
Capacité à s'exprimer de manière adaptée, oralement et à l'écrit				
<b>CAPACITES D'ORGANISATION</b>				
Fait preuve de capacités d'analyse et de synthèse				
Sait prendre du recul				
Sait anticiper, prioriser, hiérarchiser ses actions au regard du contexte				
Se situe dans une vision globale d'équipe pluridisciplinaire au travail				
Montre de l'intérêt pour les tâches afférentes aux soins (logistique, administratif, informatique...)				



Indicateurs	Cotation selon l'échelle			
	Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...	Date : .../.../...
<b>VALEURS HUMAINES</b>				
A le sens de l'équité				
Se positionne dans l'empathie, l'écoute, l'objectivité, dans sa relation aux autres				
Fait preuve de respect vis-à-vis des personnes et des lieux				
<b>COMPORTEMENT PROFESSIONNEL</b>				
Fait preuve de rigueur				
Montre une capacité d'adaptabilité et de disponibilité				
Montre une ouverture d'esprit (autoévaluation, réajustement...)				
Fait preuve d'esprit d'équipe				
Se positionne comme un élément leader, fédérateur, modérateur dans l'équipe				
A le sens des responsabilités				
Prend des initiatives adaptées, fait preuve de créativité				
Se positionne de façon critique, positive, constructive				
Sait gérer ses émotions				



**DIRECTEUR DES SOINS**

Promotion 2017

**Du projet d'évolution professionnelle à sa concrétisation...Quels leviers sont à disposition du directeur des soins, pour le repérage du potentiel d'un agent et son accompagnement ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

**Résumé :**

Si le rôle primordial des managers à l'hôpital n'est plus à prouver, toutefois nous sommes forcés de constater une réelle désaffection pour les fonctions d'encadrement hospitalier. Le CNG s'inquiète parallèlement d'une baisse des effectifs des directeurs des soins. La construction des projets professionnels semble impactée par un contexte hospitalier en mouvement.

Nous sommes donc amenés à réfléchir à la détection des professionnels susceptibles d'évoluer vers ces fonctions, mais aussi à l'accompagnement dans leur projet d'évolution. Les acteurs dans ce cheminement sont incontestablement les cadres de santé et les cadres de pôle, mais aussi le directeur des soins.

Ainsi, grâce à cette recherche, nous avons pu interroger des professionnels, à la fois acteurs dans le repérage et l'accompagnement des potentiels, mais aussi usagers eux-mêmes d'un dispositif plus ou moins développé dans l'institution où ils exercent.

Cette analyse nous a permis de déterminer des actions favorisant le repérage des agents ayant un réel potentiel d'évolution, tant au niveau de cadre de santé qu'à celui de directeur des soins. De plus, nous avons également pu cerner des leviers favorisant l'accompagnement vers la réussite aux épreuves de sélection des concours.

Si à chacune des étapes, la définition d'une politique institutionnelle, basée sur un projet managérial, semble être incontournable. La guidance ne peut se faire que par un directeur des soins en étroite relation avec la direction des ressources humaines. Cette vision semble d'autant plus claire dans un contexte hospitalier tourné vers une vision d'exercice élargi sur un territoire.

**Mots clés :**

Directeur des soins, projet managérial, repérage du potentiel d'encadrement, accompagnement professionnel.

*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.*