



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

---

**Le projet managérial du  
directeur des soins,  
un enjeu d'accompagnement  
efficient de l'encadrement**

---

**Brigitte FRANZI**

---

# Remerciements

---

Cette année de formation est une année pleine de découvertes, de rencontres, de questionnements, de doutes parfois. Elle permet de tracer un chemin vers un avenir professionnel plein de complexité, mais aussi plein de promesses. Sur ce chemin, j'ai rencontré des personnes passionnées et passionnantes. Je souhaite ici leur rendre hommage et les remercier d'avoir partagé cette année avec moi.

Ce travail est particulièrement dédié à mon mari et à mes enfants qui, avec beaucoup de patience et de sérénité, m'ont accompagnée sur ce chemin.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Projet managérial : entre réglementation et concepts</b> .....	<b>5</b>
1.1 Un contexte favorisant l'apparition du projet managérial.....	5
1.1.1 Du plan Hôpital 2007 à la loi HPST.....	5
1.1.2 Management de la qualité et projet managérial .....	6
1.1.3 Orientations ministérielles et projet managérial .....	8
1.2 Définir le Projet Managérial .....	9
1.2.1 Dans projet managérial, il y a projet.....	9
1.2.2 Dans projet managérial, il y a management.....	13
1.3 Projet Managérial et directeur des soins .....	16
1.3.1 Le directeur des soins dans le mouvement hospitalier .....	16
1.3.2 Le directeur des soins et la construction du projet managérial .....	18
1.3.3 Le projet managérial s'appuie sur des compétences et un diagnostic.....	18
<b>2 Une mise en lumière de problématiques issues du diagnostic</b> .....	<b>21</b>
2.1 Méthodologie .....	21
2.1.1 Le choix de l'outil du recueil d'informations.....	21
2.1.2 Les terrains enquêtés.....	22
2.1.3 L'échantillon enquêté .....	23
2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête .....	23
2.2 Des résultats qui confirment le projet managérial comme levier d'action pour le directeur des soins.....	24
2.2.1 Taux de réponse et étude démographique .....	24
2.2.2 Appropriation des items de la fonction managériale .....	25
2.2.3 Notion de rôle : représentations et motivation.....	27
2.2.4 Des attentes et des besoins similaires .....	28
2.3 Analyse .....	29

2.3.1	Un sens de l'appartenance et la représentation du changement en défaut ...	29
2.3.2	Des attendus et une injonction paradoxale .....	32
2.3.3	Un élément hétérogène : la représentation du rôle .....	34
2.3.4	Des directeurs de soins impliqués dans le projet managérial .....	36
<b>3</b>	<b>Construire, formaliser et déployer un projet managérial .....</b>	<b>39</b>
3.1	Renforcer la professionnalisation.....	39
3.1.1	Ajuster les fiches de poste .....	39
3.1.2	Réaliser une cartographie des compétences attendues de l'encadrement....	40
3.1.3	Créer un répertoire de situations managériales prévalentes de l'établissement	41
3.2	Cultiver la cohérence .....	41
3.2.1	Structurer l'accompagnement .....	41
3.2.2	Favoriser la compréhension du contexte .....	44
3.3	Développer l'aide à la décision .....	46
3.3.1	Favoriser la convergence médico-soignante.....	46
3.3.2	Développer la culture de l'évaluation .....	47
3.4	Quelques éléments de faisabilité .....	48
	<b>Conclusion .....</b>	<b>51</b>
	<b>Glossaire .....</b>	<b>53</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>LIX</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARH	Agence régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CREX	Comité de Retour d'Expériences
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique
CSP	Cadre Supérieur de Pôle
CTE	Comité Technique D'Etablissement
DS	Directeur des Soins
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
PRE	Plan de Retour à l'Équilibre

## Introduction

Depuis plusieurs années, des changements profonds et inexorables se font jour dans l'organisation hospitalière, essentiellement autour de 4 piliers : *« crise financière durable du système de santé, changement sociologique des acteurs, changements technologiques, pression réglementaire et transparence vis-à-vis des patients croissante. »*<sup>1</sup>

La recherche de maîtrise des dépenses de santé s'est accompagnée de réformes des financements hospitaliers dans le cadre de la diminution des dépenses publiques. Les établissements sont tenus de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et un grand nombre d'entre eux ont à faire face à un plan de retour à l'équilibre (PRE).

Dans ce contexte, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire<sup>2</sup> pose le nouveau schéma d'organisation hospitalière avec le renforcement de la gouvernance pluriacteurs et la recomposition de l'offre de soins.

En 2009, le rapport de la mission des cadres hospitaliers met en avant l'importance de la fonction cadre de santé, en soulignant son « utilité » dans la conduite des évolutions organisationnelles de l'hôpital :

*« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide »... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent ; ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficience ou répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière? Quelle confiance leur est-elle faite dans leur capacité à conduire leurs équipes? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ? »*<sup>3</sup>

En 2012, le rapport de l'IGAS, *« L'hôpital »* s'interroge sur le mode de fonctionnement des établissements comme élément permettant *« de construire un sentiment d'appartenance, un implication des personnels, la création d'un collectif de travail qui enrichit les compétences et les énergies des personnels. »*<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> ALMALBERTI R. Master 2 « Management des Organisations Soignantes », mai 2011, Université Paris Est Créteil, cours sur la Gestion des Risques.

<sup>2</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Sports, Rapport de la « mission cadres hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 2009, p : 5.

<sup>4</sup> IGAS, rapport « L'Hôpital », La Documentation Française, 2013, Paris, p : 113.

Plus récemment, en mars 2013, le rapport COUTY<sup>5</sup>, sur le pacte de confiance à l'hôpital, renforce l'importance de la place de l'encadrement hospitalier, reprenant en écho, les propos du rapport de la mission cadres hospitaliers : « *L'encadrement a dans le fonctionnement de l'hôpital un rôle central, qui n'est cependant pas clairement affirmé par le Code de la Santé Publique, que ce soit au sein des structures internes – pôles, services, ... ou que ce soit au niveau de l'institution. Formellement objet d'un consensus complet, le rôle des cadres nécessite une lisibilité qui n'existe pas aujourd'hui, adaptée à des situations et des fonctions variées.* »<sup>6</sup>

Le projet managérial, tel qu'il est décrit, s'adresse à l'ensemble de l'encadrement hospitalier. Néanmoins, aujourd'hui, les cadres de santé déclarent que leurs valeurs professionnelles sont « malmenées » par le contexte actuel. Leur exercice quotidien « *reste toutefois sous l'influence des professions et de l'administration.* »<sup>7</sup> Ils évoluent dans une double polarité, technique et managériale. Le versant technique, issue de la pratique initiale représente la principale activité des cadres de santé, tandis que le versant managérial, rempli d'incertitude et d'imprévisibilité, est plus complexe à appréhender dans un contexte en mouvement.

Nous avons pu constater lors de notre formation que la mise en œuvre de ces réformes n'est pas une chose aisée pour les établissements. Pour exemple, le centre hospitalier, où s'est déroulé notre stage 1 et 3, a eu à faire face à un plan de retour à l'équilibre important et de façon concomitante a mis en place sa gouvernance et son projet d'établissement pour porter le PRE. La situation financière de cet établissement ne permet pas de positionner à temps plein des cadres soignants de pôle. Ces derniers conjuguent donc un exercice de proximité avec un exercice de gestion polaire. La particularité des cadres de pôle de cet établissement réside dans le fait que l'unité dont ils ont la responsabilité ne fait pas partie du pôle dont ils assurent la gestion.

Ces changements importants ont conduit le directeur des soins à faire évoluer ses pratiques managériales. Il doit dans son activité quotidienne positionner les cadres soignants de pôle comme interlocuteurs directs des autres cadres de santé. Jusqu'à présent, ceux-ci interpellaient directement le directeur des soins, dès qu'une question se posait. Mais, les cadres soignants de pôle ne se sentent pas prêts à prendre possession du rôle qui est le leur.

La fonction opérationnelle du directeur des soins, aujourd'hui très opérante, évolue donc petit à petit vers une fonction stratégique, pour accompagner l'ensemble des cadres de santé vers une nouvelle organisation de la ligne managériale.

---

<sup>5</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « Le pacte de confiance pour l'hôpital » : rapport de synthèse des travaux, présenté par Edouard COUTY, mars 2013.

<sup>6</sup> Ibid. p : 19.

<sup>7</sup> SCHWEYER F-X, « De quelques évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres » in Revue Hospitalière de France n°551, Mars-Avril 2013, p : 16.

Le directeur des soins, « *responsable de l'organisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre de ces activités dont il assure l'animation et l'encadrement, sous la responsabilité du chef d'établissement.* »<sup>8</sup>

A ce titre, il se doit de définir une stratégie et une politique managériale en lien avec les orientations du projet d'établissement.

Cette stratégie, visant à accompagner l'ensemble de l'encadrement soignant, comporte, en effet, deux orientations. D'une part, une orientation vers les cadres soignants de pôle, véritables acteurs légitimés dans l'institution et à qui reviennent la gestion et l'animation des équipes de cadres de proximité du pôle et d'autre part vers les cadres de santé, « cheville ouvrière » de la vie des unités, porteurs des projets et des déclinaisons opérationnelles des choix stratégiques de la direction et du directoire.

Ces deux orientations permettent au directeur des soins de « *renouveler la vision que les cadres ont de l'organisation et, de ce fait, la vision sur la manière de la conduire et pour eux de s'y conduire.* »<sup>9</sup>

L'expérience de notre premier stage associée aux constats nationaux et aux éléments d'évolution d'organisation hospitalière depuis 2005, nous amène à développer la problématique suivante :

Le projet managérial est-il, pour le directeur des soins, un élément stratégique d'accompagnement de l'encadrement soignant face aux exigences du contexte hospitalier actuel ?

Cette problématique induit les questionnements suivants; questionnements qui serviront d'architecture à notre travail:

Quel est le positionnement des cadres de santé, des cadres supérieurs de pôle vis à vis des caractéristiques de la fonction managériale aujourd'hui ?

Quelles sont les attentes des directeurs de soins vis à vis des cadres de santé, des cadres de pôle?

Quelles sont les attentes des deux autres groupes d'acteurs (cadres de santé et cadres de pôle) les uns vis à vis des autres et vis à vis des directeurs de soins?

La phase de diagnostic du projet managérial constitue-t-elle alors le socle de l'élaboration du projet?

---

<sup>8</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>9</sup> HEES M, « *Le Management à l'Hôpital, Science, Art, Magie ?* », 2<sup>ème</sup> édition, 2010, Editions Séli Arslan, Paris, p : 9.



Dès lors, s'appuyant sur deux compétences du référentiel du directeur des soins<sup>10</sup> « structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux »<sup>11</sup> et « management de l'encadrement partagé et institutionnalisé »<sup>12</sup>, il s'agit, pour le directeur des soins, de construire, avec les cadres, un dispositif qui va les amener à occuper une place et une posture inédite.

La définition d'un projet managérial, comme le préconisent Mme de SINGLY et Mr COUTY, s'impose aux établissements et plus particulièrement aux directeurs des soins.

Ce sont ces questions et ces axes de travail que nous allons explorer au travers d'un questionnaire adressé aux acteurs de la direction des soins (cadres supérieurs de pôle, cadres de proximité) de trois centres hospitaliers de tailles différentes, de régions différentes, mais ayant vécu ou vivant des restructurations importantes de leur offre de soins.

La première partie de notre travail montrera comment les faisceaux réglementaires, d'actualité et d'orientations ministérielles ont fait émerger la notion de projet managérial; notion que viendra compléter un éclairage conceptuel s'appuyant sur une vision sociologique du projet et du management, pour terminer par notre réflexion sur le projet managérial.

La deuxième partie décrira la démarche réalisée sur le terrain pour explorer les bases d'élaboration du projet managérial de la direction des soins.

Enfin, la dernière partie proposera des pistes d'actions qui permettront au directeur des soins de construire, de mettre en œuvre et d'évaluer son projet managérial en établissement de santé.

---

<sup>10</sup> EHESP, Filière de Formation des Directeurs des Soins, Référentiel de compétences des Directeurs des Soins, Décembre 2011, Rennes

<sup>11</sup> Ibid. p : 13

<sup>12</sup> Ibid. p : 17

# 1 Projet managérial : entre réglementation et concepts

Cette première partie montre comment, au fil des réformes, apparaît la notion de projet managérial. Puis un éclairage conceptuel sur le projet et le management nous conduira à étudier la vision du directeur des soins vis à vis de la ligne managériale de la direction des soins.

## 1.1 Un contexte favorisant l'apparition du projet managérial

### 1.1.1 Du plan Hôpital 2007 à la loi HPST

Comme nous l'avons écrit en introduction de ce travail, l'hôpital connaît depuis plusieurs décennies des changements profonds et inexorables. Il s'agit ici de mettre en lien, depuis le plan hôpital 2007, ce qui impacte aujourd'hui la politique managériale d'un établissement de santé.

*« Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT, appelle la mise en œuvre rapide d'un véritable plan de sauvetage de l'hôpital public, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui donner la souplesse, la réactivité, et l'efficacité qui lui font défaut, et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent ».*<sup>13</sup>

En novembre 2002, le plan appelé « Hôpital 2007 », dont l'objectif principal est l'achèvement des réformes engagées en 1996, pose les bases de la nouvelle gouvernance hospitalière. Il apparaît comme un élément de rupture dans la gestion du système de santé. Annoncé comme un plan de modernisation, il est construit autour de trois axes, caractérisés par un changement de logique, un passage de «*régulation administrée à autonomie, accompagnement des évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière de l'État, assouplissement et modernisation des hôpitaux publics*»<sup>14</sup>

L'ordonnance du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé<sup>15</sup> rénove l'organisation hospitalière, instaure une nouvelle tarification à l'activité, bouleverse l'organisation des instances hospitalières. Elle crée un conseil exécutif et regroupe les unités de soins au sein de pôles d'activité dirigé par un médecin assisté d'un cadre de santé et d'un cadre administratif.

Ce positionnement du cadre de pôle renforce son rôle de manager. Ce plan de modernisation cherche à mettre en place une coordination, une cogestion entre médecins et responsables administratifs.

---

<sup>13</sup> Site du ministère de la Santé, présentation des mesures du Plan Hôpital 2007, « la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics », consulté en mai 2013.

<sup>14</sup> Site de l'IRDES, Historique des Réformes Hospitalières, Paris, consulté en mai 2013, p : 13.

<sup>15</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Il comporte néanmoins des *«risques, car les établissements publics de santé sont ankylosés par un corporatisme confrontant la technostructure administrative et médicale, voire soignante. »*<sup>16</sup>

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, poursuit les réorganisations et les modernisations lancées par le plan Hôpital 2007. Cette loi vise à optimiser l'évolution des dépenses publiques de santé, à accentuer le contrôle de l'administration et des organismes de sécurité sociale sur la gestion des établissements de santé. Les pouvoirs du directeur sont augmentés, ses prérogatives sont modifiées, les instances évoluent une nouvelle fois. Le conseil d'administration devient conseil de surveillance, le conseil exécutif, directoire.

L'autonomie et les pouvoirs du chef de pôle sont renforcés, la délégation de gestion s'affirme. Le cadre de santé disparaît en tant que tel comme assistant du chef de pôle, au profit d'un collaborateur. Même si l'organisation place le plus souvent un cadre supérieur de santé en tant que collaborateur du chef de pôle, ce changement a été vécu par l'encadrement soignant comme un désaveu du législateur vis à vis de leur fonction et de leur rôle. Le récent décret 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière répond à cette situation en positionnant les cadres et les cadres supérieurs comme pouvant être collaborateur du chef de pôle.

En complément de la réglementation, le domaine de la qualité et les orientations ministérielles abordent également, les pratiques managériales.

### **1.1.2 Management de la qualité et projet managérial**

En effet, le management est au cœur des certifications V2 et V2010.

C'est au cours de la deuxième itération de la certification, débuté en 2005 et achevé en 2010, qu'est apparue la thématique de la politique et de la qualité du management. *« La vision stratégique, la clarté des décisions prises, la rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation et la capacité à faire partager un projet et à motiver les équipes sont aujourd'hui des valeurs importantes pour tout manager afin de mener à bien ses missions. »*<sup>17</sup>

De même, nous retrouvons dans le manuel la notion de *« participation de l'ensemble des professionnels indispensable à la conduite du changement. Le succès de la démarche dépend aussi du rôle de manager et de leader joué par les professionnels à tous les niveaux de responsabilité. »*<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Ibid. p : 14

<sup>17</sup> HAS, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, « guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé », janvier 2005, Saint Denis, p : 6

<sup>18</sup> ANAES, Manuel de certification V2, septembre 2004, Paris

La certification V2 prend en compte le management au niveau établissement, mais également au niveau « déconcentré au plus près du patient ». Cette appréciation du management s'effectue autour de 5 axes clés décrits dans le guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, paru en janvier 2005<sup>19</sup>.

La troisième campagne de certification, V2010, voit son manuel resserré par l'introduction des pratiques exigibles prioritaires (principal levier sur la qualité et la sécurité des soins) et un renforcement de la politique de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle évalue également « le système de pilotage de l'établissement incluant l'existence d'un processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins »<sup>20</sup> notamment dans le chapitre 1, Management de l'établissement.

Les exigences de la V2 sont donc renforcées dans la V2010. Le Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé garde sa place, mais comme nous le verrons dans la sous partie 3 de ce chapitre, les cinq axes évoluent également.

Le critère 2a, « direction et encadrement des secteurs d'activité » pose les questions du pilotage interne, de la responsabilité de chaque encadrant dans son secteur d'activité (organigramme, circuit de prise de décision).

Un nouveau critère (3d) introduit dans ce manuel prend depuis une place importante dans les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) : la qualité de vie au travail. Ce critère signe une évolution dans les pratiques des établissements autour de cette notion et du management durable. « *Promouvoir la qualité de vie au travail traduit un engagement collectif qui implique dirigeants, professionnels et partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation* »<sup>21</sup>

Le résultat de notre questionnaire montre effectivement un manque du sentiment d'appartenance, comme nous le verrons en partie 2.

L'intérêt de la HAS pour la place du management et le positionnement des encadrants s'exprime au cours d'un séminaire au mois de décembre 2010 ayant pour thème « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé »<sup>22</sup>. Lors de ce séminaire, Mathieu DETCHESSAHAR, professeur de sciences de la gestion à l'Institut d'économie et de management – IAE, Nantes, souligne l'importance de donner les moyens de régulation (dont le management de la qualité), d'agir aux managers pour faire face aux évolutions d'organisation.

---

<sup>19</sup> Op.cit. p 6

<sup>20</sup> HAS, Manuel de certification V2010, révisé avril 2011, Saint Denis, p : 4

<sup>21</sup> Ibid. p : 25

<sup>22</sup> HAS, Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, octobre 2010.

Enfin, parmi les cinq orientations stratégiques de la V2014 figure « *le renforcement de l'effet de la certification sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité.* »<sup>23</sup> La HAS veut agir sur les cultures hospitalières pour aller plus loin et faire en sorte que « *le management par la qualité irrigue les organisations.* »<sup>24</sup>

### **1.1.3 Orientations ministérielles et projet managérial**

Les orientations du rapport de la mission cadre présenté par de Mme De SINGLY, publié en septembre 2009, sont en faveur d'une politique managériale forte dans les établissements de santé. Face à « l'avalanche » de réformes, le rapport souligne une attente de positionnement clair dans l'organisation hospitalière, pour les cadres hospitaliers et une association aux processus de décision (« *Les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement.* »<sup>25</sup>) Pour nous, ce positionnement clair s'accompagne de règles du jeu précises, travaillées d'abord par filière au sein de chaque établissement pour évoluer vers une dimension plus transversale.

De la même façon, le rapport sur le modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé du 24 janvier 2011 montre que « *c'est dans le cadre d'un management aussi ascendant que descendant, alliant la gestion de proximité à la démarche stratégique que les personnels apprendront, comprendront et s'inscriront encore davantage dans la vie de l'hôpital* »<sup>26</sup>

Le contexte actuel de l'évolution hospitalière confirme à travers ces mots l'importance du principe d'adaptation perpétuel des professionnels, en premier lieu celui de l'encadrement soignant, les problématiques organisationnelles y étant d'ordre presque naturel, ce qui constitue un socle précieux pour le projet managérial.

Ce même rapport insiste sur l'élaboration de règles de fonctionnement dans les pôles, mais également entre les pôles. Cependant, nous pensons que tout ne s'inscrit pas dans des règles de fonctionnement, il est indispensable pour créer la cohésion et l'adhésion des acteurs de travailler à leur accompagnement sur le court, moyen et long terme.

Ce manque de clarté entre les répartitions de responsabilité, entre les rôles prescrits et tenus, est réitéré dans le rapport sur la formation des cadres hospitaliers de novembre 2010<sup>27</sup>.

---

<sup>23</sup> HAS, Orientation de la V2014, un dispositif au service de la démarche qualité et gestion des risques dans les établissements de santé, juillet 2013, diapo: 7

<sup>24</sup> Ibid. diapo : 5

<sup>25</sup> Op.cit. p : 9

<sup>26</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Rapport sur la Modernisation de la politique des Ressources Humaines dans les Établissements publics de Santé, établi par D.TOUPILLIER, M.YAHIEL janvier 2011, Paris, p : 8

<sup>27</sup> Inspection générale des Affaires Sociales, Rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers? » établi par M.YAHIEL et C.MOUNIER, novembre 2010.

Enfin, plus récemment, le pacte de confiance pour l'hôpital, par l'intermédiaire du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital, souligne également la nécessité de mettre en place une politique qui passe de managériale à d'encadrement, avec une place affichée dans la proposition 13 : « *Chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement qui précise les missions qui lui sont confiées et structure les modalités d'association des cadres à la décision et à la mise en oeuvre des objectifs de l'établissement. Cette politique de l'encadrement, par son importance dans le fonctionnement de l'hôpital, est intégrée au Projet d'Établissement [...]*

*La place des cadres dans le pilotage des structures internes (pôles, services,...) doit être prévue et définie formellement dans le projet d'établissement et dans le règlement intérieur».*<sup>28</sup>

Suite à ces apports, un éclairage théorique et conceptuel sur les notions de projet et de management nous semble indispensable pour bien comprendre en quoi, comment et pourquoi le projet managérial est, pour le directeur des soins, élément stratégique d'accompagnement de l'encadrement soignant face aux exigences du contexte hospitalier aujourd'hui.

## **1.2 Définir le Projet Managérial**

L'ouvrage de Marc HEES, « Le Management à l'hôpital, Science, Art, Magie ? » s'ouvre sur une constatation de similitude entre l'hôpital et l'entreprise. En effet, « *tout en reconnaissant à l'institution hospitalière ses spécificités, nous pensons qu'elle présente avec l'entreprise plusieurs points communs importants puisque comme l'entreprise, elle se trouve confrontée à des environnements mouvants et qu'elle constitue une collectivité humaine complexe requérant l'art du manager* »<sup>29</sup> Dès lors, les notions de projet et de management s'invitent pour donner vie au projet managérial du directeur de soins en établissement de santé.

### **1.2.1 Dans projet managérial, il y a projet**

#### **A) Les définitions du projet**

Des définitions de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail à la conception « magique » de Jean Pierre BOUTINET, professeur émérite à l'Université Catholique de l'Ouest à Angers, la notion de projet recouvre en même temps des caractéristiques rationnelles et scientifiques et des caractéristiques liées au facteur humain de ceux qui les conçoivent, les portent, les mettent en œuvre.

---

<sup>28</sup> Op.cit. p : 2

<sup>29</sup> Op.cit. p : 3

L'ANACT<sup>30</sup> donne deux définitions du projet.

La première issue de l'Organisation Mondiale de la Normalisation, est basée sur l'intention que porte le projet à travers les objectifs à atteindre : « *Le projet est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources* ». <sup>31</sup>

La seconde issue de l'Association Francophone de Management se situe dans « *l'analyse critique de ce qu'il faut faire avant de commencer à entreprendre : Le projet est un ensemble d'actions à réaliser avec des ressources données, pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin* ». <sup>32</sup>

Cette seconde définition rejoint celle que Jean-Pierre BOUTINET nous livre dans son ouvrage « *Anthropologie du Projet* » : « *Les projets sont des intentions chargées d'infléchir une réalité rétive et paradoxale faite de multiples référents* » <sup>33</sup>. Faisant écho aux facteurs émergents du projet managérial, il désigne également le projet comme une « *activité à risque, fragile, pleine de défi* » <sup>34</sup>

La mise en place de procédures pour mener le projet à bien traduit donc une volonté de changer une situation pour une meilleure que celle vécue auparavant.

Les sciences humaines, quant à elles et notamment la sociologie, attribuent au projet une double fonction de création et de contrôle dans un système ouvert où le professionnel laisse exprimer ses capacités d'anticipation.

De la même façon, l'ANACT décrit le projet comme un sens d'entreprendre, une prise de risque et un bouleversement des processus. A travers la manière de les conduire, « *les projets deviennent outils et de changement, non seulement des organisations, mais également des entreprises* » <sup>35</sup>, donc par analogie, comme nous le verrons plus loin, du management de l'hôpital.

Selon BOUTINET, il existe deux dimensions au projet : opératoire et symbolique. Pour nous, le projet managérial se retrouve dans ces deux dimensions d'une part par le côté organisationnel qu'il peut produire et d'autre part par la politique participative à développer pour le conduire et par le côté humain qui s'y rattache.

---

<sup>30</sup> Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail, *L'organisation et le management "par projet"*, in Organisation et Technique, 2006, Paris.

<sup>31</sup> Ibid. p : 3

<sup>32</sup> Ibid. p : 3

<sup>33</sup> BOUTINET J-P, *Anthropologie du projet*, 2<sup>ème</sup> édition, 2012, Presses Universitaires de France, Paris.

<sup>34</sup> BOUTINET J-P, En quoi un projet peut-il faire sens, in Soins Cadres, août 2013, Paris, p : 16

<sup>35</sup> ANACT, op.cit. p : 9

En effet, la part symbolique du projet « *qui se veut délibérément organisatrice du futur ne nous appartient jamais en propre. Il agit à travers nous autant que nous agissons pour lui* »<sup>36</sup>

Cette part symbolique donne, pour nous, le sens du projet et est synonyme d'engagement.

## B) Le projet porteur de sens

S'enquérir du sens à donner au projet, de sa pertinence est une condition de mise en œuvre de celui-ci. C'est un enjeu du projet que de rechercher, de créer les conditions qui permettent à l'existence individuelle ou collective de se donner un sens.

Ce sens, permet de travailler les dimensions singulières des acteurs, des situations et des interactions entre eux. Il résulte donc d'une co-construction engendrée par une action humaine caractérisée par une dynamique de remise en question perpétuelle. Selon les auteurs, la posture pragmatique et familière du projet suscitera adhésion de la part des acteurs. Leur créativité pourra ainsi s'exprimer.

L'importance d'aller porter auprès des acteurs ce sens est un gage de réussite du projet. Le sens donné au projet est une opportunité d'apprentissage collectif « *impliquant confrontations, échanges de méthodes, de concepts, de points de vue* »<sup>37</sup>

Le sens se construit à partir des savoirs, de l'expertise des différents professionnels qui contribuent au projet, mais également à partir des représentations qu'ils se font des buts à atteindre. Ces échanges contribuent à la construction d'une vision commune des situations et d'un contexte partagé de mise en œuvre d'objectifs liés au projet.

Dans notre contexte, en nous appuyant sur les écrits des auteurs que nous avons lu, nous pensons qu'un cloisonnement peut être induit d'une part par la mise en place des pôles et la culture de la performance et d'autre part par les représentations négatives du travailler ensemble.

Pour nous, la vision commune et le contexte partagé contribuent à la tombée de ce cloisonnement et permet de travailler à l'émergence d'une nouvelle culture de travail. De même, nous pensons que d'un point de vue du singulier, le renforcement de l'identité professionnelle donnée par le projet permet une prise de hauteur par un apprentissage permanent, une connaissance qui s'accroît au fil du temps et de l'investissement. Le développement de compétences lié au renforcement de l'identité professionnelle représente un facteur important de motivation.

---

<sup>36</sup> BOUTINET, op cité p : 166

<sup>37</sup> ANACT, op.cit. p : 11



Dans son rapport de recherche, « Donner un sens au travail »<sup>38</sup>, Estelle MORIN (professeur au service de l'enseignement du management de HEC MONTREAL) définit quant à elle le sens du travail de trois façons :

*« Signification du travail, la valeur du travail aux yeux du sujet et la définition ou la représentation qu'il en a.*

*Direction, orientation du sujet dans son travail, ce qu'il recherche dans le travail et les projets qui guident ses actions.*

*Effet de cohérence entre le sujet et le travail qu'il accomplit, entre ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'il pose quotidiennement dans le milieu de travail. »*<sup>39</sup>

De même, elle souligne que *« comme l'air, il est difficile de savoir ce qu'est le sens aussi longtemps qu'on n'en manque pas. »*<sup>40</sup>

Les trois faisceaux que nous avons vu précédemment et qui ont fait éclaté les normes d'avant, semblent avoir créé un manque d'air entraînant un état de sidération et de culpabilité des cadres de santé.

Le projet offre donc aux professionnels une expérience complète d'avoir une vision élargie des organisations hospitalières, des réformes, des orientations. Cette expérience leur permet d'accéder à plus d'autonomie et donc de changer de posture.

*« Le projet [...] et sa gestion cherche à gagner l'adhésion des acteurs en les associant d'une part à la stratégie pour atteindre les objectifs en relation avec cette culture et d'autre part à une prise de conscience de la culture »*<sup>41</sup> hospitalière.

### C) Le projet et sa temporalité

Mais, associé au sens, il convient de préciser une autre de ses caractéristiques, qu'est sa temporalité.

Il s'inscrit dans le paradoxe du *« lien entre une activité sans repos, celle du temps imparti avec un état figé, l'après-projet, cyclé dans une œuvre inerte destiné à perdurer en un temps immuable »*<sup>42</sup> Dans le contexte tel qu'il s'offre à nous, *« le temps des fiançailles »*<sup>43</sup> a disparu au profit de l'immédiateté.

Or s'engager dans un projet, comme le dit BOUTINET, c'est aussi suspendre le temps et accepter de partir d'un vide, source d'inquiétude et d'incertitude qui fait porter une attention particulière à la situation à étudier, à diagnostiquer.

L'organisation hospitalière, avec son aspect technique dominant, fait éclater le temps en le planifiant, le quantifiant parfois à l'excès.

---

<sup>38</sup> Estelle M.MORIN, Donner un sens au travail, Rapport R-543, Études et recherches, Santé mentale et engagement organisationnel, Santé psychologique, HEC Montréal, 2006.

<sup>39</sup> Ibid. p : 9

<sup>40</sup> Ibid. p : 9

<sup>41</sup> BOUTINET, op.cit. p : 253

<sup>42</sup> BOUTINET, in *Soins cadres*, op.cit. p : 17

<sup>43</sup> THEVENET M, « Vers un management durable », in Soins Cadres, février 2013, Paris, p : 14

BOUTINET insiste sur la relation au temps qui accentue l'instant immédiat et se caractérise par « *les faibles changements qu'il induit [...] temps circulaire* »<sup>44</sup> par opposition au « *temps linéaire* » que représente le temps de l'action, du changement et l'irréversibilité du projet.

De même, il oppose ces deux dimensions à la composition que forme passé, présent et futur qui s'associe dans le projet. Le présent, synonyme d'ici et maintenant se nourrit du passé, socle de l'identité, pour mieux se projeter dans le futur « *fait de continuité et de rupture avec ce qui a été.* »<sup>45</sup>

De cette combinaison, sens et temporalité, le projet implique une dimension supplémentaire : l'innovation.

#### D) Le projet et l'innovation

Le projet est également un outil de reconstruction de nouvelles normes qui favorise l'innovation et qui redonnent vie à des groupes homogènes, tels les cadres soignants.

Le processus d'innovation que Norbert ALTER explique dans l'Innovation Ordinaire représente un « *passage du à la capacité du corps social à s'emparer de l'invention pour en faire quelque chose de nouveau* »<sup>46</sup>

Le projet conjugue alors deux processus complémentaires, d'une part « *l'évolution de la structure organisationnelle, surtout au niveau des règles qui fondent la division du travail et les relations hiérarchiques [...] l'évolution des pratiques managériales (légitimées par les nouvelles règles organisationnelles) incarnée par les dirigeants et les cadres intermédiaires, comprises par les salariés* »<sup>47</sup>

Ces évolutions sont l'essence même du projet managérial pour le directeur des soins ; projet qui permet aux acteurs de se distancier par rapport aux normes, aux règles et aux usages, induisant ainsi de nouveaux principes de management.

### 1.2.2 Dans projet managérial, il y a management

#### A) Management et performance

Le virage de la gestion médico-économique a décliné, dans les établissements de santé, les principes du Nouveau Management Public « *valorisant les logiques de marché, le contrôle des performances et des choix des usagers-clients, l'individuation.* »<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup> BOUTINET, op.cit. p : 58

<sup>45</sup> BOUTINET, op.cit. p : 64

<sup>46</sup> SCHWEYER F-X, « Innovation et management », formation des élèves directeurs des soins, février 2013

<sup>47</sup> ANACT, op.cit. p : 8

<sup>48</sup> BEZES P. *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française*. Paris, PUF, 2009, in cours de SCHWEYER F-X, « Innovation et management », formation des élèves directeurs des soins, février 2013

Ces principes découlent de la première loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001. La LOLF signe en effet le passage à une logique de résultat dans les administrations publiques dont les établissements de santé. Ces principes directeurs « *prônent l'identification d'unités opérationnelles en charge de la réalisation d'objectifs liés à des grandes politiques publiques* »<sup>49</sup> et la responsabilisation accrue des managers en charge de ces politiques.

Dès lors, le management hospitalier s'engage sur la voie de la performance dans une construction complexe comportant autant de dimension que son organisation est complexe.

Aujourd'hui, une particularité de la gouvernance hospitalière apprécie de façon fragmentaire la performance par une évaluation successive des différentes dimensions. Le management devient donc une mission de mise en œuvre des moyens techniques, financiers et humains dont il dispose pour atteindre ses objectifs. Il constitue donc un tout, alliant les fonctions de direction, planification, organisation, contrôle et performance. Tout qui se décline dans chacune des dimensions de l'organisation.

Petit à petit, « *les mots du management sont les mêmes que ceux de l'entreprise : performance, productivité* »<sup>50</sup> ce qui constitue un nouvel ensemble de croyances et d'idées, non objectives traduit par l'efficience.

Cette traduction du management reflète une vision très mécaniste des activités de management. Dans le modèle médico-économique qui est le nôtre, « *les activités de gestion traitent de problèmes qui comportent une large part d'imprévisibilité et d'incertitude s'accordant mal d'une approche mécaniste.* »<sup>51</sup>

Dominique GÉNELOT, dans son ouvrage *Manager dans la Complexité*, parle de situation de transition qui part de l'avant où régnaient les principes d'ordre et de causalité simples pour arriver à la situation actuelle faite d'instabilité qui ouvre la pensée, mais créée des incertitudes.

## B) Management et stratégie

Cette évolution culturelle majeure amène donc à élargir la vision managériale vers une vision plus stratégique.

Toute organisation a besoin de « *définir ce qu'elle fait, comment elle va le faire, pourquoi elle le fait et ce sur quoi elle va faire reposer ses efforts.* »<sup>52</sup> Le management exerce donc une influence sur la stratégie institutionnelle autant que la stratégie commande le management.

---

<sup>49</sup> PALLEZ F, *La modernisation du service public*, in *Le Management, Fondements et Renouveau*, 2008, Editions sciences Humaines, Auxerre, p : 235

<sup>50</sup> BITAUD J-R, « *Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain* », in *Soins Cadres*, février 2013, p : 23

<sup>51</sup> HEES, op.cit. p : 15

<sup>52</sup> AUBERT N, GRUERE J-P, JABES J et al., *Management aspects humains et organisationnels*, 9<sup>ème</sup> édition, 2010, Presses Universitaires de France, Paris.

En effet, dans « *le processus de management, la stratégie représente un ensemble de choix, de priorités, d'engagements pris en vue d'atteindre un certain nombre d'objectifs.* »<sup>53</sup> Michel CROZIER, dans son analyse stratégique<sup>54</sup>, parle de structures et de fonctionnements des organisations qui résultent toujours des décisions, des comportements et des relations.

Comme il est inscrit dans le rapport de Singly, « *il est indispensable de lier fortement l'évolution du management à la stratégie, d'abord pour tirer les conséquences des choix stratégiques sur le management et ensuite pour ajuster les priorités stratégiques aux ressources managériales* »<sup>55</sup>

L'enjeu du projet managérial réside également à faire évoluer les pratiques managériales de l'encadrement soignant vers un niveau plus stratégique à déterminer en fonction du lieu d'activité. Cette évolution de vision du management est aussi, pour lui, un élément de création de sens.

### C) Management porteur de sens

Si nous revenons au contexte qui nous occupe actuellement, « *la nouvelle gouvernance a conduit à remettre en cause les organigrammes antérieurs qui définissaient les domaines couverts et les rattachements en terme d'autorité entre les différents professionnels* »<sup>56</sup>

Pour lutter contre la sidération des cadres de santé, il est indispensable de modifier notre lecture en rajoutant une dimension culturelle aux dimensions médico-économique et stratégique du management ; une dimension qui donne sens aux actions et qui permet de relever le défi d'un changement de posture pour intégrer les nouvelles méthodes de gestion des organisations.

De la même façon que pour le projet, le sens donné au management conditionne l'identité et l'appartenance aux établissements.

D'après MINTZBERG, « *le manager est responsable de l'organisation dans son ensemble ou d'une partie identifiable [...] Il doit donc amener les collaborateurs à donner le meilleur d'eux mêmes afin qu'ils puissent mieux connaître, mieux décider, mieux agir* »<sup>57</sup> Pour aller dans ce sens, il convient d'aligner la réalité avec les représentations théoriques qu'ont les professionnels. Les notions de management durable et responsable qui apparaissent aujourd'hui donnent un éclairage supplémentaire au chemin qui conduit au changement de posture des acteurs.

---

<sup>53</sup> Ibid. p : 10

<sup>54</sup> Ibid., p : 24

<sup>55</sup> De SINGLY, op.cit. p : 76

<sup>56</sup> De SINGLY, op.cit. p : 73

<sup>57</sup> MINTZBERG H, *Manager, ce que font vraiment les managers*, 2009, Ed. Vuibert, Paris, p : 23

Ces notions traduisent les valeurs professionnelles qui peuvent être conjuguées (de même que le projet) de façon collective ou singulière.

Ce type de management « *s'attache à mettre en cohérence les pratiques de gestion, les diverses démarches d'amélioration de la conduite des organisations* »<sup>58</sup> pour créer un sentiment d'appartenance en donnant sens aux valeurs qui le porte. La complexité hospitalière, induite par le contexte en mouvement perpétuel, allié au contexte médico-économique fait évoluer le management « *d'art d'application [...] en art d'explication, de persuasion, d'adhésion.* »<sup>59</sup> En fonction des situations, de l'intérêt porté aux personnes, le niveau de management oscille entre les quatre composantes classiques : directif, explicatif, participatif et délégatif. Cette articulation du management situationnel tel que le décrit GENELOT<sup>60</sup> permet une adaptation à la complexité hospitalière.

C'est donc sur la capacité du directeur des soins, dans son champ de compétences, que repose l'élaboration d'un projet fédérateur pour l'encadrement soignant. « *Il est temps d'admettre que le management n'est ni une science, ni une profession. C'est une pratique qui se maîtrise principalement par l'expérience et qui est ancrée dans un contexte.* »<sup>61</sup>

### **1.3 Projet Managérial et directeur des soins**

#### **1.3.1 Le directeur des soins dans le mouvement hospitalier**

Les caractéristiques du projet alliées aux conditions du management, dans le triple contexte décrit plus haut, donnent au directeur des soins l'opportunité de préciser et de renforcer la ligne managériale de la direction des soins. « *Les nouvelles approches organisationnelles sont axées sur les résultats et la décentralisation des décisions, la contractualisation* »<sup>62</sup>

Le décret du n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du directeur des soins, le positionne comme membre de l'équipe de direction et membre de droit du directoire en tant que président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Cette disposition positionne le directeur des soins dans une dimension stratégique au sein de l'établissement.

Cette posture implique donc pour lui, comme pour ses collaborateurs, de redéfinir ses pratiques managériales.

---

<sup>58</sup> BITAUD J-R, op.cit. p : 25

<sup>59</sup> BITAUD J-R, op.cit. p : 26

<sup>60</sup> GENELOT D, *Manager dans la complexité*, 4<sup>ème</sup> édition, 2011, Insep Consulting Ed., Paris

<sup>61</sup> MINZBERG H, op.cit. p : 20

<sup>62</sup> ANATOLE-TOUZET V, GLOAGUEN E, « Management des pôles, une nouvelle place pour les cadres », in *Le management des pôles à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis*, 2012, Ed DUNOD, Paris, p : 147

De même, le rapport de modernisation de la politique des ressources humaines souligne, quant à lui, que « *dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur des soins reste bien le chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé et le garant de l'harmonie institutionnelle au niveau des équipes soignantes.* »<sup>63</sup>

Le projet managérial du directeur des soins prend, là encore, tout son sens dans l'acceptation de ce positionnement.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé plus haut (cf. p : 6), le récent décret 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière clarifie les rôles des cadres de proximité et légitime la place du cadre supérieur de pôle comme collaborateur du chef de pôle, la loi HPST ne le précisant pas comme tel. Le travail de l'encadrement paramédical change.

Le management d'aujourd'hui est, nous l'avons vu, porteur de sens pour faire face à la complexité des organisations et de ces acteurs. Il convient donc au directeur des soins au travers du projet managérial de renforcer la collaboration avec l'encadrement soignant, de travailler à la répartition des missions et des liens entre eux. Cette action s'inscrit non plus dans une seule culture de moyens, mais également dans une logique de résultats. Parallèlement aux évolutions réglementaires, l'exercice professionnel de l'encadrement se regroupe en 6 grandes fonctions essentielles: « *gestion, information, coordination, organisation, contrôle, étude.* »<sup>64</sup> Ce qui souligne une évolution dans les attendus par rapport au cinq axes du guide de la HAS. Seul le niveau de responsabilité et le périmètre d'action changent entre les cadres supérieurs et les cadres de santé.

Les cadres de santé « *restent toutefois sous l'influence des professions et de l'administration.* »<sup>65</sup> C'est en même temps une position qu'ils revendiquent, comme le précise le rapport de la mission cadres.

Il est donc indispensable dans ce fort contexte d'évolution que le directeur des soins définisse « *une organisation performante par un management adapté et attendu par ses collaborateurs* »<sup>66</sup> Le passage d'un positionnement opérationnel du directeur des soins à un positionnement stratégique lui confère une vision globale de l'organisation hospitalière et de sa complexité.

---

<sup>63</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Rapport sur la Modernisation de la politique des Ressources Humaines dans les Établissements publics de Santé, établi par D.TOUPILLIER, M.YAHIEL janvier 2011, Paris, p : 20

<sup>64</sup> PRUVOT N, « La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », mai 2013, in Soins Cadres, Paris, p : 44

<sup>65</sup> SCHWEYER F-X, « De quelques évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur le travail des cadres » in Revue Hospitalière de France n°551, Mars-Avril 2013, p : 16.

<sup>66</sup> PRUVOT N. Ibid. p : 43

Les enjeux principaux à relever pour les pôles sont « *le développement des politiques adéquates, penser stratégie, qualité et gestion des risques, alliant composantes de performance et maîtrise de gestion* »<sup>67</sup> La posture du directeur des soins traduit son implication et sa volonté de donner de la lisibilité aux orientations institutionnelles pour ces enjeux. Par son action, il contribue à la construction de nouveaux repères professionnels sans pour autant détacher l'encadrement des repères métiers.

La réglementation concrétise une partie des changements, mais il reste au directeur des soins à mettre en œuvre sa politique managériale à travers son projet.

### **1.3.2 Le directeur des soins et la construction du projet managérial**

La stratégie managériale du directeur des soins est « *hautement participative et gagnante avec l'ensemble de la ligne managériale paramédicale et notamment avec les cadres supérieurs.* »<sup>68</sup> S'appuyant sur la préconisation du rapport de la mission cadres, il convient pour le directeur des soins de « *s'assurer que les fondements posés sont toujours connus, acceptables et appropriés au contexte de l'établissement. Il est impossible de se fixer des priorités de management si ce préalable n'a pas été posé.* »<sup>69</sup>

La conception du projet managérial repose sur le choix de l'intérêt du manager à conduire les acteurs pour leur permettre de mieux appréhender les réalités qu'ils affrontent, mieux comprendre les phénomènes observables dans les organisations. Ce qui permet, comme nous l'avons vu dans la définition du projet, d'organiser le savoir et de donner un sens aux évènements, aux évolutions.

Le projet managérial du directeur des soins est donc « *un mouvement désireux de valoriser la dimension sociale et participative au sein de son organisation.* »<sup>70</sup>

En synthèse des éléments issus du projet et du management, nous voyons se dessiner les principes fondateurs du projet managérial du directeur des soins, comme étant un passage entre « *théorie et pratique, individuel et collectif, temps et espace, réussite et échec.* »<sup>71</sup>

### **1.3.3 Le projet managérial s'appuie sur des compétences et un diagnostic**

Deux compétences du référentiel de compétences du directeur des soins lui permettent de construire son projet managérial :

La compétence 2 « *structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professions paramédicales* »<sup>72</sup> donne les orientations d'organisation en définissant le niveau d'intervention des acteurs, leurs interactions.

---

<sup>67</sup> ANATOLE-TOUZET V, GLOAGUEN E, op.cit. p : 146

<sup>68</sup> PRUVOT. N Ibid. p : 45

<sup>69</sup> De SINGLY, op.cit. p : 77

<sup>70</sup> BOUTINET, op.cit. p : 242

<sup>71</sup> BOUTINET, op.cit. p : 395

<sup>72</sup> Op.cit. p : 13

Le but de cette compétence est la « *mise en place d'une organisation efficace qui réponde aux besoins des patients permettant à l'ensemble des acteurs de l'institution de savoir « qui fait quoi » et d'articuler les projets professionnels et collectifs* »<sup>73</sup>

Cette clarification est un élément indispensable à la définition d'un projet comme nous l'avons vu précédemment. Elle peut être complétée par le pourquoi et le comment élément incontournable du projet.

Par ailleurs, la compétence 4 « *Management de l'encadrement partagé et institutionnalisé* »<sup>74</sup> pose les bases même de l'élaboration du projet managérial. Son but est de la « *co-construction d'une cohésion de l'ensemble de l'encadrement en suscitant une dynamique d'engagement des équipes dans leurs missions institutionnelles en s'appuyant sur une démarche pluri professionnelle au service de la prise en charge du patient.* »<sup>75</sup>

Pour aller plus loin et pour poser le point de départ de l'élaboration du projet managérial, une des actions à mettre en place par le directeur des soins est « *d'identifier le positionnement et le niveau de satisfaction des cadres dans leur exercice professionnel.* »<sup>76</sup>

Reprenant l'analyse des apports conceptuels sur le projet et le management, la phase de diagnostic, de prérequis se révèle être la base de la conception et de la gestion pro active du projet managérial.

Poser un diagnostic de départ permet également de détecter et de prévenir « *le côté sombre* » des projets qu'il s'agisse des risques individuels liés à l'excès d'implication et d'engagement, des risques collectifs de déstabilisation des identités professionnelles. »<sup>77</sup>

Cette phase permet de travailler le projet, comme nous le verrons en partie 3, en maintenant un équilibre dynamique essentiel à l'exercice du management dans la durée, car comme le précise MINZBERG, « *chaque manager a des besoins spécifiques qui définissent une posture qui lui est propre* »<sup>78</sup>. Ce qui lui permet de s'adapter et d'adapter son management à la situation.

Le diagnostic pose également la question du sens et conditionnera l'intention du directeur des soins, quant à la diffusion de sa vision des situations et des actes qui s'y rattachent.

---

<sup>73</sup> Ibid. p : 13

<sup>74</sup> Ibid. p : 17

<sup>75</sup> Ibid. p : 17

<sup>76</sup> Ibid. p : 18

<sup>77</sup> GAREL G, « Le management de projet », in Le Management, Fondements et Renouveau, 2008, Editions sciences Humaines, Auxerre, p : 282

<sup>78</sup> MINZBERG H, op.cit. p : 113



Enfin, cette partie diagnostic permet au directeur des soins « *d'écouter les managers qui vivent au quotidien les changements en cours et d'adapter sa stratégie managériale à la réalité de terrain* »<sup>79</sup> et d'éviter une déconnexion des cadres entre l'activité quotidienne et les enjeux institutionnels.

C'est pourquoi, l'enquête de terrain s'est centrée sur la phase diagnostic du projet managérial.

---

<sup>79</sup> COULON R, « Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion », juin 2011, Cahier du FARGO, p : 12

## **2 Une mise en lumière de problématiques issues du diagnostic**

### **2.1 Méthodologie**

Afin de réaliser une étude objective, nous avons considéré que la méthode par sondage était la plus adaptée à notre recherche. Elle permet d'investiguer les caractéristiques de la fonction managériale pour nous amener à répondre à notre question de départ : le projet managérial est-il, pour le directeur des soins, élément stratégique d'accompagnement de l'encadrement soignant face aux exigences du contexte hospitalier actuel ? Phase de diagnostic du projet managérial, cette approche permet également de répondre aux sous questions, architecture de notre recherche : Quel est le positionnement pour les cadres de santé, des cadres supérieurs de pôle vis à vis des caractéristiques de la fonction managériale aujourd'hui ? Quelles sont les attentes des directeurs de soins vis à vis des cadres de santé, des cadres de pôle ? Quelles sont les attentes des deux autres groupes d'acteurs (cadres de santé et cadres de pôle) les uns vis à vis des autres et vis à vis des directeurs de soins ? La phase de diagnostic du projet managérial constitue-t-elle pour le directeur des soins, le socle de l'élaboration de son projet ?

#### **2.1.1 Le choix de l'outil du recueil d'informations**

##### **A) Le questionnaire**

Il s'agit de déterminer et de mesurer des items qui présentent un intérêt pour la conception du projet managérial.

Le questionnaire (cf. annexe 1) est construit en deux parties :

La première s'inspire des grilles de mesure de satisfaction au travail<sup>80</sup>. Basée sur de l'auto estimation, elle est composée d'affirmations à choix multiples qui permettent de réfléchir à un positionnement à l'égard des différentes réponses possibles proposées. Les réponses apportées permettent d'aider à situer chacun des répondants en regard de certaines caractéristiques de la fonction managériale, qui sont regroupées en cinq axes liés au collectif (Objectif, Changement, Rôle, Communication, Système) et trois axes liés au singulier (Sens de l'appartenance, Comportement, Motivation). La définition de chacune de ces caractéristiques dans le contexte de notre questionnaire est placée dans le glossaire, en fin de document.

Les résultats s'expriment en pourcentage d'appropriation de chacune des caractéristiques. Ils se répartissent en 4 niveaux:

---

<sup>80</sup> Grille SaphoraJob mesurant la satisfaction des personnels au travail, incluse dans le Projet CLARTÉ, programme d'expérimentation des indicateurs de qualité en établissements de santé, pour les années 2010-2012, initié par la HAS.

Grille du projet ARIQ (Attractivité, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins), basée sur le concept des « Magnets Hospitals »

Tableau I : *Catégories de répartition des réponses*

Niveau 1	0 - 19%	Fonction managériale critique
Niveau 2	20 - 59%	Fonction managériale à travailler prioritairement
Niveau 3	60 - 79%	Fonction managériale à développer
Niveau 4	80 -100%	Fonction managériale correcte, à maintenir

La seconde partie mêle questions ouvertes et questions nécessitant une hiérarchie de réponses. L'objectif de ces questions est d'explorer les bases d'élaboration du projet managérial en faisant s'exprimer les répondants sur :

- leur rôle (question 1)
- les attentes des 3 groupes d'acteurs les uns vis à vis des autres (questions 3)
- les besoins vis à vis du projet managérial (question 5)
- les raisons de leur choix d'une carrière d'encadrement (question 4).

La question 2 permet d'établir un comparatif entre la première partie du questionnaire (réponses liées à des situations rencontrées) et la représentation des répondants vis à vis de la caractéristique. Enfin, la question 6 permet à chacun des répondants de s'exprimer librement.

Le protocole de prestation du questionnaire est expliqué en amont des grilles (cf. annexe 1. L'analyse de ce questionnaire permet, selon nous, au directeur des soins de définir une stratégie d'action dans la conception du projet managérial.

## B) Les entretiens

Afin de compléter les résultats des questionnaires et l'étude documentaire, des entretiens avec les directeurs de soins des terrains d'enquête ont été réalisés. L'objectif de ces entretiens est de recueillir leur vision sur le projet managérial, leur implication dans la conception et la mise en œuvre. Le guide de ces entretiens est présentée en annexe 2.

### 2.1.2 Les terrains enquêtés

Afin d'avoir un large échantillonnage de réponses, de diversifier les lieux d'enquête et de mesurer si il existait une différence de perception, notre choix s'est porté sur trois centres hospitaliers. La diversité de taille, de culture hospitalière (trois régions différentes) est un élément de pertinence dans ce choix. De plus, chacun des CH a vécu ou vivait une recomposition de son offre de soins.

Le CH A, situé en région Ile de France, vit sa mise en pôle depuis peu. C'est le CH à l'origine de notre choix d'étude (voir introduction). Sa capacité est de 303 lits et places.

Le CH B, situé en région Rhône Alpes, a vécu un regroupement d'établissement en 2011. Sa capacité est de 692 lits et places.

Le CH C se situe en région Franche-Comté. Le contexte de ce CH est un contexte de recomposition d'offre de soins sur deux sites. Sa capacité est de 1278 lits et places.

### 2.1.3 L'échantillon enquêté

Le questionnaire est à destination de l'ensemble des cadres d'unité et des cadres supérieurs de pôle.

Le tableau ci-après représente la répartition des effectifs cadres paramédicaux par établissement :

Tableau II : Répartitions effectifs encadrement par établissement

	CH A	CH B	CH C	Total
Cadres Supérieurs de Santé	1	6	13	20
Cadres de santé	21	30	68	119

Les entretiens ont été réalisés auprès des directeurs des soins des trois établissements.

### 2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête

Si la réalisation de l'enquête dans trois établissements différents permet une analyse comparative, sa représentativité ne saurait permettre une généralisation des réponses. L'analyse permet cependant dégager des grandes tendances.

Dans le questionnaire distribué à l'encadrement, il n'est pas fait allusion au projet managérial en tant que tel. La volonté de ne pas induire de réponse descriptive d'un idéal professionnel a dicté notre orientation vers des affirmations et des questions permettant de poser un diagnostic.

Une autre limite de notre étude est de ne pas avoir sollicité d'entretien auprès des directeurs d'établissement pour étoffer l'analyse. Néanmoins, dans le CH A, le directeur souhaite un retour en réunion de direction et en directoire.

Compte tenu de l'organisation du recueil de l'information, les non réponses viennent du fait de l'absence des personnes au moment du recueil et non du fait d'un refus de participer au sondage.

Enfin, le biais induit par ce type de recueil d'informations est la désirabilité sociale dans les réponses. En effet, même si dans la consigne écrite jointe au questionnaire il est noté précisément que les réponses doivent se faire en fonction de la réalité de terrain, il est impossible de déterminer la part exacte des réponses ayant un lien avec la réalité.

Un des points forts a été l'intérêt des directeurs de soins pour cette étude. De ce fait, ils ont fait preuve de disponibilité pour les entretiens et l'organisation des recueils des questionnaires, puisqu'ils ont planifié, au sein de leur établissement, des séances de recueil pour nous permettre d'avoir une exhaustivité de réponse.

Nous avons assisté à ce recueil de données pour deux établissements sur les trois. Une contrainte d'agenda ne nous a pas permis de réaliser le troisième recueil. C'est la directrice des soins qui s'en est chargé. Dans les trois établissements, les directeurs de soins sont en attente des résultats de l'enquête.

Les données présentées ici sont les données générales. En effet, la répartition par CH n'apporte pas de représentations complémentaires ou prépondérantes par CH.

## **2.2 Des résultats qui confirment le projet managérial comme levier d'action pour le directeur des soins**

La présentation des données ordonne et met en forme les résultats de notre étude. Au moment du traitement des données, il s'est avéré que la distinction par CH, tel que nous l'avions envisagé dans le choix des terrains enquêtés, ne se révélait pas pertinent. Les résultats ne reflètent que peu d'écart de représentations et présentent une hiérarchie de réponses similaires. Cela nous conduit à considérer, que ni la capacité de l'établissement, ni son positionnement géographique, ni sa culture ne sont des éléments déterminants pouvant produire des résultats différents. Par contre, les restructurations et la mise en place des places des réformes peuvent amener à une convergence de résultats. De fait, nous avons donc choisi la fongibilité des données pour en fiabiliser le corpus.

Notre posture d'intervenant extérieur, avec un regard extérieur face aux institutions, a suscité un registre de paroles sans retenue, renforçant ainsi la véracité des données.

### **2.2.1 Taux de réponse et étude démographique**

#### **A) Taux de réponse**

139 questionnaires ont été distribués aux personnels d'encadrement dans les trois CH étudiés. Le nombre total de retour de questionnaires est de 101, ce qui représente un taux de réponse de 72,7%. L'annexe 3 présente le graphique de la répartition des répondants par catégorie professionnelle.

La première lecture de ces tableaux montre l'intérêt du thème de notre étude pour les professionnels ayant répondu aux questionnaires. Les résultats des questionnaires, aussi bien de la première partie, que dans le contenu de la seconde, viennent confirmer cet intérêt.

#### **B) Etude démographique**

Les items de la fonction managériale étudiés sont répartis, comme nous l'avons vu ci-dessus, en items d'ordre collectif et d'ordre individuel. Au vu des résultats que nous allons décrire ci-dessous, il nous est apparu nécessaire de réaliser une étude démographique de la population enquêtée, en fonction des données relevées dans la

dernière partie du questionnaire. Quatre critères sont retenus pour cette étude : ancienneté dans la dernière fonction occupée, dans le dernier poste occupé, dans l'établissement et enfin l'âge du répondant. Le résultat général est porté dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : *Ancienneté moyenne de l'ensemble des cadres*

	Fonction	Service	Établissement	Âge
Ancienneté moyenne	9,4	6,3	17,5	48,3

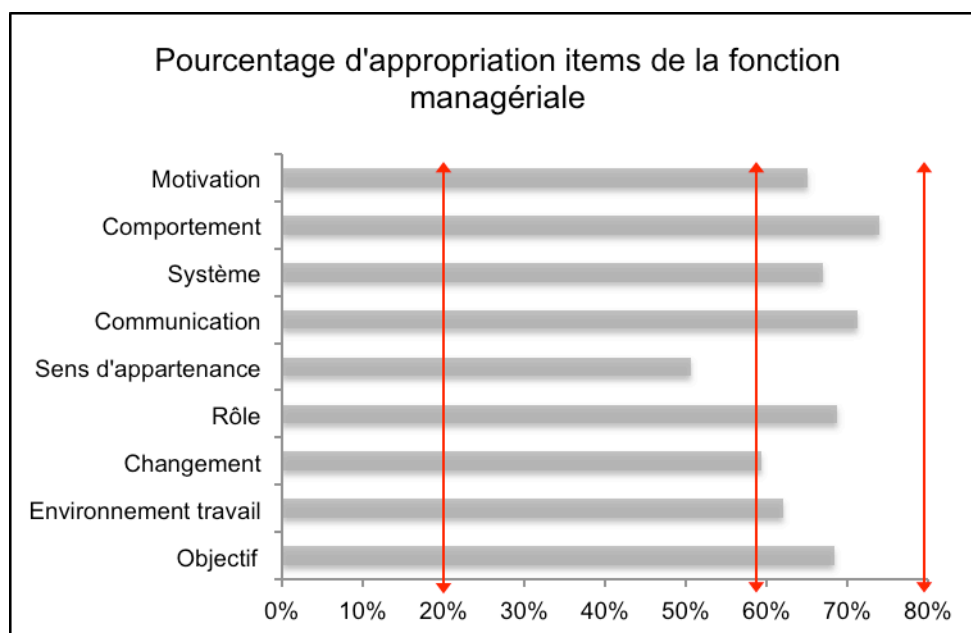
Ce tableau montre que la population interrogée a une moyenne d'âge de plus de 45 ans. De même, la moyenne de présence dans les trois catégories (fonction, service et établissement) montre une stabilité des professionnels d'encadrement. Cependant, pour objectiver notre analyse, la table de la signalétique démographique, basée sur l'ancienneté dans la fonction est présentée en annexe 3.

### 2.2.2 Appropriation des items de la fonction managériale

Les résultats de la première partie du questionnaire sont exprimés sous forme de graphique, rendant visuels les pourcentages de représentation des items de la fonction managériale et les quatre catégories classifiant les résultats. Les résultats présentés ici sont les résultats généraux, compte tenu du parti pris méthodologique choisi.

De même, les réponses à la question 2 de la partie 2 du questionnaire sont présentées ici car elles représentent un comparatif entre la partie 1 du questionnaire (réponses liées à des situations rencontrées) et la représentation des répondants vis à vis de l'item.

Graphique 1 :



La représentation graphique du pourcentage d'appropriation des items de la fonction managériale montre des caractéristiques présentes que ce soit d'ordre collectif ou d'ordre individuel.

D'un point de vue des extrêmes, si aucun de ces item n'est placé en niveau 1, ils ne sont pas non plus en niveau 4 signe d'une « bonne santé managériale »; l'essentiel des résultats se situant en niveau 3, entre 50 et 75% pour sept d'entre elles (comportement, communication, rôle, objectif, système, motivation, environnement de travail). Deux items montrent des signes préoccupant avec moins de 60% d'appropriation : sens de l'appartenance (51%) et changement (59%). Ce pourcentage les situe dans la catégorie prioritaire de travail.

Pour aller plus loin dans l'expression des résultats, le graphique 2 (annexe 4), présente le résultat en distinguant les deux catégories professionnelles, cadre de santé d'unité et cadre supérieur de santé de pôle. L'expression des résultats par fonction suit la tendance des résultats généraux. Il y a peu d'écart entre les résultats des cadres et des cadres supérieurs. Pour les sept caractéristiques citées ci-dessus, les cadres supérieurs de santé ont des résultats supérieurs à ceux des cadres de santé. Cependant, la tendance s'inverse pour les deux caractéristiques préoccupantes.

La question 2 de la seconde partie du questionnaire interroge l'encadrement soignant sur ces mêmes items. Si la première partie du questionnaire s'inspire de situations professionnelles vécues, cette question requiert de la part des répondants un positionnement par rapport à leur représentation. Le tableau de l'annexe 4 présente le classement de ces caractéristiques, de la plus importante à la moins importante, pour l'ensemble des cadres, en fonction de la manière de répondre : par un positionnement face à des affirmations relevant des activités (partie 1 du questionnaire) ou face à la représentation personnelle de chaque répondant, vis à vis de la caractéristique (Q 2)

Il est important de noter que l'item « changement » obtient le même rang de classement, quelle que soit la méthode de réponse. Par contre, l'item « sens de l'appartenance », obtient un meilleur classement en réponse à la question 2. Néanmoins, il reste en deuxième partie de tableau. L'item « communication » est le plus important dans les deux cas, tandis que le « comportement » recule en question 2 au profit de la motivation. « Objectif » et « rôle » restent dans la même échelle, tout comme environnement de travail. Quant à l'item « système », il est celui qui ne représente pas d'importance dans les représentations des cadres de santé, vis à vis de la fonction managériale.

De la même façon que pour la représentation graphique, le comparatif des réponses cadres de santé/cadres supérieurs de santé est présenté également en annexe. 4.

Comme pour la représentation graphique, il n'existe que peu d'écart entre les représentations des cadres de santé et des cadres supérieurs. La distribution des rangs de réponse s'organise de la même manière, avec en bas de tableau les items « Sens de l'appartenance, changement ». La « motivation » arrive en deuxième position pour les cadres et en troisième pour les cadres supérieurs, dans la question 2, alors qu'elle est au rang 7 dans la première partie du questionnaire.

### **2.2.3 Notion de rôle : représentations et motivation**

Pour compléter les représentations des items de la fonction managériale et le diagnostic qui permettra de répondre à notre question de départ, la perception du rôle (à exprimer en cinq mots) pour l'ensemble des cadres est abordée dans notre questionnaire. De même, les motivations qui poussent les professionnels à devenir cadre de santé sont explorées à travers 7 propositions classées par ordre croissant de priorité.

Le volume de mots différents caractérisant le rôle perçu, pour l'ensemble des répondants, est de 367 expressions, pour 101 répondants.

Cela amène à réaliser une classification tant quantitative par décompte des mots les plus souvent exprimés, que qualitative par une classification des mots en fonction des orientations décrites en partie 1, notamment les axes du guide du management de la HAS. Le tableau de l'annexe 5 présente le nombre d'occurrences des mots le plus souvent cités rapportés aux cinq axes du guide du management

La fonction d'organisation est la principale expression du rôle des cadres de santé, qu'ils soient cadre d'unité ou de pôle. La fonction motiver est également une fonction importante dans leur exercice professionnel. Ces deux fonctions prépondérantes correspondent aux compétences attendues des cadres de santé. Les fonctions « décider » et « évaluer » ne sont que très peu souvent abordées par les cadres. En se rapportant aux orientations ministérielles contenues dans le rapport de Singly (*« les cadres ne sont pas suffisamment impliqués dans les processus de décision de l'établissement »* cf. p: 8), nous constatons qu'il existe un paradoxe entre des attentes exprimées au niveau national et le résultat de notre enquête. Ce paradoxe est confirmé lorsque l'on regarde les motivations des professionnels à devenir cadres de santé, présentées en annexe 5.

La notion de décision arrive en cinquième position, alors que l'accompagnement des équipes est en deuxième position, confirmant l'expression de la perception du rôle que ce soit pour les cadres de santé ou les cadres supérieurs.



#### **2.2.4 Des attentes et des besoins similaires**

Les attentes et les besoins ont fait l'objet de questions ouvertes. Elles ont donné lieu à un nombre important de réponses. L'expression des directeurs de soins, collectée lors des entretiens vient compléter ces réponses.

De la même façon que pour la question 1, les réponses font l'objet d'une classification quantitative par décompte des mots les plus souvent exprimés. Les résultats, présentés en annexe 6, reprennent les principales occurrences pour les 101 répondants. Cinq grandes attentes sont exprimées: accompagnement, objectifs et orientations de travail, écoute, échanges et information/communication. Les proportions d'expression entre les deux métiers sont cependant différentes. Elles s'expriment plus fortement chez les cadres de santé.

Il existe des demandes spécifiques de la part des cadres supérieurs de pôle, envers les cadres de santé (réponses à la question 3a) : respect des règles (dans une très large proportion, 83%), proposition d'organisations nouvelles (56%), et dans une moindre proportion : implication et professionnalisme.

Les directeurs de soins interrogés ont exprimés des attentes différentes vis à vis de l'encadrement soignant, quelque soit le métier. Le tableau, en annexe 6, en dresse la liste.

Si l'accompagnement est une préoccupation des directeurs des soins, commune avec l'encadrement, des attentes spécifiques, liées à leur rôle stratégique, s'expriment de façon unanime : qualité et sécurité des soins, souhait d'appropriation des fonctions, loyauté et transversalité. Trois attentes figurent en rang de réponse 2. Elles sont d'ordre individuel et collectif.

La réponse à la question 5, présentée en annexe 6, sur les besoins complémentaires a mis en exergue trois types de besoins différents de ce qui a été exprimé dans les attentes. L'expression de ces besoins montre un rapport au temps important. Dans une moindre proportion, un besoin de méthodologie de travail et de stabilité dans leur exercice professionnel s'exprime.

La présentation des données telle que nous l'avons réalisée, éclaire le développement de l'analyse. L'expression des directeurs de soins, recueillie lors des entretiens, et les réponses à la dernière question libre viendront compléter et appuyer ces résultats permettant d'étayer les propositions d'action du directeur des soins.

## 2.3 Analyse

L'analyse des données met en lien les informations obtenues avec les éléments théoriques. De fait, elle donne sens aux résultats de l'enquête et oriente les réflexions liées à notre question de départ. Le niveau de traitement des données est tel que le choix d'analyse se focalise sur les résultats particulièrement marquant: la problématique du sens de l'appartenance et du changement, le paradoxe des attentes et le caractère hétérogène de la perception du rôle. Une synthèse en lien avec les entretiens des directeurs des soins terminera cette analyse.

### 2.3.1 Un sens de l'appartenance et la représentation du changement en défaut

Une des préconisations du rapport de Singly précise que le projet managérial s'appuie sur des pré requis managériaux présents et appropriés par les cadres (cf. p : 17).

L'expression des résultats des représentations des items de la fonction managériale caractérise un système prédominant. Il n'y a pas de résultats critiques, inférieurs à 20%, mais pas non plus de résultats très bons, supérieurs à 80%. La majorité des items se situent entre 60 et 80%, ce qui correspond à une marge d'action réelle, permettant une mise en place d'organisation des savoirs, par apprentissages tant collectifs qu'individuels. Les différences dans les niveaux d'appropriation de certaines caractéristiques déterminent les pistes d'actions pour le directeur des soins. Les deux items dont le résultat est inférieur à 60% sont le principal point d'analyse.

#### Encadré 1 : Sens de l'appartenance

Item	Pourcentage de représentation	Rang de classement (première partie du questionnaire)
Sens de l'appartenance	51%	9

Ce résultat place cet item en dernière position. Le classement est le même lorsque les cadres répondent à la question 2, ce qui en renforce le côté préoccupant. Le sens de l'appartenance se conçoit comme élément de l'identité professionnelle. L'explosion des normes, (« le plan « Hôpital 2007 » [...] apparaît comme un élément de rupture dans la gestion du système de santé» cf. p 5, « la nouvelle gouvernance a conduit à remettre en cause les organigrammes antérieurs » cf. p: 15), la fragmentation du temps (« L'organisation hospitalière [...] fait éclater le temps en le planifiant, le quantifiant parfois à l'excès » cf. p: 12) explique en partie cette perte de sens. De même, le défaut de sens représente le vide laissé par les zones d'incertitudes créées par une non appropriation des réformes et des évolutions d'organisation.

Ce défaut d'appropriation par l'ensemble des cadres est un élément qui conduit à s'interroger et qui, s'il n'est pas renforcé, peut mettre en péril les fonctionnements pro actifs des professionnels.

Le caractère individuel de cet item a un enjeu majeur pour le collectif dans l'appropriation des évolutions hospitalières. En effet, comment mobiliser les capacités reconnues aux cadres de santé de pouvoir expliquer et porter les transformations importantes du système de santé, si individuellement, l'appartenance à l'institution fait défaut ? Ce que nous considérons comme une crise identitaire, renforce ainsi l'image de l'air manquant (cf. p: 12). De la même façon, nous pouvons considérer que le management apparaît, au vu de ce résultat, comme un important levier de modification des représentations et de renforcement de l'identité professionnelle dans les nouveaux contextes actuels.

Ce résultat bouscule les « allants de soi » par son côté inattendu au vu des représentations, des lectures, des communications au sujet du cadre de santé aujourd'hui. Aussi, nous avons recherché, au travers de l'étude démographique, si le résultat pouvait être influencé par une ancienneté dans la fonction ou dans les établissements enquêtés. Il s'avère que la répartition de la population enquêtée vient témoigner de cette rupture de normes, de cet avant et de cet après dont parle GENELOT. Un âge moyen relativement élevé (48,3 ans), une présence longue dans les établissements (17,5 ans), quelque soit l'ancienneté dans la fonction, pourrait être un signe de stabilité et d'appartenance, or il n'en est rien.

A la lumière du comparatif du résultat différentiel entre les cadres supérieurs et les cadres de santé, force est de constater que les cadres supérieurs de santé ont un pourcentage légèrement plus faible que les cadres de santé. Là aussi, nous avons un signe relatif de non appropriation de ce nouveau métier, de ces nouvelles responsabilités. Les cadres de santé, même s'il existe une distanciation identitaire, conservent leurs repères métiers dans leur exercice professionnel, contrairement aux cadres supérieurs de pôle qui sont en construction identitaire.

La redéfinition des pratiques managériales, au travers du projet, permet au directeur des soins de créer les conditions de renforcement de la collaboration, de clarification des missions et surtout d'identification des liens entre eux. Les trois directeurs des soins des établissements enquêtés se sont exprimés de façon unanime sur ce sujet.

#### Encadré 2 : *Changement*

Item	Pourcentage de représentation	Rang de classement (première partie du questionnaire)
Changement	59%	8

Couplé à la caractéristique « sens de l'appartenance », le changement est le second item en retrait dans les résultats de cette étude.

Cette position que nous considérons comme limite, vis à vis du caractère prioritaire de travail, met en lien le mouvement permanent d'évolution et le fonctionnement difficile qu'est la réalité hospitalière actuelle (cf. p: 12). L'appropriation de ces évolutions n'a pas le temps de se faire correctement.

Nous sommes dans une confrontation du temps circulaire au temps linéaire qui s'accélère et qui positionne le changement comme une contrainte. L'expression des besoins de la question 5 confirme cela par une demande de « *moins de changement, plus de stabilité* »<sup>81</sup>

La rupture engendrée par les nouvelles réformes hospitalières est à elle seule un élément de changement. L'idéal organisationnel projeté par l'encadrement disparaît au profit d'une nouvelle construction de repères professionnels. La ligne managériale de la direction des soins doit également faire le deuil de ce qui a été, qui ne sera plus et se construire de nouvelles représentations. Agents du changement, les cadres sont en même temps porteurs des changements organisationnels vis à vis de leurs équipe et acteurs de ces mêmes changements pour leurs pratiques managériales, tout en assurant la continuité des activités. La HAS souligne cette importance par la « *participation de l'ensemble des professionnels indispensable à la conduite du changement. Le succès de la démarche dépend aussi du rôle de manager et de leader joué par les professionnels à tous les niveaux de responsabilité.* » (cf. p : 34)

Le lien fait avec l'analyse démographique, comme pour le sens de l'appartenance, confirme cette relation au changement. Une présence longue dans un établissement, dans la fonction, positionne l'encadrement comme une ressource figée dans une posture ancienne alors que l'évolution actuelle les pousse à la modification. Imposer le changement comme caractéristique managériale prioritaire oblige les cadres à une confrontation permanente à l'autre, aux équipes, aux collègues pour expliquer, traduire et analyser les situations.

Enfin, comme pour le sens de l'appartenance, le résultat des cadres supérieurs de pôle est légèrement inférieur au résultat des cadres de santé. Le repère identitaire métier, toujours présent pour les cadres de santé, peut expliquer, là encore, cette différence. La zone d'incertitude créée par l'apparition du nouveau métier de cadre de pôle renforce l'idée de vide pour ces professionnels. Un des cadres supérieurs a exprimé dans la question 6, sa vision et sa désillusion quant à la mise en place des pôles dans son établissement : « *Les pôles devaient se gérer seuls et en fait rien n'a changé.* »<sup>82</sup> Cette phrase résume à elle seule tout le chemin restant à parcourir pour une appropriation complète de la nouvelle gouvernance.

---

<sup>81</sup> Verbatim relevé dans le questionnaire, partie 2, question 5

<sup>82</sup> Verbatim relevé dans le questionnaire, partie 2, question 5

Dans notre étude, l’item « changement » est considéré comme un item d’ordre collectif, car en lien avec un groupe professionnel. Par contre, nous considérons que s’engager dans le changement relève de l’individuel.

Pour s’engager, il faut se reconnaître dans un environnement et un contexte de travail. Or, comment s’engager dans le changement quand le sens de l’appartenance fait lui-même défaut ?

Les résultats des sept autres items, situés en niveau 3, montrent l’importance pour les cadres de santé d’une volonté d’action pour faire évoluer leurs pratiques managériales. Un travail sur les caractéristiques défailtantes permet alors de donner la possibilité aux cadres de pouvoir agir.

Le projet managérial, alliant ressources individuelles et collectives, apparaît, pour le directeur des soins comme un élément favorisant la construction d’un contexte partagé. Il s’agit donc de faire sortir l’ensemble des cadres de la position dans laquelle ils se trouvent pour construire un devenir professionnel nouveau.

Le travail sur les caractéristiques managériales doit cependant être associé étroitement aux attentes et aux besoins exprimés par les trois acteurs de la ligne managériale de la direction des soins afin de travailler à un ensemble cohérent.

### 2.3.2 Des attendus et une injonction paradoxale

Nous avons vu lors de la présentation des résultats, que 5 grandes attentes et 3 types de besoin émergeaient des données traitées. Seuls les résultats saillants, justifiant un lien avec notre question de départ, sont ici analysés.

#### Encadré 4 : L’accompagnement

Attentes pour 101 répondants	Rang de réponse	Nombre d’occurrences	Proportion
Accompagnement	1	92	91%
Attentes DS pour 3 répondants	Rang de réponse	Nombre d’occurrences	Proportion
Accompagnement	1	3	100%

L’importance des résultats de l’item « accompagnement » traduit une aspiration forte de la part des acteurs à s’inclure dans l’évolution des organisations hospitalières (cf. p : 8) Chacun, dans son périmètre d’action et de responsabilité, souhaite être accompagné ou qu’un accompagnement soit mis en place pour ses collaborateurs.

Les directeurs de soins, au cours des entretiens, montrent une volonté de positionner les cadres supérieurs de pôles comme des acteurs stratégiques. Certains ont mis en place des actions de formation et d’accompagnement pour leur « *donner les moyens de régulation [...], d’agir [...] pour faire face aux évolutions d’organisation* » (cf. p : 7). De même, compte tenu des résultats de la partie 1 du questionnaire, nous pensons que le manque de connaissance, de méthodologie (exprimé dans les besoins) est un facteur justifiant ce niveau de réponse.

Les caractéristiques managériales sont présentes, mais les deux items en défaut traduisent également une rupture dans les pratiques managériales. La stratégie managériale du directeur des soins, dans ce contexte d'attente d'accompagnement, « *comporte deux orientations.*

*D'une part, vers les cadres soignants de pôle, [...] et d'autre part vers les cadres de santé, [...], porteurs des projets.* » (cf. ; p : 3)

L'accompagnement est donc un élément clé du projet managérial pour « *amener les collaborateurs à donner le meilleur d'eux mêmes afin qu'ils puissent mieux connaître, mieux décider, mieux agir.*» (cf. p : 15)

#### Encadré 5 : Une injonction paradoxale

Attentes CS pour 83 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Objectifs et orientations de travail	2	69	83%
Attentes CSP pour 18 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Respect des règles	1	15	83%
Proposition organisations nouvelles	2	10	55%
Implication	5	5	27%
Professionalisme	6	4	22%

Nous voyons dans l'encadré ci dessus, un pourcentage égal entre deux items: souhait d'avoir des objectifs et des orientations de travail pour les cadres de santé, respect des règles pour les cadres supérieurs, suivi de près également par une expression d'attente d'objectifs et d'orientations de travail (cf. p : 12).

D'un point de vue objectif, la mise en place rapide de réformes multiples montre l'inadaptation des réponses précédemment apportées à la situation d'avant au profit de la nouvelle. Par voie de conséquence, les demandes faites à l'encadrement aujourd'hui remettent en question un positionnement d'exercice professionnel qui peut être inadapté. Cela crée ce sentiment de désarroi et parfois de culpabilité. Les pourcentages importants des items spécifiques des cadres supérieurs (le respect des règles, la proposition de nouvelles organisations, l'implication, le professionnalisme) renforcent ce sentiment chez les cadres de santé. Or, le contexte actuel nécessite un management situationnel qui n'est plus fondé sur le classique modèle « commande et contrôle ». Les attentes spécifiques de CSP semblent pourtant toujours s'inscrire dans ce schéma classique.

En même temps, la demande est de s'approprier les nouvelles organisations, les nouveaux schémas de gestion et de proposer, de faire preuve de créativité pour construire les organisations de demain. Il s'opère une rupture entre les attentes des uns et des autres, entraînant une déconnection entre les cadres de santé et les cadres supérieurs. Les uns se retrouvant face à la double considération de leur exercice professionnel et les autres devant rendre des comptes dans le cadre de leur fonction nouvelle de gestion de pôle. Cette perte de repères dans l'exercice professionnel se traduit également par un sens de l'appartenance à l'institution faible.

### Encadré 6 : Des besoins spécifiques

Besoins exprimés sur 101 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Temps	1	70	70%
Méthodologie de travail	2	23	23%
Stabilité	3	20	20%

L'accélération de la vie hospitalière est une caractéristique prédominante dans l'expression des besoins de l'encadrement. Le rapport au temps est un facteur prioritaire dans leur exercice professionnel. Les changements doivent s'opérer vite, il faut se transformer, s'adapter sans tenir compte de « *la relation au temps qui accentue l'instant immédiat et se caractérise par les faibles changements qu'il induit.* » (cf. p : 12) De la même manière qu'il faut s'adapter aux nouvelles organisations, il faut assimiler ce nouveau rapport au temps, comme si un retard d'évolution était à rattraper. Ce changement de « régime » dans l'action vient renforcer la sidération des cadres de santé qui subissent la fragmentation du temps.

La notion de besoin de stabilité de 20% apparaît alors comme une demande « d'arrêt sur image » de la part de l'encadrement pour justement prendre le temps de l'appropriation, de l'acculturation avant de pouvoir changer de posture. Le temps circulaire est prédominant sur le temps linéaire, ce qui contribue à la rupture dans l'exercice professionnel des cadres.

Enfin, l'item « méthodologie de travail », présent pour 23% des professionnels, signe néanmoins le souhait de se repositionner dans le système en construction. Couplés aux items des caractéristiques managériales qui sont en niveau 3, cela confère au projet managérial une importance fondamentale dans l'appropriation du contexte hospitalier actuel.

#### **2.3.3 Un élément hétérogène : la représentation du rôle**

Question 1 de la seconde partie du questionnaire, le rôle fait également partie des items des caractéristiques managériales recherchées dans le partie 1 du même questionnaire. Son rang de classement est un rang central (rang 3 sur le graphique 1, 4 en réponse à la question 2) Cependant, lorsque les cadres s'expriment sur leur rôle aujourd'hui, 96 expressions apparaissent, soit près de 1 expression par répondant. Cette hétérogénéité montre, pour nous, un défaut de compréhension des attendus, de ce qui prescrit par rapport à la réalité de terrain. La redistribution des missions de la ligne managériale de la direction des soins induit cet état de fait.

Là également, les repères d'avant explosent (« *Les cadres de santé déclarent que leurs valeurs professionnelles sont « malmenées » par le contexte actuel, cf. p : 2, « reste toutefois sous l'influence des professions et de l'administration », cf. p : 2, ils évoluent dans une double polarité, technique et managériale » cf. p : 2).*

Nous avons néanmoins réalisé des agglomérations depuis les mots cités pour déterminer des regroupements en fonction des axes du guide du management de la HAS (annexe 5).

Encadré 7 : La décision et l'évaluation

<b>Axe du guide du management HAS</b>	<b>Nombre d'occurrences pour 101 répondants</b>
Décider	19
Evaluer	17
<b>Motivation à devenir cadre de santé</b>	<b>Rang de réponse sur 7 réponses possibles</b>
Pouvoir décider	5

Cela fait apparaître une autre situation paradoxale, vis à vis de la littérature et des faits d'actualités hospitalières : les notions de décision et d'évaluation sont pratiquement inexistantes. « *Chaque établissement affiche obligatoirement une politique de l'encadrement [...] structure les modalités d'association des cadres à la décision et à la mise en oeuvre des objectifs de l'établissement.* » (cf. p : 9) La décision n'est pas considérée par l'encadrement comme une action prioritaire dans leur rôle. Se pose alors la double question de leur positionnement face à la décision : ont-ils les capacités et les compétences pour se positionner comme tel ou l'effet sidérant du contexte les empêche-t-il de se positionner en ce sens ? Dans le deuxième cas, les résultats que nous avons analysés permettent d'apporter une réponse confirmant cet effet sidérant: des attentes ciblées sur des objectifs et des règles de fonctionnement, un besoin de méthodologie, une relation au changement et au sens de l'appartenance qui s'effrite.

Là encore, le projet managérial permet aux cadres de développer capacités et compétences pour devenir acteur de décision, par un travail sur chacun de ces items.

Quant à l'évaluation, sa présence dans les établissements devient de plus en plus prégnante. « *L'introduction des pratiques exigibles prioritaires (principal levier sur la qualité et la sécurité des soins) et le renforcement de la politique de l'évaluation des pratiques professionnelles* » (cf. p : 7) en font un élément de management à part entière. Or, si l'évaluation n'est pas un critère dominant pour les cadres (quelque soit la fonction), le management des unités devient incohérent. De la même façon que l'appropriation des évolutions hospitalières est un incontournable pour l'exercice de l'encadrement aujourd'hui, le changement de posture vis à vis de l'évaluation est également indispensable.



### 2.3.4 Des directeurs de soins impliqués dans le projet managérial

Il ressort des entretiens que le projet managérial du directeur des soins est une priorité pour eux, qu'il s'inscrit dans le projet d'établissement ou uniquement dans le projet de soin. La formalisation n'est pas réalisée en tant que telle. Cela ne les empêche pas de travailler sur les enjeux des pôles, le positionnement et l'accompagnement de l'encadrement.

Leur réelle volonté est d'inverser une tendance qui pourrait être qualifiée de menace, au regard des résultats, en véritable opportunité de changement.

D'une façon analogue aux analyses précédentes, nous faisons donc le choix de ne traiter que les éléments remarquables de ces entretiens, en lien avec notre question de départ.

#### Encadré 8 : *Transversalité*

Attentes DS pour 3 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Transversalité de travail entre les pôles	1	3	100,0%

De façon unanime, les trois DS abordent la nécessité de travailler en transversalité entre les pôles, pour éviter l'« effet silo » et l'enfermement. Ils expriment que c'est de leur responsabilité de maintenir ce niveau de travail. Cela est en accord avec le rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines à l'hôpital de 2011. (« *Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur des soins reste bien le chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé et le garant de l'harmonie institutionnelle au niveau des équipes soignantes.* », cf. p : 16

#### Encadré 9 : *Qualité des soins et alertes*

Attentes DS pour 3 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Qualité et sécurité des soins	1	3	100%
Alerte collective et individuelle en cas de difficultés	2	2	67%

Cette attente arrive tout de suite après la transversalité. Le DS est garant de cette qualité et de la sécurité des soins. « *La vision stratégique, [...] et la capacité à faire partager un projet et à motiver les équipes sont aujourd'hui des valeurs importantes pour tout manager afin de mener à bien ses missions.* » (cf. p : 6) Cette vision du management de la qualité renforce la notion de transversalité. La notion d'alerte très importante pour deux DS sur les trois, est en lien avec la garantie de qualité et de sécurité des soins. Elle est par contre d'apparition récente dans ces termes là.

#### Encadré 10 : Appropriation de leur fonction et performance

Attentes DS pour 3 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Appropriation de leur fonction	1	3	100%
Performance pour évoluer dans la fonction	2	2	67%

Très au fait de la nouvelle gouvernance et les évolutions organisationnelles qui s'y rattachent, les directeurs des soins ont la volonté de faire réussir le transfert de compétences opérationnelles dans la gestion des pôles.

Ils sont conscients de la portée stratégique de leur rôle pour être en même temps les accompagnants de ce transfert, de cette nouvelle donne organisationnelle et en même temps le garant de la déclinaison des orientations du directoire dont il est membre, et des orientations de la direction générale.

Ils soulignent également que leur place clé, au carrefour des trois logiques hospitalières, leur donne une vision globale. Leurs actions sont donc très en lien avec la communauté médicale d'une part et les directions fonctionnelles d'autre part. Ils considèrent ceci comme un facteur favorisant pour l'encadrement dans leur développement de compétences et de capacités pour appréhender ces grands changements. Le lien avec l'analyse des éléments précédents place donc les directeurs des soins dans une position privilégiée pour lever la sidération et remettre en marche l'ensemble des cadres soignants.

#### Encadré 11 : Attentes spécifiques des DS

Attentes DS pour 3 répondants	Rang de réponse	Nombre d'occurrences	Proportion
Loyauté	1	3	100%
Exemplarité	2	2	67%

Apparaissant pour la première fois à ce stade de notre travail, il nous a paru important de donner leur définition dans le contexte étudié (cf. glossaire). En effet, cette attente est fondamentale et évidente pour les directeurs des soins. Cependant, les liens établis avec l'état de sidération, la déstructuration des repères professionnels, exposés ci-dessus, vont à l'encontre d'une telle attente. En effet, comment exiger loyauté et exemplarité quand le sens de l'appartenance à l'institution s'étiolle de façon importante ?

La réponse à cette attente fait appel à la notion du rôle dont nous avons vu qu'elle était très hétérogène.

La phase de diagnostic, objet de notre étude, a révélé des éléments orientant les axes de construction du projet managérial. Les attentes décrites par les acteurs de la ligne managériale de la direction des soins viennent compléter ces orientations. Le positionnement de l'encadrement vis à vis des caractéristiques de la fonction managériale détermine les priorités d'action.

Les directeurs des soins, de part l'intérêt qu'ils ont porté au thème de notre travail et leur implication managériale au quotidien, confirment la nécessité de mettre en place un projet d'envergure.

L'ensemble de ces éléments permet ainsi de considérer que le projet managérial est, pour le directeur des soins, un élément stratégique de l'accompagnement des cadres de santé, face aux exigences du contexte hospitalier actuel.

Dès lors, il s'agit de mettre en lien, de façon stratégique et opérationnelle, une triangulation du projet managérial autour des trois axes qui le constituent, pour nous et dans ce contexte d'étude:

Renforcer le sentiment d'appartenance

Améliorer l'aide à la prise de décision

Répondre aux attentes communes et spécifiques des trois acteurs de la ligne managériale de la direction des soins.

La troisième partie de notre travail se propose de développer ces trois axes et leurs actions opérationnelles.

### **3 Construire, formaliser et déployer un projet managérial**

La mise en place de la nouvelle gouvernance a fait émerger des modes de fonctionnement nouveaux, plus proche du terrain pour les pôles et plus transversal pour les directeurs des soins, véritable « *chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé.*» (cf. page : 17)

La mise en place du projet managérial du directeur des soins s'inscrit dans une dynamique institutionnelle de politique de management. Les trois niveaux d'acceptation d'un projet sont le niveau de direction générale, directoire et commission médicale d'établissement (CME), le niveau des directions adjointes (notamment direction des ressources humaines et direction qualité) et le niveau de l'encadrement de pôle et de proximité à qui est plus particulièrement destiné ce projet.

L'absolue nécessité de mettre avant tout en relation ces trois niveaux est un gage de réussite pour le directeur des soins.

Basé sur les éléments du diagnostic, du contexte et des concepts, les axes qui constituent le projet managérial sont étroitement imbriqués et ne se conçoivent que dans un contexte partagé avec la communauté médicale et les directions fonctionnelles de l'établissement. Ainsi, chacune des actions décrites ici est à construire en partenariat avec ces acteurs privilégiés.

#### **3.1 Renforcer la professionnalisation**

Ce premier axe de formalisation du projet managérial comprend trois actions qui permettent la prescription du travail et en créent les conditions. Elles permettent de poser les bases de la structuration du projet managérial.

##### **3.1.1 Ajuster les fiches de poste**

Si les fiches de poste s'appuient sur le code du travail pour leur caractère réglementaire, elles relèvent de l'organisation interne des établissements de santé. Les fiches de poste décrivent les missions et les activités qui incombent à un agent en situation professionnelle dans la structure. Il s'agit ici de considérer leur ajustement au nouvel environnement dans lequel elles s'inscrivent.

Premier élément de signe d'appartenance à l'institution, il convient donc, pour le directeur des soins de les travailler de façon conjointe avec les pôles. En effet, elles présentent avant tout l'intérêt d'être un document contractuel entre un cadre, la chefferie de pôle et le directeur des soins.

D'une part, elles nécessiteront l'intégration des nouvelles répartitions de responsabilité suite à la mise en place des pôles et d'autre part, elles devront intégrer un niveau de compétences allant du requis pour le poste à souhaitable, voire exigible pour un niveau d'expertise. Ainsi, les marches de progression des cadres sont identifiées dans leur globalité.

Le répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière sert de base à cette construction intégrée. Les spécificités du pôle s'articulent avec les orientations institutionnelles, pour créer un document référence pour chaque cadre.

Une rubrique importante de ces fiches de poste est notamment le positionnement de chaque acteur de la ligne managériale de la direction des soins. En effet, la connaissance du « qui fait quoi », mais également la définition des liens entre les acteurs est un prérequis indispensable à toute action. L'ensemble de ces liens permettra de construire l'organigramme de la direction des soins ; organigramme partagé et validé par tous.

### **3.1.2 Réaliser une cartographie des compétences attendues de l'encadrement**

En lien avec l'ajustement des fiches de poste et basé sur l'analyse des activités, la cartographie des compétences apparaît également comme un signe fort d'appartenance à l'établissement de santé. Elle constitue un outil de développement identitaire et de valorisation tant individuelle que collective.

La cartographie des compétences se construit selon deux entrées possibles :

- En partant des référentiels d'activités et de compétences des cadres de santé, élaborés dans le cadre de des travaux de réingénierie du diplôme cadre de santé, par la Direction Générale de l'Offre de Soins<sup>83</sup>.
- En partant de l'étude de situations managériales prévalentes communes à l'ensemble des unités du pôle, voire de l'institution. Ces situations sont issues des activités des cadres, quelque soit le niveau de responsabilité.

Quelque soit la porte d'entrée pour l'élaboration de cette cartographie, les deux approches ont nécessairement un point de convergence. En effet, la traduction des activités et des compétences s'exprime dans les situations managériales rencontrées sur le terrain et inversement, l'analyse de ces situations s'appuie sur les référentiels. De plus, la cartographie des compétences matérialise l'image des connaissances, des activités, des besoins en caractéristiques de management, dans un objectif de complémentarité des expériences, de développement professionnel et d'appartenance institutionnelle.

---

<sup>83</sup> DGOS, Diplôme cadre de santé, Référentiel des activités et des compétences des cadres, document de travail, décembre 2012

En lien avec les activités métiers, elle permet de travailler sur des caractéristiques communes à l'institution et spécifiques au pôle d'activité.

L'intérêt de cette action réside dans la construction d'une démarche de positionnement des cadres dans l'institution. De même, cette cartographie rend visible les interactions entre les individus et le groupe, ce qui constitue également un renforcement du sentiment d'appartenance.

### **3.1.3 Créer un répertoire de situations managériales prévalentes de l'établissement**

Afin de matérialiser le lien entre les fiches de postes, la cartographie des compétences, et les référentiels d'activités et de compétences, nous envisageons la création d'un répertoire de situations managériales rencontrées au quotidien par les cadres. Outil pragmatique de développement professionnel, ce répertoire se construit dans l'esprit du référentiel d'activités du cadre de santé, lors des ateliers d'analyse de pratiques.

Divisé en sept chapitres (sept domaines d'activités), celui-ci s'élabore sous forme de fiches techniques décrivant la situation managériale rencontrée.

Il permet de décrire simplement la situation, de rassembler les ressources nécessaires à son analyse et de présenter des pistes d'actions. Véritable banque de données s'alimentant au fur et à mesure, l'objectif de ce répertoire est de permettre aux cadres d'orienter leur décision, d'adapter leur posture managériale en fonction de la situation rencontrée.

La construction de ce répertoire est un moment de partage d'expérience important. Il constitue un élément fort de fédération de la ligne managériale de l'encadrement et peut s'intégrer dans une action d'accompagnement des professionnels, comme nous le verrons ci-après.

## **3.2 Cultiver la cohérence**

En complément du premier axe du projet managérial, le travail sur les attentes et les besoins exprimés, élément de mise en cohérence, lors de notre étude permet de mettre en place deux actions : structurer l'accompagnement, favoriser l'appropriation du contexte.

### **3.2.1 Structurer l'accompagnement**

L'accompagnement est l'attente commune des acteurs de la direction des soins. C'est également celle qui s'est le plus fortement exprimée. Il convient donc de mettre en place des actions tant individuelles que collectives pour structurer les différents niveaux d'accompagnement et permettre à chacun d'occuper la place qui lui revient.

De plus, cet accompagnement favorisera le développement d'une vision globale, porteuse de sens. Il développera également la cohérence du groupe.

De façon collective, en tant que directeur des soins ayant une vision stratégique et transversale nous articulons cet accompagnement entre les différents niveaux d'encadrement de la façon suivante :

#### Réunions destinées à l'ensemble de l'encadrement soignant :

Organisées de façon mensuelle, elles permettent la diffusion d'informations institutionnelles et spécifiques à la direction des soins. L'approche transversale permet de répondre aux interrogations et suscite des échanges nombreux.

De la même manière, des temps de rencontre sur un thème contextuel ou d'actualité institutionnelle permettent l'apport didactique de concepts, d'éléments de compréhension du contexte. Ces temps formalisés peuvent être organisés dans le cadre du plan de formation institutionnel. Ils peuvent également être déclinés dans le cadre de journées spécifiques animées par la direction des soins.

Cela implique la création d'un comité d'organisation, comprenant des cadres, des cadres supérieurs et le directeur des soins. Les thèmes abordés au cours de ces journées sont alors recensés, proposés, travaillés par l'ensemble des cadres soit au sein d'un pôle, soit en inter pôle en fonction des sujets retenus.

#### Réunions avec les cadres de pôle :

Le directeur des soins, toujours dans une optique de transversalité, organise des temps spécifiques de travail avec les cadres de pôle.

L'objectif est d'aborder les points techniques de fonctionnement des pôles, de déterminer en équipe les orientations, les éventuelles décisions à prendre.

Les échanges et les confrontations des avis, lors de ces réunions, permettent l'apprentissage collectif donnant du sens aux actions et aux projets.

#### Temps de rencontre encadrement du pôle et directeur des soins:

Pour faire le lien entre les réunions institutionnelles et les projets de pôle, le directeur des soins participe à des rencontres de pôle (réunion d'encadrement de pôle, bureau de pôle).

L'objectif est alors de réaliser un bilan du projet de pôle d'un côté et du projet de soins institutionnel d'autre part. Les regards croisés induisent également un changement de posture pour l'encadrement.

### Préparation des instances :

Afin de maintenir la cohérence de l'encadrement dans le dialogue social, le directeur des soins prépare avec les cadres de pôle les dossiers à présenter en instances (Comité Technique d'établissement, Commission Médicale d'Etablissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique). Les cadres de pôle en font de même avec les cadres de leurs unités.

L'information ainsi travaillée permet une meilleure compréhension des enjeux et du contexte. Les dossiers peuvent également être présentés aux instances par les cadres de pôle concernés, au côté et en association avec le directeur des soins.

### Ateliers d'analyse de pratiques managériales

Nous considérons comme fondamentale ce type de rencontres entre tous les cadres. Cette approche différente des situations managériales permet aux cadres de sortir du quotidien et de prendre du recul vis à vis de situations managériales complexes. Ces ateliers sont pilotés par le directeur des soins et animés de la même manière que les journées thématiques, soit par un intervenant extérieur (atelier tous pôles confondus), soit par des cadres formés à l'analyse de pratiques et identifiés pour chaque atelier (atelier par pôle, l'animateur est un cadre d'un autre pôle ou en mission transversale).

Cela permet la libération de la parole et favorise la co-construction d'une identité professionnelle nouvelle, par l'apprentissage collectif et les échanges qui se mettent en place.

Favorisant la mise à distance et l'approche réflexive des analyses de situations, ces ateliers sont une opportunité, pour les cadres, de repérer les problématiques et les situations managériales. Celles-ci viendront alimenter le répertoire des situations managériales prévalentes.

Le caractère obligatoire est la condition de réussite lors de la mise en place de ces ateliers. Cependant, le choix des situations exposées est laissé au volontariat des participants. Gageant sur l'effet positif, sur la transmission de la qualité des échanges et le retour des volontaires à leurs collègues, le bénéfice du changement de vision sur les situations permettra l'irrigation de la méthode.

### Mise en place des actions de formation innovantes

Afin de permettre aux cadres de renforcer leur positionnement managérial et de répondre aux différentes attentes qui se sont exprimées, la formation dans une dimension pragmatique peut être un moyen efficace valorisant en même temps le parcours professionnel.



Trois actions peuvent être proposées :

- Dédier un volume d'heures d'accompagnement individuel par an, réalisé dans ou hors les murs de l'hôpital. Le thème de l'accompagnement est en lien soit avec une problématique rencontrée et difficile à gérer, soit dans la perspective d'un dossier à conduire. Ces heures représentent un capital personnel de temps, utilisable avec un intervenant extérieur ou dans le cadre d'une formation institutionnelle, « à la carte ».
- Construire un parcours managérial de formation, par module, organisés sur deux ou trois ans, afin de mettre à niveau ou renforcer les techniques managériales « de base » (conduite de réunion, gestion des conflits par exemple) et les connaissances réglementaires qui peuvent impacter l'exercice professionnel des cadres de santé (code des marchés publics, principes de délégation de gestion, par exemple). En effet, le maintien et le développement des connaissances sont un élément important et obligatoire pour les cadres de santé. Ce parcours managérial se construit soit dans le cadre du projet de pôle, s'il est face à un besoin particulier, soit au niveau institutionnel, dans le cadre d'une action du projet de soins.
- Transférer les compétences acquises au cours des deux premières actions dans un « portefeuille » qui permet à un moment du parcours professionnel de les faire reconnaître pour accéder à une formation diplômante, par exemple.

Allié de cet accompagnement individuel et collectif, le directeur des soins met en place des temps de rencontre individuelle, pour l'ensemble des cadres, à leur demande ou la demande du DS. Ces temps d'accompagnement personnalisés viennent compléter le dispositif et peuvent s'inscrire dans plusieurs dimensions : prise de fonction, réunion de régulation, résolution de difficultés ponctuelles, développement professionnel, suivi de projet ou mission spécifique.

### **3.2.2 Favoriser la compréhension du contexte**

La communication institutionnelle est un élément important dans la compréhension du contexte. Les temps de rencontre, formalisés ci-dessus, sont aussi des temps de partage avec l'ensemble de la direction pour assurer la connaissance, la compréhension et la lisibilité des enjeux des établissements.

Ces rencontres associent également tous les cadres de l'établissement pour créer une dynamique commune. Elles viennent en complément des réunions strictement soignantes et participe à l'évolution des postures des cadres.

Ces temps de communication s'accompagnent de la mise à disposition des outils de pilotage pour l'ensemble des cadres. Ces outils sont de plusieurs ordres et constituent un élément de base pour le management des cadres.

Tout d'abord, les outils de suivi d'activité qui sont les « baromètres » du pilotage des pôles. Le décryptage de leur contenu, la façon dont ils sont construits, leur pertinence dans la lecture des résultats éclairent les cadres dans la compréhension des résultats d'activité des pôles. Cependant, pour qu'ils puissent jouer ce rôle, il est nécessaire que tous les cadres aient le même degré de compréhension. C'est au cours des temps de rencontre formalisés que peut s'organiser un atelier sur les tableaux de bord.

Ensuite, les indicateurs qualité sont des éléments indispensables au pilotage des pôles. Ils sont la traduction de l'efficacité des actions de soins dans les pôles. De la même façon que les tableaux de bord, les cadres doivent s'approprier leur compréhension et les enjeux qui s'y rattachent.

Pour compléter ces deux types d'indicateur, le directeur des soins met en place des outils d'évaluation de la charge en soins. La mise en place de tels outils est en soi, un projet au sein du projet managérial. Cependant, la mise en lumière du travail réalisé par les équipes soignantes et leur cadre est un atout pour la lisibilité, la cohérence et la compréhension des situations.

Le rapport d'activité de la direction des soins est un élément de compréhension du contexte, mais aussi un élément de valorisation du travail des équipes et de leur encadrement. Tout comme les outils d'évaluation des soins, il met en lumière le travail visible et invisible des équipes. Il rend compte des actions à mener, des réalisations effectuées et en permet l'évaluation régulière. Cependant, sa construction s'attache à ne pas être redondante avec des tableaux de bord connus par ailleurs. Il les complète par des éléments spécifiques aux activités de soins, par des actions remarquables réalisées au cours de l'année.

Enfin, le projet de soin infirmiers, de rééducation et médico-techniques, élément socle du projet d'établissement, est aussi un point clé d'appropriation et de lisibilité du contexte. Il allie les orientations stratégiques du projet médical à ses propres axes de développement. Il est un « *support opérationnel clarifiant les attentes de chacun et facilitant les échanges.* »<sup>84</sup>

Cet axe du projet de soins est un axe important du projet managérial, car il permet de donner aux cadres des éléments de positionnement qui va leur permettre de changer de posture managériale face à la décision.

---

<sup>84</sup> Agence Régionale de Santé, Île de France, *Guide du projet de soins*, 2013, Paris, p : 3  
Brigitte FRANZI - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2013

### **3.3 Développer l'aide à la décision**

S'appuyant sur les deux premiers axes du projet, le développement de l'aide à la décision constitue également un enjeu important pour le développement des pratiques managériales et le positionnement de la ligne managériale de la direction des soins. Il constitue le troisième axe de la triangulation du projet managérial.

#### **3.3.1 Favoriser la convergence médico-soignante**

Nous entendons par convergence médico-soignante, l'intégration de deux logiques d'organisation (médicale et non médicale) qui permet une prise en charge adaptée et sécurisée des patients. Pour sa mise en place, il est nécessaire que le président de la CME et le directeur des soins collaborent sur la définition des actions à mener et définissent ensemble une méthodologie de travail, en accord avec le directeur de l'établissement et validée par le directoire. Le caractère partenarial du projet managérial de la direction des soins est ainsi renforcé. Cette convergence se situe à deux échelons différents.

Tout d'abord, au niveau des pôles, dans les unités de soins, il s'agit de construire un maillage professionnel qui intègre les différentes logiques de fonctionnement et qui les respecte. L'équilibre de cette intégration est un gage de réussite de cette action. Le décryptage des organisations temporelles des journées permet de mettre en avant que le temps des uns n'est pas le temps des autres. L'identification des interfaces, des zones d'incertitude ou de vide qui créent de la turbulence est ainsi possible.

A partir de là, le directeur des soins travaille avec ses collaborateurs à la proposition d'aménagement des organisations de soins, par pôle, qui prend en compte ces contraintes. L'organisation se structure autour des processus de soins et se construit conjointement avec la communauté médicale. La validation institutionnelle de ces organisations conduit les cadres à être forces de propositions car ce sont les repères métiers qui sont ainsi mis en avant dans ce maillage.

Le cadre de pôle et le chef de pôle sont les pilotes de ces actions, respectivement pour la direction des soins et la communauté médicale.

Le contexte partagé construit par cette action milite en faveur d'un changement de posture attendu des cadres dans le projet managérial. L'intégration des deux organisations recentre les objectifs et montre la voie de la cohérence.

Au niveau institutionnel, le développement de l'aide à la prise de décision s'inscrit dans l'association de l'encadrement aux différentes politiques institutionnelles. L'association à la construction des projets, d'établissement ou de pôle est le premier niveau de cette association. La participation aux commissions institutionnelles (schéma directeur informatique, par exemple) et aux commissions issues de la CME (Commission Evaluation des Pratiques Professionnelles, Qualité) est le second niveau.

Par leur vision métier, leur connaissance fine des organisations des unités, des parcours de soins des patients, ils ont une véritable valeur ajoutée. Par leur niveau de connaissance, de compréhension du contexte et des enjeux des établissements, par leur positionnement affirmé du fait d'une professionnalisation effective, les cadres sont en capacité de se positionner et de participer à l'élaboration des projets, à la mise en place des PRE, à l'optimisation des ressources. Les cadres de pôle amènent une vision transversale, construite avec leurs équipes. Ils peuvent participer à une réflexion stratégique concernant les enjeux de l'établissement. Cela leur permet de décliner auprès des cadres de leur pôle, de façon opérationnelle les orientations institutionnelles et de construire avec eux des organisations nouvelles.

Le changement de posture s'opère conjointement entre les cadres de pôle qui attendent des propositions nouvelles de la part des cadres des unités et les cadres des unités qui attendent des orientations, des objectifs de travail. La place occupée par chacun d'eux est alors porteuse de sens et leurs actions s'inscrivent dans le contexte institutionnel, répondant de fait à l'attente de loyauté et d'exemplarité du directeur des soins.

### **3.3.2 Développer la culture de l'évaluation**

L'ensemble des actions que nous venons de décrire participe également au développement de la culture de l'évaluation. Élément incontournable de la gestion hospitalière aujourd'hui, les cadres doivent considérer l'évaluation comme élément de management au même titre que leur planning. Pour cela, le changement de vision de l'évaluation comme une menace doit s'opérer pour évoluer vers une vision d'opportunité de changement. La maîtrise des outils que sont les tableaux de bord et les indicateurs est la première pierre à l'édifice de ce changement de culture. La participation des cadres aux commissions (Qualité, EPP, Comité de Retour d'Expériences et Revue de Mortalité et de Morbidité, gestion des risques, par exemple) participe aussi à cette évolution.

L'intégration des équipes aux différentes évaluations qui se déroulent tout au long de l'année permet aux cadres de se rendre compte de l'importance et du sens de l'évaluation. Des retours commentés, pendant les temps d'échange formalisés ou lors de temps spécifiques, participent également à cette appropriation.

La collaboration avec le directeur qualité et les médecins référents des différentes commissions est indispensable à cette évolution. L'enjeu pour le directeur des soins est d'apprendre aux cadres à organiser, superviser et à rendre compte des actions d'évaluation. La politique des EPP est l'outil privilégié pour eux dans cet apprentissage qui est aussi bien collectif qu'individuel.

De la même façon, le suivi de l'amélioration des pratiques professionnelles, allié à leur association dans les projets et le traitement des contraintes, permet aux cadres de se projeter dans des organisations où la bonne compétence sera en face de la bonne situation au bon moment. Ainsi, comme le préconise la HAS, la qualité irriguera les organisations.

### **3.4 Quelques éléments de faisabilité**

Nous considérons que le projet managérial est un tout qui s'inscrit dans la temporalité du projet. Il associe des actions s'inscrivant dans le temps circulaire et d'autres dans le temps linéaire d'un projet.

Cependant, nous estimons que s'il s'inscrit dans une démarche globale, la notion de clôture n'existe pas dans le projet managérial. Chacune des actions qui le constitue représente un projet à part entière, selon les définitions posées en partie 1. Cela représente un point de vigilance important car il faut allier un travail sur le long terme, mêlé à un travail sur le court et moyen terme. L'essoufflement des acteurs est un risque qu'il faut prendre en considération lors de sa mise en œuvre.

Nous proposons donc de mettre en place quatre mesures de déploiement pour limiter cet essoufflement :

- Constitution d'un comité de pilotage du projet managérial de la direction des soins autour du directeur des soins, pilote du projet. Ce comité est composé de cadres de pôle et de cadres de santé, si possible en parité. Un référent de la communauté médicale est associé au comité de pilotage, pour faire le lien et suivre les actions. Le rôle du comité de pilotage est d'organiser la mise en œuvre des actions, de suivre le déploiement du projet, l'avancée de ses actions, de valider des orientations proposées. Pour chaque action, une équipe projet est constituée avec un animateur, membre du comité de pilotage. Le directeur des soins effectue des comptes rendus réguliers à l'équipe de direction.
- Formalisation écrite du projet qui inscrit les fondements, l'intégration à la politique managériale de l'établissement et au projet de soins, ainsi que les actions à mener. Une validation institutionnelle du document actera sa mise en œuvre et le positionnera comme document de référence pour la ligne managériale de la direction des soins.

- Priorisation des actions, en comité de pilotage, en fonction du contexte de l'établissement. Cette priorisation donne de la lisibilité et de la transparence dans le déroulement du projet managérial. Ainsi chacun peut s'inscrire dans une temporalité et se projeter dans les actions.
- Evaluation de la mise en place du projet managérial dans sa globalité et de chacune des actions. Cette évaluation rejoint le troisième axe du projet managérial : développer la culture de l'évaluation. Elle est réalisée avec la collaboration de la direction qualité et s'inscrit dans le programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces mesures participent elles mêmes au projet managérial, par l'association des cadres au comité de pilotage. Sens de l'appartenance, décision, accompagnement se réunissent ainsi au cœur du dispositif.

## Conclusion

« *Renouveler la vision que les cadres ont de l'organisation et, de ce fait, la vision sur la manière de la conduire et pour eux de s'y conduire* »<sup>85</sup> est le sens que nous avons voulu donné au projet managérial, tout au long de ce travail, pour tenter de répondre à notre question de départ : le projet managérial est-il, pour le directeur des soins, un élément stratégique d'accompagnement de l'encadrement, face aux exigences du contexte hospitalier actuel ?

Notre réflexion part des trois faisceaux de convergence pour l'élaboration d'un projet managérial, que sont la réglementation, les politiques qualité et les différents rapports ministériels. Le projet, dispositif porteur de sens, structure l'action du directeur des soins, dans la déclinaison de ses actions. Les apprentissages collectifs et individuels que génère un projet construit le sens et la vision commune de l'objectif à atteindre. Le rapport au temps, dans le contexte qui nous occupe aujourd'hui a évolué pour planifier, fragmenter, parfois à l'extrême, créant un sentiment de cloisonnement. La disparition des normes qui ont fait de l'hôpital ce qu'il était avant 2005, crée un état de sidération et de désarroi dans l'encadrement. Le projet apparaît comme un moyen de lever cette sidération en incluant de nouveaux repères et de nouvelles manières de voir le management. A travers la performance, notion nouvelle à l'hôpital, le management devient stratégique, demandant à l'encadrement un positionnement nouveau. Comme le projet, le management est porteur de sens dans la mesure où il accompagne des changements profonds dans les organisations mais également dans le positionnement de ceux qui portent le changement. Le management devient un art d'explication, incluant les dimensions du durable et du responsable. Dans le nouveau paysage hospitalier, le directeur des soins voit ses missions évoluées, elles aussi. Il se doit de mettre en place un management adapté pour construire avec l'encadrement, de nouveaux repères professionnels.

Cette réflexion nous a conduit à réaliser un diagnostic sur les caractéristiques de la fonction managériale, sur les attentes et les besoins des acteurs, sur le positionnement vis à vis de leur rôle aujourd'hui. Ces trois éléments constituent le socle de l'élaboration du projet managérial.

Le grand nombre de réponses a permis de faire émerger trois problématiques principales, parfois en contradiction avec la littérature et les représentations exprimées dans les rapports concernant l'encadrement et parfois les confirmant. **Le sens de l'appartenance** est la première caractéristique de la fonction managériale qui apparaît comme faisant défaut.

---

<sup>85</sup> HEES M, « *Le Management à l'Hôpital, Science, Art, Magie ?* », 2<sup>ème</sup> édition, 2010, Editions Séli Arslan, Paris, p : 9

L'exploration théorique de notre travail montre que ce résultat est d'une part en lien avec les constats et d'autre part en opposition avec les représentations du positionnement attendu de l'encadrement. **Le rapport à la décision** est le deuxième élément qui conduit à s'interroger. Si nous pouvons lire et entendre que les cadres souhaitent être associés aux décisions, qu'il faut les y associer, que la place de l'évaluation est fondamentale pour le management des unités, la réalité exprimée est tout autre. La place du processus de décision et d'évaluation n'est pas acquise et cela est en corrélation avec un sens de l'appartenance défailant. Enfin, les attentes exprimées par les cadres et les directeurs de soins, si elles se rejoignent parfois, semblent se juxtaposer pour certaines d'entre elles. **Le sens** est absent, ce qui crée cette impression d'attente. Les repères sont perdus. C'est bien là, l'intérêt pour le directeur des soins d'élaborer un projet managérial.

Le projet managérial s'inscrit, pour nous, en réponse à ces problématiques et s'accompagne de mesures de mise en œuvre. Il pose les bases d'un travail commun, s'inscrivant dans le temps. Il devient facteur émergent de nouvelles postures managériales pour tous les acteurs de la direction des soins.

Au terme de ce travail, nous pouvons donc affirmer que le projet managérial du directeur de soins est un élément fondamental dans **l'accompagnement de l'encadrement**. Cependant, s'il est structurant d'un fonctionnement, il est indispensable de l'inscrire dans une globalité institutionnelle. Il s'intègre aux autres projets institutionnels, desquels il s'inspire et se nourrit pour renforcer cette appartenance dont l'hôpital a besoin. Il inclut les professionnels de la direction des soins qui travaillent en mission transversale, en fonction support pour les pôles.

La prise de fonction est un moment privilégié dans la mise du projet managérial du directeur des soins. Il affirme son positionnement institutionnel et crée les liens indispensables pour construire et innover.

De même, la recomposition de l'offre de soins au niveau territorial est un élément d'extension du projet managérial. Par un travail en commun avec les directeurs de soins du territoire, les fondamentaux structurant le projet managérial prendront une dimension encore plus stratégiques.



---

# Glossaire

---

<b>Changement</b>	Concept de gestion couvrant l'ensemble des mécanismes et des actions permettant de transformer la société, les entreprises et les personnes pour les adapter aux réactions des évolutions de l'environnement.
<b>Communication</b>	Ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, respiration...).
<b>Comportement</b>	Manière d'être, d'agir ou de réagir des êtres humains, d'un groupe.
<b>Exemplarité</b>	Caractère de ce qui peut servir d'exemple par sa conduite, qui peut être cité par sa rigueur.
<b>Loyauté</b>	Qualité, caractère de quelqu'un, de quelque chose qui est honnête, loyal.
<b>Motivation</b>	Raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action.
<b>Objectif</b>	But, résultat vers lequel tend l'action de quelqu'un, d'un groupe
<b>Rôle</b>	Ensemble de norme et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu, du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe.
<b>Sens de l'appartenance</b>	Raison d'être, valeur, finalité de ce qui le justifie et l'explique. Capacité d'un individu de pouvoir appartenir à un groupe, à un ensemble à laquelle s'ajoute le désir de collaborer au travail d'équipe et d'en promouvoir le succès.
<b>Système</b>	Ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but.

Glossaire réalisé à partir de :

Site internet du Dictionnaire LAROUSSE, <http://www.larousse.fr/dictionnaires>

BOURGEON D. (responsable de publication) / éd. 2012, *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, Une position difficile entre soins et management*, Paris : Lamarre, 328 p.

---

## Sources et Bibliographie

---

ALTER N. 2010, *L'innovation ordinaire*, Paris : Presses Universitaires de France, 284 p.

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, 2006, *L'organisation et le management par projet*, Paris : réseau ANACT éditions, pp. 1-20.

AUBERT N., GRUERE J-P., JABES J. et al. 2010, *Management, aspects humains et organisationnels*, 9<sup>ème</sup> édition, Paris : Presses Universitaires de France, pp. 9-41.

BERGERE J-M. CHASSARD Y. /éd., 2013, *A quoi servent les cadres ?* Paris : Éditions Odile Jacob, 214 p.

BONNET R. et J., 2006, *Du manager novice au manager expert, quête de sens et parcours de professionnalisation*, Paris : Editions LAVOISIER, 186 p.

BOURGEON D. (responsable de publication) / éd. 2012, *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, Une position difficile entre soins et management*, Paris : Lamarre, 328 p.

BOURRET P. 2011, *Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris : Seli Arslan, 288 p.

BOUTINET J-P. 2012, *Anthropologie du projet*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Presses Universitaires de France, 397 p.

EHESP, Direction des études, Filière directeurs des soins, 2013, *Projet de formation initial des élèves directeurs des soins*, Rennes : EHESP, 65p.

GENELOT D. 2011, *Manager dans la complexité, Réflexion à l'usage des dirigeants*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris : INSEP Consulting éditions, 371 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2011, *Manuel de certification V2010, révisé 2011*, Saint Denis : HAS éditions, 111p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, janvier 2005, « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé », Saint Denis : HAS éditions, 40 p.

HEES M. 2010, *Le management à l'hôpital, Science, Magie, Art ?* Paris : Éditions Séli Arslan, 186 p.

MINTZBERG H. 2011, *Manager, Ce que font vraiment les managers*, Paris: Vuibert, 350 p.

NOBRE T., LAMBERT P. (sous la direction de), 2012, *Le management des pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis*, Paris : Dunod, 305 p.

QUEYROUX C. 2011, *L'Anti Management Hospitalier, Endémie à Santos Aspasis*, Rennes : Presses de l'EHESP, 157 p.

SCHMIDT G. (responsable de publication) /éd., 2008, *Le Management, fondements et renouvellements*, Paris : Sciences Humaines, 360 p.

### **Articles, Revues**

BARTHES R. mars 2010, « Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ? », *Santé RH*, pp : 13-19.

BITAUD J-R. février 2013, « Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain », *Soins cadres n° 85*, pp. 23-27.

BOUTINET J-P. août 2013, « En quoi un projet peut-il faire sens ? », *Soins cadres n° 87*, pp. 16-18.

COULON, R. juin 2011 « Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion » *Cahier du FARGO n° 1110604*, pp : 1-15.

DIVAY, S. GADEA, C. 2008. « Les cadres de santé face à la logique managériale. L'encadrement à l'épreuve du management public » *Revue française d'administration publique n°128*, p.677-687.

LENOIR-SALFATI M. DARDEL A. MONNIER I. mars-avril 2013, « Travaux de réingénierie de la formation cadres de santé », *Revue hospitalières de France n°551*, pp. 22-25.

MINVIELLE E. mars 2012, « Performance hospitalière, rappel de quelques principes théoriques », *Gestion hospitalières n°514*, pp. 172-173.

MINVIELLE, E. mars 2012 « Performance hospitalière: Du triple A à la pause déjeuner », *Gestions hospitalières n°514*, p171.

NICOLET M. mai 2013, « Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveaux types de management », *Soins Cadres n°86*, pp. 39-42.

OLLIVIER, R. octobre 2011 « La part du management dans les transformations des organisations de santé », *Cahiers hospitaliers n°282*, pp. 5-7.

PRUVOT N. mai 2013, « La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », *Soins Cadres n°86*, pp. 43-46.

ROUSSELY B. août 2013, « Analyse de pratiques et sens au travail », *Soins cadres n° 87*, pp. 36-39.

SCHWEYER F-X. mars-avril 2013, « De quelques évolutions de l'hôpital et de leurs effets sur les cadres de santé », *Revue hospitalières de France n°551*, pp. 16-20.

THEVENET M. février 2013, « Vers un management durable », *Soins cadres n° 85*, pp. 15-17.

### **Thèse, Mémoire**

DELASTRE L, 2012, « Conflit de rôle des cadres de santé à l'hôpital : réflexion pour une amélioration de l'unité et de la performance managériale, le cas du CHU de Rennes », mémoire de directeur d'hôpital, EHESP, (visité en juin 2013), disponible sur internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/edh/delastre.pdf>

MORIN E. 2006 *Donner un sens au travail* (en ligne), Santé mentale et engagement organisationnel, Santé psychologique, Rapport R-543, Études et recherches HEC Montréal (visité en 2011 et en juillet 2013), disponible sur internet : [www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-543.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-543.pdf)

REINHARDT S. mars 2011, « Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ? » Thèse pour le Doctorat de sociologie : Université Paris 8.

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

DETCHESSAHAR M. « Santé au travail, quand le management n'est pas le problème...mais la solution ? », in Actes du séminaire « *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé* », HAS, 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis.

HAS, juillet 2013 « Orientation de la V2014, un dispositif au service de la démarche qualité et gestion des risques dans les établissements de santé », Nantes.

SCHWEYER F-X. février 2013 « Innovation et management », formation des élèves directeurs des soins, Rennes : EHESP

MARIN P. janvier 2013, « Le dispositif Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), quelles perspectives à 10 ans autour de trois scénarii possibles », Rennes : EHESP

### **Textes réglementaires**

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

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

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

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

### **Rapports**

DGOS – Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 2011.

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-sur-la-modernisation-de-la-politique-des-ressources-humaines-dans-les-etablissements-publics-de-sante,7789.html>

DGOS – Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009.

<http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>

IGAS – Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? 2010.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf>

IGAS – L'hôpital, 2012

[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L\\_hopital\\_-\\_Rapport\\_IGAS\\_2012.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf)

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales– Pacte de Confiance pour l'Hôpital présenté par Edouard COUTY, 2013.

<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html>

### **Sites Internet**

<http://www.sante.gouv.fr/la-modernisation-de-la-gestion-interne-des-hopitaux-publics.html>

(visité en mars, juin, septembre 2013)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> (visité en avril et octobre 2013)

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>

(visité en mars et septembre 2013)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 :

Notice explicative et grille de recueil d'informations destinées aux cadres de santé et aux cadres supérieurs de pôle

Annexe 2 :

Grille d'entretien des directeurs des soins

Annexe 3 :

Table de la signalétique démographique des répondants répartition par catégorie professionnelle des répondants

Annexe 4 :

Graphique comparatif CS/CSP du pourcentage d'appropriation des items de la fonction managériale

Tableau de la distribution des items des caractéristiques de la fonction managériale

Tableau de la distribution des items des caractéristiques de la fonction managériale.

Comparatif CS/CSP

Annexe 5 :

Tableau des axes du guide du management de la HAS

Classification des motivations pour devenir cadre de santé

Annexe 6 :

Tableau des principales attentes communes CS/CSP, spécifiques CS, spécifiques CSP

Tableau des attentes des directeurs des soins

Tableau des principaux besoins exprimés par les CS et les CSP

**ANNEXE 1 :**

Notice explicative et grille de recueil d'informations destinées aux cadres de santé et aux cadres supérieurs de pôle

Brigitte FRANZI  
Elève Directeur des Soins  
Promotion 2013

**Enquête sur les caractéristiques de la fonction managériale**

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

Mon mémoire a pour thème :

« Le projet managérial du directeur des soins,  
un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement »

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

**Réalisation de l'enquête**

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

**• Le questionnaire :**

Il comporte 65 affirmations. Pour chacune d'elle, choisissez la réponse qui vous paraît la plus adaptée, en fonction de votre expérience, de votre vécu:

TA	tout à fait d'accord,
A	d'accord,
SO	pas certain, sans opinion,
D	en désaccord,
TD	tout à fait en désaccord

Les réponses se font en cochant la case correspondante sur la feuille réponse.

**• Les questions ouvertes :**

6 questions ouvertes accompagnent ce questionnaire. Elles se trouvent à la suite de la grille du questionnaire. Vous pouvez répondre dans l'ordre que vous souhaitez. Vous pourrez, à la fin du document, compléter les données vous concernant.

Cette enquête devrait prendre environ 45 minutes. Vous êtes toutefois libre de prendre le temps que vous jugez nécessaire pour la compléter.

Il n'y a pas de réponses absolues (vraies ou fausses), seulement votre opinion et votre jugement, basés sur votre expérience et votre vécu. Vos réponses seront confidentielles.

Merci de votre collaboration.

1ère partie						
1	Les perspectives d'évolution de l'établissement me donnent confiance dans l'avenir	TA	A	SO	D	TD
2	Un Centre Hospitalier dont le fonctionnement dépend des processus devient un endroit déplaisant.	TA	A	SO	D	TD
3	Compte tenu des personnes engagées, un supérieur ne peut pas être tenu responsable des taux d'absentéisme et de départs volontaires dans son U.F	TA	A	SO	D	TD
4	La reconnaissance professionnelle est un des points forts de l'établissement	TA	A	SO	D	TD
5	Si un cadre n'écoute pas les suggestions de son personnel, leur moral en souffrira.	TA	A	SO	D	TD
6	Il n'est pas nécessaire de planifier le travail de chaque personne lorsque le travail est habituellement le même.	TA	A	SO	D	TD
7	Les personnels médicaux et non médicaux sont bien coordonnés et coopèrent harmonieusement	TA	A	SO	D	TD
8	Le niveau de ma rémunération est honnête	TA	A	SO	D	TD
9	Je suis satisfait (e) de mon environnement de travail	TA	A	SO	D	TD
10	Dans cet hôpital on ne peut guère espérer changer grand-chose.	TA	A	SO	D	TD
11	Si un supérieur prend en considération 'l'opinion' de ses subalternes, ces derniers tenteront d'abuser de sa confiance.	TA	A	SO	D	TD
12	Je m'identifie à mon hôpital	TA	A	SO	D	TD
13	Les agents ne semblent pas se rendre compte du fait que tous les services dépendent les uns des autres.	TA	A	SO	D	TD
14	Rassembler les informations nécessaires pour une évaluation précise des résultats d'un service implique une perte de temps et d'énergie considérable.	TA	A	SO	D	TD
15	Le choix des mots d'un cadre vis-à-vis d'un membre de son équipe a peu d'influence sur le développement de celui-ci.	TA	A	SO	D	TD
16	Je suis satisfait de mon travail et de ma position actuelle	TA	A	SO	D	TD
17	J'ai une vision claire des objectifs qui me sont fixés	TA	A	SO	D	TD
18	En théorie, un bon processus peut être très utile pour un hôpital dans son ensemble : au niveau d'un service cela ne fonctionne que rarement.	TA	A	SO	D	TD
19	Il n'est pas vraiment nécessaire de faire un suivi des personnes les plus efficaces car elles savent ce qu'elles ont à faire.	TA	A	SO	D	TD
20	Autour de moi je constate une forte appartenance à l'établissement	TA	A	SO	D	TD
21	Un des inconvénients majeurs du changement est le temps que l'on doit passer à expliquer la nécessité du changement.	TA	A	SO	D	TD
22	Au sein de notre Pôle on assure le suivi, contrôle, mesure des résultats des actions engagées	TA	A	SO	D	TD
23	Au sein de ma Direction , je peux communiquer ouvertement avec ma hiérarchie	TA	A	SO	D	TD
24	Les responsables relèvent plus fréquemment les erreurs que les réussites	TA	A	SO	D	TD
25	Je connais les orientations à 3 ans de mon établissement	TA	A	SO	D	TD
26	Certains changements provoqueraient une telle nervosité parmi le personnel qu'il serait difficile pour eux de les mettre en œuvre efficacement.	TA	A	SO	D	TD
27	Un cadre ne devrait pas devoir se soucier des charges budgétaires lorsqu'il veut tenir les délais planifiés.	TA	A	SO	D	TD
28	Dans les services on travaille dans le respect de la sécurité	TA	A	SO	D	TD
29	Étant donné le personnel engagé de nos jours, il n'est pas réaliste de tenir un cadre responsable pour le respect des objectifs	TA	A	SO	D	TD



30	Quand on détermine les besoins en personnel d'un service, il convient d'avoir toujours un peu trop d'effectifs afin de pouvoir faire face à des exigences imprévues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Lorsqu'il y a des conflits entre services, il vaut mieux retarder toute action jusqu'à ce que la direction trouve une manière de les résoudre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Une équipe fonctionne mieux lorsque chacun s'occupe de ses affaires et laisse les autres s'occuper des leurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Quand un responsable attribue une tâche à un subordonné, il doit clairement indiquer à quel moment il compte que ce travail soit terminé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Si vous essayez de changer la façon de travailler des gens, vous allez probablement créer plus de problèmes que vous en résoudrez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Le plus souvent, il est plus efficace de dire aux collaborateurs ce que l'on attend d'eux, plutôt que leur en expliquer les raisons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Si un centre hospitalier croit en son encadrement, elle ne leur demande pas d'établir des rapports quant à la performance de leur service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Les activités de notre centre hospitalier sont trop complexes et trop variées pour pouvoir être planifiées de manière efficace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Le personnel considère un supérieur comme étant faible s'il prend en considération l'avis de ses subalternes quand il prend une décision.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Le contrôle de gestion sert à contrôler les personnes et non l'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Je ne pourrais pas être d'accord avec des changements qui m'amèneraient à faire mon travail avec moins de personnels à ma disposition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Les agents sont prêts à changer si les autres changent d'abord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Quand une personne ne termine pas son travail, à la longue, il est préférable pour le cadre de faire le travail lui-même.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Un supérieur paraîtra faible s'il fait savoir à ses collaborateurs qu'il a commis une erreur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Les systèmes de management et les processus donnent généralement de bonnes informations quant à la quantité, mais négligent la qualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Devoir confronter ceux qui ont de mauvaises performances dans mon département me complique la tâche pour motiver le reste de l'équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Mes chefs sont attentifs à écouter les suggestions d'améliorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	A mon niveau, je n'ai rien à voir avec l'élaboration des normes et des objectifs ; mon rôle se limite à les respecter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Le rôles sont connus et respectés à tous niveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Établir et entretenir la communication entre la Direction et ses subordonnés est une part importante de la mission d'un responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Lorsqu'on augmente la quantité de travail par membre du personnel, la qualité ne peut qu'en pâtir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	La synergie du personnel permet d'assurer une qualité de soin et faire face à l'absentéisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Dans mon service il y a un très fort esprit d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	En fixant des objectifs, il est préférable de viser un peu au-dessus du possible pour être sûr d'obtenir le maximum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Les agents avec expérience n'ont pas besoin de programme, ils savent quoi faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Au sein de notre Pôle on ne se contente pas de parler, on sait passer rapidement à l'action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	J'attends de mon personnel qu'il fasse du bon travail. Je ne crois pas qu'il faille le féliciter parce qu'il le fait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Le sens de la rigueur est indispensable pour le bon fonctionnement de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Au sein du Pôle, le personnel est encouragé à proposer des solutions innovantes dans tous les domaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Je m'attends à ce que quelques subordonnés s'absentent. Je ne pense pas devoir discuter avec eux les raisons de leur absence à leur retour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Au sein de notre établissement, le souci des coûts est partagé par tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	La manière dont une personne travaille tient à son caractère et un responsable ne peut pas y changer grand-chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	J'aimerais bien faire une rotation de poste de travail tous les 12 à 36 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Le respect des règles crée la confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64	Un bon responsable doit toujours agir comme s'il savait ce qu'il fait, même s'il ne le sait pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Quand on dirige un groupe de travail, il est très important d'éviter les confrontations ; il faut accepter les gens comme ils sont ou les transférer ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2ème partie

1- Décrivez votre rôle en 5 mots?

- - - - -

2- Quels sont, pour vous, les caractéristiques les plus nécessaires pour être cadre de santé?

*Classez les réponses par ordre décroissant (1= la plus importante, 9= la moins importante) au regard de votre activité quotidienne (pas de ce que vous souhaiteriez faire)*

Objectifs de travail	<input type="text"/>	Rôle	<input type="text"/>	Système	<input type="text"/>
Environnement travail	<input type="text"/>	Sens d'appartenance/Loyauté	<input type="text"/>	Comportement	<input type="text"/>
Changement	<input type="text"/>	Communication	<input type="text"/>	Motivation	<input type="text"/>

3- De façon générale, qu'attendez vous, dans le cadre de votre exercice professionnel, de

Votre équipe  
Votre cadre de pôle  
La direction des soins

4- Pour quelles raisons avez vous souhaité devenir cadre de santé?

*Classez les réponses par ordre décroissant (1= la plus importante, 9= la moins importante)*

Pouvoir décider	<input type="text"/>
Avoir un devoir de représentation de la direction auprès des équipes	<input type="text"/>
Avoir un devoir de représentation des équipes auprès de la direction	<input type="text"/>
Évoluer dans votre métier	<input type="text"/>
Accompagner des équipes	<input type="text"/>
Avoir une hiérarchie de travail	<input type="text"/>
Travailler dans n'importe quel établissement ou service	<input type="text"/>

5- De quoi auriez besoin pour exercer votre métier aujourd'hui?

6- Si vous souhaitez rajouter quelque chose, ces quelques lignes vous appartiennent  
Votre fonction:

Votre pôle:

Votre ancienneté

dans la fonction:  
dans le service  
dans l'établissement:

Votre âge:

**ANNEXE 2 :**

Grille d'entretien des directeurs des soins

**Enquête sur les caractéristiques de la fonction managériale**

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

Mon mémoire traite du projet managérial du directeur des soins, dans le contexte de changement profond des organisations hospitalières.

Je vous remercie par avance de votre participation à cet entretien qui sera, si vous en êtes d'accord, enregistré, mais qui restera strictement anonyme.

**Présentation :**

Formation :

Expérience professionnelle

Ancienneté dans la fonction

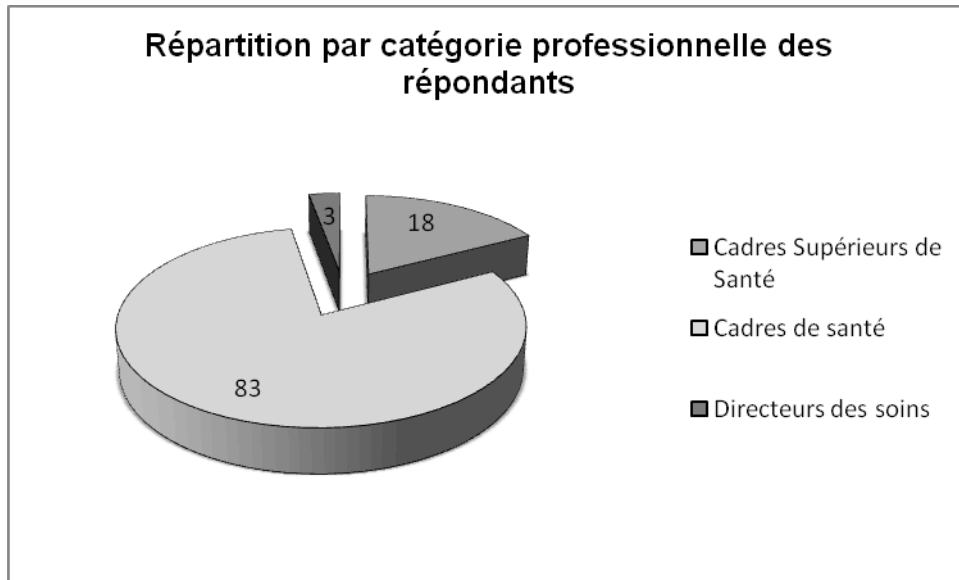
Ancienneté dans le poste actuel

1. Pourriez vous me dire quelles sont vos attentes vis à vis des cadres de santé ?
2. Sauriez vous me dire qu'elles sont les attentes des cadres de santé vis à vis du directeur des soins aujourd'hui ?
3. Quelles actions avez vous mises en place pour leur transmettre vos attentes et vice versa ?
4. Comment en mesurez vous les résultats ?
5. L'ensemble de vos actions constituent-elles, selon vous, un projet managérial ?

**ANNEXE 3 :**

Graphique de répartition des répondants par catégorie professionnelle (CS/CSP)

Table de la signalétique démographique des répondants

*Graphique de répartition des répondants par catégorie professionnelle :**Table de la signalétique démographique des répondants selon ancienneté dans la fonction CS/CSP:*

Ancienneté	Nombre de cadres	Moyenne années dans la fonction	Moyenne années dans le service	Moyenne années dans l'établissement	Moyenne d'âge
Entre 0 et 4 ans	36	6,8	5,7	16,3	46,9
Entre 5et 9 ans	29	11,7	6,8	19,5	49,9
Entre 10 et 14ans	8	11,4	8,5	16,5	48,6
Entre 15 et 19 ans	13	17,2	7,0	22,2	53,4
Plus de 20 ans	7	27,8	15,4	25,9	48,3
Non Réponse	8				
Total	101	9,4	6,3	17,5	48,3

*Table de la signalétique démographique des DS :*

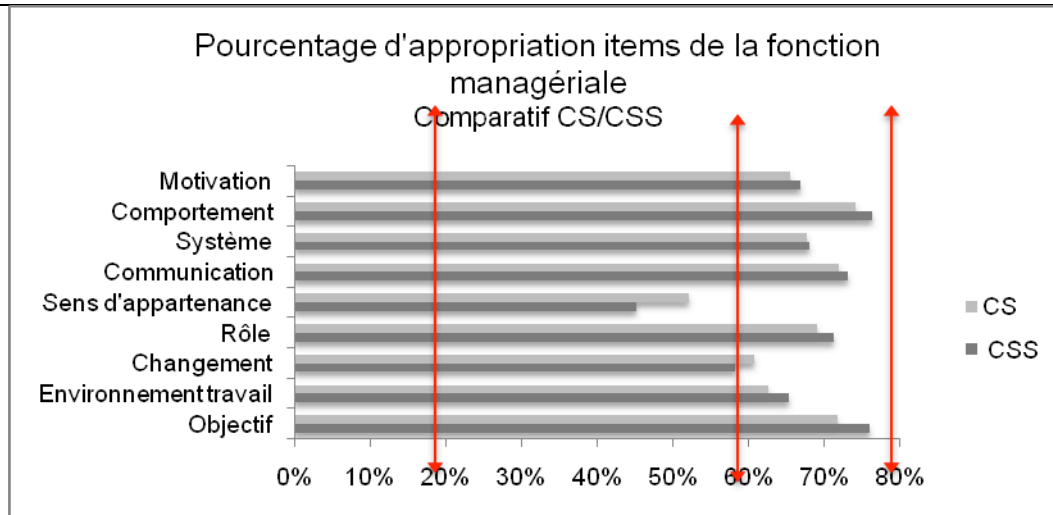
Nombre de DS	Nombre d'années dans la fonction	Nombre d'années dans l'établissement	Âge
1	5	5	50
1	13	7	58
1	18	15	60

**ANNEXE 4 :**

Graphique du pourcentage d'appropriation des items de la fonction managériale, comparatif CS/CSP

Distribution des items de la fonction managériale comparatif avec la Q2

Comparatif CS/CSP vis à vis de la Q2



*Distribution des items de la fonction managériale :*

Caractéristiques	Rang de réponse Question 2	Rang de réponse Partie 1 du questionnaire
Communication	1	2
Motivation	2	6
Objectif	3	4
Rôle	4	3
Comportement	5	1
Sens d'appartenance	6	9
Environnement travail	7	7
Changement	8	8
Système	9	5

*Comparatif des réponses cadres de santé/cadres supérieurs de santé*

Rang de réponse Partie 1 du questionnaire CS	Rang de réponse Question 2 CS	Caractéristiques	Rang de réponse Question 2 CSS	Rang de réponse Partie 1 du questionnaire CSS
2	1	Communication	2	2
7	2	Motivation	3	7
4	3	Objectif	1	4
3	5	Rôle	4	3
1	4	Comportement	5	1
9	6	Sens d'appartenance	7	9
6	7	Environnement travail	6	6
8	8	Changement	8	8
5	9	Système	9	5

**ANNEXE 5 :**

Tableau des axes du guide du management de la HAS

Classification des motivations pour devenir cadre de santé

*Les axes du guide du management en lien avec la perception du rôle*

<b>Axe du guide du management HAS</b>	<b>Nombre d'occurrences</b>
Organiser	163
Motiver	107
Prévoir	61
Décider	19
Évaluer	17

*Classifications des motivations pour devenir cadre de santé*

<b>Motivation</b>	<b>Rang de réponse</b>
Évoluer dans votre métier	1
Accompagner des équipes	2
Devoir de représentation équipes/direction	3
Devoir de représentation direction/équipes	4
Pouvoir décider	5
Avoir une hiérarchie de travail	6
Travailler n'importe où	7

**ANNEXE 6 :**

Tableau des principales attentes communes CS/CSP, spécifiques CS, spécifiques CSP

Tableau des attentes des directeurs des soins

Tableau des principaux besoins exprimés par les CS et les CSP

*Principales attentes communes CS/CSP (sur 466 mots exprimés)*

<b>Attentes pour 101 répondants</b>	<b>Rang de réponse</b>	<b>Nombre d'occurrences</b>	<b>Proportion</b>
Accompagnement	1	92	91%
Objectifs et orientations de travail	2	76	75%
Ecoute	3	71	70%
Informations communication	4	52	51%
Echanges	5	28	28%
<b>Attentes CS pour 83 répondants</b>	<b>Rang de réponse</b>	<b>Nombre d'occurrences</b>	<b>Proportion</b>
Accompagnement	1	82	99%
Objectifs et orientations de travail	2	69	83%
Ecoute	3	63	76%
Echanges	4	53	64%
Informations communication	5	45	54%
<b>Attentes CSP pour 18 répondants</b>	<b>Rang de réponse</b>	<b>Nombre d'occurrences</b>	<b>Proportion</b>
Respect des règles	1	15	83%
Accompagnement	2	10	56%
Proposition organisations nouvelles	2	10	56%
Echanges	3	8	44%
Ecoute	3	8	44%
Objectifs et orientations de travail	4	7	39%
Informations communication	4	7	39%
Implication	5	5	28%
Professionalisme	6	4	22%

*Attentes spécifiques du DS*

<b>Attentes DS pour 3 répondants</b>	<b>Rang de réponse</b>	<b>Nombre d'occurrences</b>	<b>Proportion</b>
Accompagnement	1	3	100%
Qualité et sécurité des soins	1	3	100%
Appropriation de leur fonction	1	3	100%
Loyauté	1	3	100%
Transversalité de travail entre les pôles	1	3	100%
Alerte collective et individuelle en cas de difficultés	2	2	67%
Performance pour évoluer dans la fonction	2	2	67%
Exemplarité	2	2	67%

*Expression des besoins cadres et cadres supérieurs (différents de l'expression des attentes)*

<b>Besoins exprimés sur 101 répondants</b>	<b>Rang de réponse</b>	<b>Nombre d'occurrences</b>	<b>Proportion</b>
Temps	1	70	69%
Méthodologie de travail	2	23	23%
Stabilité	3	20	20%

FRANZI

Brigitte

Décembre 2013

## Directeur des Soins

Promotion 2013

# Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

### **Résumé :**

Le projet managérial fait l'objet d'une convergence de mise ne œuvre tant au niveau réglementaire, qu'au niveau des recommandations ministérielles.

A travers une réflexion autour des notions de projet, de management, nous nous interrogeons sur l'utilité du projet managérial comme sujet d'accompagnement de l'encadrement soignant, pour le directeur des soins.

Une enquête réalisée dans trois centres hospitaliers, auprès d'une centaine de cadres, met en lumière des problématiques d'appartenance, de relation à la décision et d'attente d'accompagnement.

A l'issue de l'analyse de cette enquête, des préconisations, à l'attention du directeur des soins pour mettre en place son projet managérial, sont proposées pour renforcer l'appartenance, cultiver la cohérence et développer l'aide à la décision.

### **Mots clés :**

Projet managérial, directeur des soins, accompagnement, changement, management, posture, projet, représentation, rôle, sens de l'appartenance.

*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.*