



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

**Promotion : 2017**

**Date du Jury : Décembre 2017**

---

**Manager un collectif de cadres de  
santé vers l'autonomie  
Un défi pour le directeur des soins**

---

**Aurélien CADART**



---

# Remerciements

---

Je remercie,

L'ensemble des professionnels qui ont contribué à réalisation de ce mémoire, Directeurs d'Établissements, Directeurs des Soins, Cadres supérieurs, Cadres de Santé, en acceptant de me consacrer de leur temps et de partager leurs expériences,

Mes maîtres de stage qui m'ont permis l'acquisition de nouvelles compétences pour appréhender plus sereinement ma prise de fonction,

Monsieur Jean-René Ledoyen pour le dispositif d'enseignement et d'accompagnement mis en place,

Madame Isabelle Monnier qui m'a accompagné tout au long de ce mémoire,

Madame Anne Savinel, pour nos échanges dans le cadre des entretiens de positionnement,

Les enseignants de l'EHESP notamment pour les apports sur la méthodologie de recherche,

Et les collègues de promotion pour les moments de partage.

**A Céline, Manon, Pauline et Lou-Anne.**

**« Si tu veux aller vite : marche seul.**

**Si tu veux aller loin : marche avec les autres. »**

**Proverbe Africain.**

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Le cadre conceptuel .....	5
1.1 L'autonomie dans la sphère du travail .....	5
1.1.1 Définir l'autonomie .....	5
1.1.2 Autonomie et reconnaissance .....	6
1.1.3 Peut-on évaluer l'autonomie ? .....	7
1.2 Manager par la confiance... le management collaboratif ou « délégatif » .....	9
1.2.1 Définitions du management.....	9
1.2.2 Le management collaboratif ou délégatif .....	10
1.2.3 Que suppose la confiance ? .....	12
1.2.4 Le contrôle : un enjeu.....	13
1.3 Des pratiques managériales du DS au projet managérial .....	13
1.3.1 Manager au singulier dans un cadre collectif et pluriel .....	14
1.3.2 Créer un collectif cadres de santé et une appartenance à la DS .....	14
1.3.3 La communication .....	15
1.3.4 Formaliser un projet managérial .....	16
2 Une exploration conduite sur le terrain .....	19
2.1 La méthodologie d'exploration mise en œuvre .....	19
2.1.1 Les outils utilisés et la méthode d'analyse.....	19
2.1.2 Les établissements retenus pour l'enquête .....	19
2.1.3 La population interrogée.....	22
2.1.4 Les limites .....	22
2.2 Résultats des analyses .....	23
2.2.1 La vision et les attentes des cadres de santé .....	23
2.2.2 Le cadre supérieur de santé : lien entre le CS et le DS .....	28
2.2.3 Qu'en pensent les directeurs des soins rencontrés ? .....	33
2.3 Synthèse et vérification des hypothèses.....	37
3 Les propositions d'actions .....	39

3.1	Axe 1 : Définir un projet managérial pour renforcer l'engagement.....	39
3.1.1	Pourquoi un projet managérial ? .....	39
3.1.2	Les incontournables du projet de management .....	40
3.1.3	Une politique d'encadrement .....	40
3.1.4	Co-construire un projet managérial.....	41
3.2	Axe 2 : Communication managériale et management par la confiance impulsés par le directeur des soins .....	41
3.2.1	Développer la confiance par la communication : un enjeu pour le DS.....	41
3.2.2	Les formes de communication les plus adaptées.....	43
3.3	Axe 3 : Manager le collectif cadres de la direction des soins .....	44
3.3.1	Le collectif de pairs...un partage d'expériences .....	45
3.3.2	Un collectif cadres au sein des pôles d'activité .....	46
3.3.3	Une cohésion des cadres de l'entreprise .....	46
3.4	Axe 4 : Laisser de la place à la créativité de l'encadrement .....	47
3.5	Perspectives .....	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I
	Annexe I : Guide d'entretien.....	II
	Annexe II : Politique de soins du CHA .....	III
	Annexe III : Charte de management du CHB .....	IV
	Annexe IV : Liste des entretiens réalisés .....	VI

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS	Agence Régionale de Santé
CHA	Centre hospitalier A étudié dans l'enquête
CHB	Centre hospitalier B étudié dans l'enquête
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
DG	Directeur Général
DRH	Directeur des ressources humaines
DS	Directeur des soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé et Territoire
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée



## Introduction

**Le contexte de nos établissements** de santé est en constante évolution. Ainsi l'encadrement et le Directeur des Soins (DS) sont confrontés à un environnement de plus en plus incertain et à de nouvelles logiques : la logique polaire et la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Pour I. SAINSAULIEU<sup>1</sup>, la vie quotidienne des personnels hospitaliers est en effet caractérisée par la présence de nombreuses situations incertaines, qu'il leur faut gérer avec les autres acteurs en présence pour trouver des solutions.

**Les effectifs de cadres de santé (CS)** s'élevaient en 2007 à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé<sup>2</sup>. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant-fonction de cadres », on approche les 6% des effectifs des établissements publics de santé.

**Le statut des CS** a été « bousculé par les nouveaux modes de management ». En 2001, le terme de cadre de santé remplace celui de surveillante. Ainsi le CS se situe entre les équipes et la direction, il est à « une position entre deux, une position de médiation, d'intermédiaire et d'interprète entre des hauts et des bas ». Les cadres évoquent parfois un sentiment d'abandon et ce que les cadres perçoivent comme de l'abandon leur est présenté par certains supérieurs comme de l'autonomie. Dans ce contexte, en 2009, le rapport De Singly<sup>3</sup> propose une évolution vers une plus grande autonomie et une plus forte implication des cadres de santé dans le processus de décisions des établissements hospitaliers.

**Durant notre expérience d'encadrement**, l'autonomie des cadres de santé nous<sup>4</sup> a toujours questionné et une situation paradoxale nous a interpellé alors que nous nous apprêtions à partir à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Ainsi, durant un retour d'expériences d'un exercice dans le cadre du plan de continuité de l'établissement, les cadres concernés demandent à ce que les choses soient plus formalisées et écrites, alors que les fiches semblent déjà complètes et que la demande tient plus au rôle d'organisation dévolu aux cadres avec une prise d'initiatives et une prise de décisions. Parallèlement, la mise en place d'un espace cadres de santé au sein de l'établissement avait beaucoup de mal à vivre notamment par la non appropriation de celui-ci par les cadres. Un des objectifs de celui-ci était de favoriser les échanges sur les difficultés des cadres dans leur exercice quotidien.

**L'autonomie** désigne le fait que les dirigeants ne définissent pas dans le détail la manière dont les cadres doivent travailler facilitant ainsi la prise de décisions. L'autonomie vient du grec *auton* (soi-même) et *nomos* (la loi, la règle, l'organisation) : il s'agit de déterminer soi-même ses propres règles. L'autonomie dans le travail « renvoie communément à l'idée de capacité d'initiatives, de discernement, d'auto-organisation, voire de "liberté" dans le travail.

---

<sup>1</sup> SAINSAULIEU I., 2012, *La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle?*, Revue française de sociologie, p. 461-492

<sup>2</sup> Source : rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly

<sup>3</sup> Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly

<sup>4</sup> Le pronom « nous » sera utilisé pour désigner l'auteur de ce mémoire quand il est sujet de la phrase, la volonté est d'atténuer la présence personnelle dans les propos écrits dans cette recherche.

Elle suppose intelligence et réflexion pour réagir rapidement à des situations plus ou moins imprévisibles, quel que soit le niveau hiérarchique des individus, même si le niveau d'autonomie tend à augmenter avec celui des classifications »<sup>5</sup>.

L'ensemble des acteurs s'accordent à dire que le fait de donner plus d'autonomie à l'encadrement permet de favoriser la prise de décisions et d'initiatives, de développer la cohésion, de favoriser la compétitivité et d'améliorer la qualité de vie au travail. De ce fait, cela induit une attractivité pour la fonction de cadre de santé.

Le référentiel<sup>6</sup> **métier du directeur des soins** de mars 2010 prévoit que celui-ci anime et coordonne les activités des cadres soignants, il définit ainsi leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats. Le référentiel de compétences<sup>7</sup> prévoit qu'au travers d'un projet de management de l'encadrement partagé et institutionnalisé, le DS anime l'équipe d'encadrement. Au-delà de ces documents de référence, le DS doit favoriser la dynamique de l'encadrement au sein de cet environnement complexe. Et lors de notre prise de fonction, nous souhaitons pouvoir appréhender complètement cette mission au regard de la recherche effectuée. Enfin, l'Association Française des Directeurs de Soins compte parmi ses objectifs le développement d'un management innovant. Il paraît opportun d'interroger la littérature et les pratiques de terrain lors de notre mémoire.

**La question centrale de notre recherche sera de comprendre en quoi les pratiques managériales du directeur des soins peuvent permettre de favoriser l'autonomie des cadres de santé dans ce contexte en évolution constante?**

Nos hypothèses de recherche sont que :

- **L'autonomie de l'encadrement passe par la reconnaissance.**
- **Le management du directeur des soins par la confiance favorise l'autonomie de l'encadrement.**
- **L'appartenance au collectif cadre de la direction des soins permet l'autonomie des cadres.**
- **Un projet de management co-construit en lien avec l'encadrement supérieur et les cadres de santé est un outil d'accompagnement indispensable.**

Afin de pouvoir interroger les éléments de cette question centrale et de vérifier nos hypothèses de recherche, le présent document s'articulera autour de trois grandes parties. Dans un premier temps, afin de préparer la recherche, nous avons détaillé un corpus théorique (1) qui permettra de clarifier les notions d'autonomie, de reconnaissance et d'évaluation. Il nous faudra également clarifier le management au cœur de cette autonomie de l'encadrement et plus particulièrement celui du DS par la rédaction d'un projet managérial ou non.

---

<sup>5</sup> EVERAERE C., 2007, *Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail*, Revue française de gestion, vol. 180, no. 11, 2007, p. 45-59.

<sup>6</sup> Référentiel métier du directeur des soins de mars 2002 accessible sur [www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_metier\\_DDS.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf)

<sup>7</sup> Référentiel de compétences du directeur des soins de décembre 2011 mis à jour en novembre 2016 accessible sur [https://www.ehosp.fr/.../Referentiel-de-competences\\_MAJNOV16.pdf](https://www.ehosp.fr/.../Referentiel-de-competences_MAJNOV16.pdf)

Dans un second temps, nous détaillerons la recherche (2) réalisée sur le sujet afin de vérifier nos hypothèses de recherche au sein de deux établissements et auprès de cadres, cadres supérieurs de santé (CSS) et directeurs de soins.

Enfin, dans une troisième partie, nous présenterons des propositions d'actions (3) pour un DS afin de faciliter la prise d'autonomie des cadres de la direction des soins. Cette dernière partie est fondamentale car elle nous permettra de fixer les bases d'une future prise de fonction.

\*

\*            \*



# 1 Le cadre conceptuel

## 1.1 L'autonomie dans la sphère du travail

L'autonomie dans la sphère du travail est l'un des éléments clés de notre problématique. Nul ne peut contester que dans l'hôpital d'aujourd'hui confronté à des évolutions importantes, il n'est plus acceptable d'attendre les instructions venues d'en haut. L'action autonome a ainsi toute sa place, elle est même requise.

Néanmoins, ce concept d'autonomie nécessite d'être défini dans un premier temps puis d'identifier clairement ce qui, selon les auteurs, permet de la favoriser et enfin de comprendre comment évaluer l'autonomie d'un acteur ou d'un groupe.

### 1.1.1 Définir l'autonomie

Le petit Robert indique trois acceptions du terme d'autonomie: la première concerne le droit de se gouverner d'après ses propres lois, acception qui comprend la notion d'autonomie financière. La seconde est le droit pour un individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet, elle touche à l'indépendance matérielle comme intellectuelle. La dernière enfin, plus récente, touche à la distance que peut franchir un véhicule sans être ravitaillé en carburant. Ainsi l'autonomie dans son sens le plus noble concerne le fait de se gouverner par soi-même. Mais une interprétation croisée des deux derniers sens évoque aussi à la capacité à se débrouiller seul.

Il nous semble avant tout fondamental de définir l'autonomie qui se voit affirmer par le dépassement, ou à minima l'identification, des contraintes. Pour G. DE TERSSAC, l'autonomie, c'est la capacité stratégique d'affirmation de ses choix.

Chez M. CROZIER (1963), ce concept est central et synonyme d'acteur et de liberté. Il l'utilise pour désigner les limites de la bureaucratie et du schéma d'organisation «rationnel légal», car les règles formelles, communes et impersonnelles ne parviennent jamais à emprisonner l'acteur qui conserve toujours son autonomie. **Il s'agit ainsi de donner des marges d'initiatives dans la mise en œuvre des compétences, de favoriser la créativité, d'impliquer à la prise de décisions et de développer le rapport de confiance.**

L'empowerment, parfois aussi appelé autonomisation au Québec, est l'octroi de davantage de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques auxquelles ils sont confrontés.

Pour des équipes de cadres, cette autonomie désigne le fait que les dirigeants ne définissent pas dans le détail la manière dont les cadres doivent travailler. La notion d'autonomie de l'encadrement est chez la plupart des sociologues concomitante de celle de confiance. Nous détaillerons plus avant cette conception, dans l'immédiat il s'agit d'identifier les conditions qui favorisent la prise d'autonomie par les acteurs.

L'objectif important à afficher avec les équipes, consiste à rendre le plus autonome possible l'ensemble de ses composantes afin qu'elles puissent appréhender le changement, ou plutôt les évolutions. « Mais il ne s'agit pas de rester dans l'intention, devenir autonome n'est pas que du déclaratif. Il s'agit de donner le sens par des moyens simples comme la reconnaissance »<sup>8</sup>.

### 1.1.2 Autonomie et reconnaissance

La reconnaissance est envisagée dans le cadre des relations dyadiques entre un manager et son collaborateur. Les deux termes associés permettent de questionner l'attente des salariés, qui se plaignent souvent d'un manque de moyens, et la capacité du manager à diminuer son contrôle.

En mobilisant ce nouveau paradigme dans le travail, le manager innove dans sa manière d'aborder ses collaborateurs. La reconnaissance constitue alors une réaction constructive et authentique. Il s'agit ainsi d'un jugement posé sur la contribution de la personne, tant en matière de pratique de travail qu'en matière d'investissement personnel.

Dans son ouvrage sur l'innovation, T. NOBRE<sup>9</sup> précise que « dans le champ du management comme ailleurs, toute innovation est une prise de risque, dont l'avenir est juge, mais sans risque pas de progrès possible. Innover nécessite donc l'appropriation des marges d'autonomie qui existent dans tout le système...innover permet aussi de résister à une tendance lourde du management, la standardisation... »<sup>10</sup>.

Le guide de l'encadrante et encadrant<sup>11</sup> stipule que la reconnaissance, de manière générale, peut être positive mais également négative. Elle peut porter sur le contenu mais également sur la personne. Il est tout à fait utile et valorisant d'utiliser les signes de reconnaissance positifs mais aussi lors d'un retour sur le contenu du travail, d'indiquer des voies d'amélioration possibles.

---

<sup>8</sup> LALLICAN J-A., 2015, *L'art de déléguer - Manager dans la confiance*, Paris, Editions Dunod, page 8

<sup>9</sup> NOBRE T., 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Paris, Editions Dunod, 320 pages

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ministère de la fonction publique, 2017, *Guide de l'encadrante et de l'encadrant de la fonction publique*, Direction générale de l'administration et de la fonction publique

La reconnaissance en milieu professionnel peut prendre diverses formes selon l'angle sous lequel on analyse le processus de travail. Ce même guide identifie ainsi quatre grandes formes de la reconnaissance :

- La reconnaissance existentielle : elle porte essentiellement sur le collaborateur en tant qu'être humain. Celle-ci est moins aisée à illustrer mais est sous-tendue aux comportements du manager.
- La reconnaissance à part entière qui s'exprime plus aisément au quotidien: saluer ses collaborateurs, formuler des remerciements réguliers, consulter son équipe avant de prendre une décision, informer régulièrement ses collaborateurs de l'évolution du service, être à l'écoute leur montre qu'ils existent. En tant que manager, nous avons souvent tendance à oublier ou à minimiser ce type de reconnaissance.
- La reconnaissance portant sur la pratique de travail : c'est-à-dire principalement sur la manière d'exécuter le travail, qu'il s'agisse des comportements, des compétences ou des qualités professionnelles du collaborateur. Cette forme de reconnaissance vise à souligner le savoir-faire et les résultats obtenus. Cette reconnaissance souligne l'implication et l'énergie déployées par le collaborateur pour mener à terme une mission.
- La reconnaissance portant sur les résultats : cette reconnaissance porte sur l'atteinte des objectifs définis préalablement.

Ces quatre formes de reconnaissance sont complémentaires et interdépendantes. L'expression de la reconnaissance passe ainsi par les rapports humains au quotidien. Elle doit être authentique, sincère et honnête. Il importe de savoir saisir régulièrement les occasions qui s'offrent à nous pour reconnaître les contributions positives de nos collaborateurs en faisant preuve de réactivité et de précision dans les propos. L'entretien professionnel annuel est également un outil de manifestation de la reconnaissance vis-à-vis d'un collaborateur avec la valorisation de son potentiel et l'appui à sa progression et sa promotion professionnelles.

En conclusion, **la reconnaissance ne passe pas que par la finalité du travail mais aussi sur les efforts déployés**. Le DS a la charge de valoriser la reconnaissance des CS par les CSS mais également de la pratiquer lui-même.

### 1.1.3 Peut-on évaluer l'autonomie ?

Nous nous sommes ainsi posé la question de savoir s'il était possible d'évaluer l'autonomie de ses collaborateurs, voire même que chacun réalise une autoévaluation. Néanmoins, « si l'autonomie dans le travail est souvent valorisée comme une source d'efficacité opérationnelle, elle reste une notion difficile à définir et à mesurer »<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail, Christophe Evera, Lavoisier, revue française de gestion, pages 45 à 59

Dans l'article<sup>13</sup> précédemment cité, l'auteur reconnaît qu'il existe déjà des outils d'évaluation de l'autonomie, comme l'échelle de LEWIN sur la notion de dépendance ou celle de LUNACEK en 1994 basée sur des notions de sociologie. Néanmoins, ils ne sont pas suffisamment opératoires pour les managers de proximité des collaborateurs appelés à être autonomes dans leur travail. La contribution vise à proposer quatre niveaux d'autonomie : incompétence, se poser les bonnes questions, adapter intelligemment les règles et remettre en cause et améliorer. Ces niveaux d'autonomie sont associés à des comportements typiques qui intègrent à la fois des registres objectifs (capacités) et des registres subjectifs (volonté ou envie de). Ils sont décrits dans le tableau ci-dessous.

LES NIVEAUX D'AUTONOMIE ET LES COMPORTEMENTS CARACTERISTIQUES ASSOCIES	
Registre SUBJECTIF	Registre OBJECTIF
<b>NIVEAU 3 Remettre en cause et améliorer</b>	
L'individu maîtrise bien son poste de travail. Il est fiable et compétent. Mais il ne sait pas et/ou n'a pas envie d'améliorer ou d'innover.	L'individu maîtrise bien son poste de travail. Il est fiable et compétent. Et en plus il est force de propositions pour améliorer et innover.
<b>NIVEAU 2 Adapter intelligemment les règles</b>	
L'individu adapte « dangereusement » les règles. Expérimentation temporaire des limites. L'individu transgresse les règles, sans être conscient ou responsable de ses actes.	L'individu adapte intelligemment les règles et connaît les limites à ne pas franchir. Il est capable de transgressions à bon escient et sans en abuser.
<b>NIVEAU 1 Début d'autonomie, se poser de bonnes questions</b>	
L'individu sollicite souvent l'assistance de ses pairs pour de mauvaises raisons, il sait mais a besoin d'être rassuré. L'individu ne pose pas de questions mais exécute correctement son travail.	L'individu sollicite l'assistance de ses pairs pour de bonnes raisons lors de cas difficiles ou par curiosité. Il pose des questions pertinentes.
<b>NIVEAU 0 Incompétence</b>	
L'individu ne sollicite pas l'assistance de ses pairs et ne sait pas faire. Il ne sait pas et n'ose pas demander.	L'individu sollicite souvent l'assistance de ses pairs pour de mauvaises raisons. Il devrait savoir telle chose mais ne sait pas.
<b>L'individu doit connaître en principe les prérequis techniques relatifs à son travail.</b>	

<sup>13</sup> Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail, Christophe Evera, Lavoisier, revue française de gestion, pages 45 à 59

Cet outil d'évaluation peut permettre à des managers de situer le niveau d'autonomie de leurs collaborateurs à partir de comportements typiques notamment la fréquence et la nature des sollicitations ou la capacité de proposer des axes d'amélioration ou d'innovation. Il est enfin nécessaire d'adapter cet outil aux spécificités de l'encadrement par un exercice de transposition.

Selon le guide de l'encadrante et de l'encadrant de la fonction publique de 2017, l'évaluation de l'autonomie de ses collaborateurs permet :

- D'adapter son suivi en fonction du degré d'autonomie
- D'identifier la motivation et la compétence comme des indicateurs importants
- Et enfin, de développer la délégation.

Ainsi pour favoriser l'autonomie des équipes d'encadrement, il est apparu fondamental de pouvoir l'évaluer et de développer la reconnaissance, individuelle et collective. Cela implique des comportements managériaux du DS qui engagent une relation de confiance.

## **1.2 Manager par la confiance... le management collaboratif ou « délégitif »**

Le terme de management est souvent galvaudé, il est donc fondamental de le définir et d'en dessiner les contours pour favoriser la confiance et la collaboration. Le fait de manager exige de prendre de la hauteur et d'avoir une vue d'ensemble. Pour J-A. LALLICAN<sup>14</sup>, le manager est un « assembleur » en s'assurant que la mise en œuvre respecte le projet général.

### **1.2.1 Définitions du management**

La définition du management est très variable d'un auteur à l'autre, nous en retiendrons trois :

- Même si le terme management nous vient de la langue anglaise, l'Académie Française l'a inclus dans notre langue. Cependant la définition du terme est relativement vaste et englobe l'ensemble des techniques d'organisation de ressources (financières, humaines, matérielles...) mises en œuvre pour la gestion et l'administration d'une organisation (entreprise, association, administration...).
- Selon H. FAYOL (1916) : « C'est de la prévoyance, de l'organisation, du commandement, de la coordination, du contrôle. ».

---

<sup>14</sup> LALLICAN J-A., 2015, *L'art de déléguer - Manager dans la confiance*, Paris, Editions Dunod, 176 pages

- Pour la Haute Autorité de Santé (HAS) : le management est l'ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une entreprise. La norme ISO 9000 parle des activités coordonnées pour orienter et contrôler un organisme. On peut citer les termes voisins : administration, conduite, direction, exploitation. Par extension, le management désigne aussi les hommes de l'entreprise qui la dirigent.

On peut identifier quatre types de management<sup>15</sup> :

- Directif : très organisationnel et faiblement relationnel pour des situations où les collaborateurs sont assez peu autonomes
- Persuasif : à la fois organisationnel et relationnel, plus ouvert sur l'écoute, implique l'autonomie des collaborateurs
- Participatif : implique dans la prise de décision et incite à la mise en œuvre
- Délégatif : manager par la confiance, les collaborateurs mettent en œuvre leurs propres plans d'actions et propres méthodes, ce type de management implique une grande autonomie et une responsabilisation.

La combinaison sera nécessaire entre les différents styles de management en fonction des situations, du contexte et des différents interlocuteurs. Le terme de management adaptatif est communément utilisé.

Les managers devront ainsi abandonner certaines pratiques et s'ouvrir aux nouvelles approches qui développent une conduite beaucoup plus humaine des ressources managériales et de fait oser faire confiance afin d'augmenter le degré d'autonomie.

### 1.2.2 Le management collaboratif ou délégué

Le management collaboratif favorise la prise d'initiative et la créativité grâce aux 4C : Confiance, Choix, Coopération et Convivialité.

A) Le premier pilier : la confiance.

Quatre principes favorisent le renforcement de la confiance :

- Le sens dans la mesure où l'engagement d'une personne dépend fortement du sens qu'elle donne à sa contribution,
- L'authenticité qui permet l'expression des interrogations de chacun,
- La proximité favorisant la possibilité d'échanger et de partager,
- La valorisation, une personne est d'autant plus en confiance qu'elle constate que ses efforts et sa contribution sont reconnus.

---

<sup>15</sup> Ministère de la fonction publique, 2017, Guide de l'encadrante et de l'encadrant de la fonction publique, Direction générale de l'administration et de la fonction publique

B) Le second pilier : le choix.

Cette notion qui ne doit pas être confondue avec la possibilité de tout faire dans n'importe quelle condition est un élément important de la motivation. C'est la liberté donnée à une personne de s'engager de manière volontaire, en connaissance de cause et en assumant les conséquences.

Le choix est renforcé par :

- l'engagement qui peut être réinterrogé à plusieurs moments (au recrutement ou à l'évaluation par exemple),
- la liberté ou latitude laissée aux agents de s'organiser comme ils le souhaitent pour atteindre leurs résultats (qui, à l'hôpital, est à concilier avec l'existence de protocoles à respecter),
- la co-responsabilité : si l'accent mis sur le bien-être est un des fondements du management collaboratif, sa contrepartie est la responsabilité,
- la flexibilité garante du besoin d'adaptation permanente de l'hôpital.

C) Le troisième pilier : la coopération.

La coopération désigne l'idée d'agir, de travailler conjointement avec une ou plusieurs autre(s) personne(s).

La coopération est fondée sur :

- Le soutien,
- La co-créativité,
- La complémentarité qui vise à tirer parti des apports réciproques des membres d'un groupe,
- La transversalité.

D) Le quatrième, et dernier pilier : la convivialité.

La convivialité désigne la qualité et le caractère positif et agréable des relations entre les personnes.

La convivialité est renforcée par :

- l'ambiance,
- le plaisir,
- la célébration (fêter les succès, temps de convivialité collectifs...),
- l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle.

Ce management par la confiance peut être intégré au projet de management, décrit plus avant, comme cela peut se faire par exemple au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes. Il participe à « donner du sens aux transformations profondes de l'hôpital en promouvant un management par la confiance. Le projet de management est un engagement de la direction générale vis-à-vis des responsables managériaux »<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Projet managérial du CHU de Nantes accessible sur <http://www.chu-nantes.fr>

Dans le cadre de cette expérience, il s'agit à la fois de pouvoir porter le sens des transformations (le pourquoi) et l'impact individuel des transformations (le comment).

Ce type de management doit être nécessairement adopté par l'ensemble des membres de l'équipe de direction afin que chacun connaisse la marge de manœuvre et d'autonomie dont il bénéficie. Ainsi, « fonctionner de façon autonome ne signifie pas agir en vase clos ou n'en faire qu'à sa tête, bien au contraire. »<sup>17</sup> Il est donc fondamental de se donner les moyens de garantir le respect des engagements.

### 1.2.3 Que suppose la confiance ?

La confiance suppose un sentiment de sécurité entre les personnes au cœur d'une organisation et elle est « l'assise de toute entreprise »<sup>18</sup>. Ce point est souvent négligé, la confiance qui vient du latin « *com* » qui veut dire ensemble et « *fidere* » qui signifie se fier ou croire, favorise l'innovation, la saine émulation, la mobilité et l'initiative.

Dans l'acte de la transmission, « on place de la confiance en l'autre, confiance indispensable à son autonomie »<sup>19</sup>.

Cette confiance mise dans nos collaborateurs permet indéniablement d'augmenter leur degré de liberté et le potentiel de chacun, source de créativité et d'audace. « Confier une plus large latitude de décision si l'on veut qu'il se détermine au mieux dans ses responsabilités ; c'est l'expression même de la confiance qui conduit à l'autonomie »<sup>20</sup>.

Le sociologue P. BOUFFARTIGUE explique cette relation de confiance dans les deux sens : « confiance accordée par l'employeur au travers de la rétrocession d'une parcelle de son pouvoir, d'une délégation d'autorité. Et confiance dont l'employeur bénéficie en retour de la part de l'employé et qui se traduit par sa loyauté, ainsi que des formes d'implication spécifiques dans son travail »<sup>21</sup>. L'être humain n'est pas programmé pour la capacité de confiance, ainsi celle-ci se gagne entre le DS et l'encadrement. Cet état de fait est complexe dans les institutions hospitalières où la confiance est régulièrement mise à l'épreuve dans les relations managériales.

---

<sup>17</sup> BLACKBURN C. et TETREAUULT S., 2015, *Le dirigeant et son équipe de managers*, Le Mans, Editions GERESO, page 68

<sup>18</sup> BLACKBURN C. et TETREAUULT S., 2015, *Le dirigeant et son équipe de managers*, Le Mans, Editions GERESO, page 139

<sup>19</sup> LALLICAN J-A., 2015, *L'art de déléguer - Manager dans la confiance*, Paris, Editions Dunod, page 17

<sup>20</sup> LALLICAN J-A., 2015, *L'art de déléguer - Manager dans la confiance*, Paris, Editions Dunod, page 30

<sup>21</sup> BOUFFARTIGUE P., 1999, *Les cadres : la déstabilisation d'un salaire de confiance*, Document LEST

#### **1.2.4 Le contrôle : un enjeu**

Avant même d'accorder l'autonomie, il est très important de « s'assurer d'avoir mis en place les outils de contrôle nécessaires à l'évaluation des objectifs de performance et d'efficacité »<sup>22</sup>.

Il est ainsi important de rester vigilant en pratiquant des contrôles aléatoires comme pour tout manager qui délègue des tâches à ses collaborateurs. Le DS devra ainsi de façon directe ou indirecte organiser ce contrôle en lien avec l'encadrement supérieur.

Une crainte est que certains tentent de profiter de cette liberté, donnée par l'autonomie, pour en faire moins et manquer de rigueur. La confiance n'exclut pas le contrôle de facto, il faut néanmoins le pratiquer de façon souple et aléatoire, afin que personne ne se sente particulièrement visé.

C'est par exemple ce qu'applique D. ALIA, directeur médias, Internet et loisirs chez Octo Technology. Dans cette société, chaque salarié peut prendre ses congés quand il le souhaite. Il lui suffit d'en informer son supérieur par un e-mail. Il précise que « pour m'assurer que personne n'abuse de cette souplesse, je me montre vigilant, particulièrement au printemps lors des ponts, explique-t-il. Je m'assure que ceux qui ont choisi de travailler sont réellement présents ou bien je profite, les jours suivants, d'une pause-café pour leur demander sur quel projet ils ont avancé ».

L'idéal est d'arriver à instaurer des réflexes d'autocontrôle au sein de nos équipes. « Ceux qui voient les bénéfices de ce climat de confiance rappelleront à l'ordre ceux qui pourraient en compromettre l'existence par des abus. Chez Sewell Automotive Companies, une entreprise américaine du secteur automobile, un groupe de salariés a ainsi poussé à la démission un nouveau venu qui surfacturait des réparations aux clients. Cette confiance nécessite une formalisation afin de clarifier les règles et les normes admises. Le projet de management est un engagement du Directeur Général (DG)<sup>23</sup> vis-à-vis des responsables managériaux »<sup>24</sup>.

### **1.3 Des pratiques managériales du DS au projet managérial**

Comme nous l'avons vu dans le lien entre ce travail et le métier de DS, il doit mobiliser un groupe de cadres de l'établissement afin de favoriser l'appartenance et l'appropriation du projet d'établissement et de soins. On note que « le premier niveau d'appartenance au-delà de la profession est celui du groupe collectif de base, formes de mobilisation communautaire ». Ainsi, la notion de groupe de cadres me semble fondamentale.

---

<sup>22</sup> BLACKBURN C. et TETREULT S., 2015, Le dirigeant et son équipe de managers, Le Mans, Editions GERESO, page70

<sup>23</sup> Nous utiliserons de façon générique la terminologie DG pour parler des directeurs d'hôpitaux en responsabilité d'un établissement

<sup>24</sup> Gestions hospitalières n°521 2012, Concilier performance et management par le sens et la confiance

### 1.3.1 Manager au singulier dans un cadre collectif et pluriel

Pour développer cette autonomie recherchée dans l'équipe d'encadrement, le DS doit manager de façon individuelle dans le cadre du collectif. Pour cela, il est nécessaire, selon J-A. LALLICAN<sup>25</sup> :

- De connaître les membres de son équipe,
- D'identifier les individualités et de les accompagner,
- D'éviter les moules « managériaux »,
- D'accommoder des directives et orientations collectives.

Cette posture permet d'engager une autonomie différenciée et croissante pour chaque collaborateur. L'entretien annuel peut être l'occasion de formaliser ces éléments. Il nous semble fondamental de dissocier cet entretien annuel avec le DS de l'entretien d'évaluation. La réalisation de ce dernier étant laissée au cadre supérieur de santé (CSS) en lien hiérarchique avec l'encadrement. Ainsi, cet entretien annuel est l'occasion d'échanger avec le cadre sur ses victoires (exemple : projet mené à bien), ses difficultés, ses objectifs et enfin sur son « humeur du moment ». Cette démarche permet d'identifier les cadres en difficultés.

### 1.3.2 Créer un collectif cadres de santé et une appartenance à la DS

La création d'un collectif de cadres est souvent l'objet d'un questionnement au sein des établissements hospitaliers. Il nous semble pourtant nécessaire de mobiliser un groupe car « le premier niveau d'appartenance au-delà de la profession est celui du groupe collectif de base, formes de mobilisation communautaire »<sup>26</sup>. Pourtant, les directions ont souvent la crainte de ne pas maîtriser les collectifs d'encadrement et qui pourraient devenir une instance représentative des cadres.

Ce concept de collectif, nous amène à nous questionner sur le lien entre l'autonomie et l'appartenance. En effet, la notion d'appartenance à un groupe nous semble fondamentale pour favoriser la prise d'autonomie des acteurs de façon individuelle.

Pour M. CROZIER et E. FRIEDBERG : « Un système d'action concret est un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure... ». Ce système nécessite néanmoins de développer l'estime de soi des individus dans un collectif. L'auteur de référence est G. DUCLOS<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> LALLICAN J-A., 2015, *L'art de déléguer - Manager dans la confiance*, Paris, Editions Dunod, 176 pages

<sup>26</sup> SAINSAULIEU I., 2007, *L'Hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*, Paris, Editions Belin, 267pages

<sup>27</sup> DUCLOS G., 2011, *L'estime de soi : un passeport pour la vie*, Paris, Editions Hôpital Sainte-Justine, 241 pages

Tout être humain a le besoin d'appartenance à un groupe. Faire partie d'un groupe permet de se définir soi-même, d'avoir un concept de soi plus précis. Ainsi, toutes les expériences vécues au sein du groupe, tout ce que les autres nous disent et la façon dont ils nous regardent vont venir alimenter la définition que nous avons de nous. Notre image est ainsi consolidée ou au contraire elle est déstabilisée quelque peu, nous obligeant à la remodeler. Effectivement, dès que les individus sont en groupe, un phénomène de comparaison sociale va commencer. Ce phénomène consiste à se comparer aux autres sur tous les domaines de notre vie (émotion, travail, habillement,...). Ce phénomène a divers buts comme de se rassurer quant à son opinion, de se rassurer quant à ses performances, d'évaluer ce qui va être possible et de gonfler son estime de soi.

Beaucoup d'études ont pu montrer que les individus ont une vision très claire de leur position au sein de l'entreprise. Ce phénomène de comparaison sociale permet donc à chacun de se définir comme un sujet à la fois unique et semblable aux autres. Appartenir à un groupe est donc un besoin fondamental pour chaque individu. Échanger, faire des choses concrètes avec les autres, travailler ensemble, tout cela procure un sentiment de complétude et rend heureux.

Ce sentiment d'appartenance à un groupe est fondamental, non seulement parce qu'il nous permet de redéfinir notre identité propre mais encore parce qu'il nous permet d'exister aux yeux de quelqu'un d'autre et donc de développer notre estime de nous-mêmes. Développer l'estime de soi chez ses collaborateurs, c'est leur offrir la chance d'oser s'affirmer et entreprendre des projets avec plus de confiance.

Tout au long de sa vie, l'être humain est tiraillé entre deux besoins fondamentaux : le besoin d'appartenance à un groupe et le besoin d'être reconnu dans son individualité propre. Ces deux formes de reconnaissance sont nécessaires au développement d'une bonne estime de soi. Dans le management de l'équipe d'encadrement, il est ainsi nécessaire de trouver cet équilibre entre le développement d'un collectif cadre appartenant à la direction des soins et la reconnaissance des individualités de ce collectif.

A notre époque dite de « communication », cette époque dans laquelle nous avons un nombre de moyens considérables pour communiquer partout dans le monde, à chaque instant, nous pouvons nous étonner qu'autant d'individus souffrent de solitude. Ce dont notre époque manque, ce n'est pas de moyens de communication mais de communications qui soient significatives. Ainsi, le DS doit donner un sens à la communication.

### **1.3.3 La communication**

La communication du DS est avant tout importante afin de favoriser la participation des cadres, cela suppose « une écoute privilégiée de la part de la direction...les décideurs aujourd'hui font largement cavalier seul, même quand ils songent à faire exister une participation »<sup>28</sup>. Il faut ainsi passer de la parole aux actes et inclure de façon volontariste l'ensemble de l'encadrement via une communication tant ascendante que descendante.

---

<sup>28</sup> SAINSAULIEU I., 2007, L'Hôpital et ses acteurs - Appartenances et égalité, Paris, Editions Belin, 267 pages

Le DS devra ainsi intégrer les nouveaux modes de communication mais également en faire un mode de management à part entière.

Pour répondre à l'incertitude et à la complexité ambiante, dans un contexte de transformation permanente, la communication managériale devient pour les entreprises un enjeu majeur. Le développement de la société de transparence et les exigences d'authenticité de leurs collaborateurs obligent les managers à prendre le risque de communiquer et à développer ainsi d'autres capacités managériales. Il s'agit désormais, pour eux, de devenir des « chefs d'orchestre relationnels ».

La communication managériale est une valeur stratégique au sein de l'entreprise et il s'agit d'un réel outil de management. Pour M. IMBERT, « la tendance actuelle des entreprises à s'intéresser à la communication managériale correspond aux besoins de redonner un sens et des valeurs à des encadrants qui n'y croient plus »<sup>29</sup>.

L'auteur poursuit par le fait que « la relation qui s'établit nécessite de la confiance, donc du temps, et se construit dans une relation d'authenticité réciproque ». Nous retrouvons ainsi le concept de confiance complété par le temps nécessaire. Dans l'organisation des établissements de santé, le DS par son positionnement stratégique au sein de l'équipe de direction devient le porteur de ce rôle de communiquant des orientations et de la politique de l'établissement. Les cadres sont ainsi les relais de ce message à la condition que la communication managériale fonctionne par des relations de qualité entre la direction des soins et les cadres. Le positionnement de l'encadrement est également fondamental grâce notamment à la formalisation d'un projet managérial.

#### **1.3.4 Formaliser un projet managérial**

La formalisation d'un projet est fondamentale pour manager un groupe ou une équipe. 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 et les mettent en œuvre. Ainsi, le projet managérial de la direction des soins doit être construit par le DS avec les CS et CSS en lien avec le DG.

L'Organisation Mondiale de Normalisation selon la norme ISO 10006 (version 2003) et reprise par l'Association Française de Normalisation (AFNOR) sous la norme X50-105 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 ».

Dans cette première définition, le projet se caractérise par l'aspect intentionnel des choses et de l'objectif à atteindre, qui permet ainsi de structurer méthodiquement une réalité à venir. L'Association Francophone de Management de Projet (AFITEP) propose une autre définition: "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 identifie non seulement un début, mais aussi une fin ". Cette seconde définition, d'inspiration plus anglo-saxonne, a le mérite de bien faire apparaître

---

<sup>29</sup> IMBERT M., 2015, *La communication managériale : une nouvelle discipline*, DUNOD, Paris, 272 pages

l'aspect fondamental du projet qui se situe dans l'analyse critique détaillée de ce qu'il faudra faire, avant de commencer à entreprendre.

Un projet est donc généralement caractérisé par :

- Un ensemble d'actions coordonnées faisant appel à diverses compétences et ressources pour atteindre un but ;
- La satisfaction d'un besoin spécifique particulier (par opposition à une production de série) ;
- Un objectif autonome, en ce sens qu'il y a un début et une fin.
- Généralement, une novation technique, dimensionnelle ou géographique ;
- En outre, un projet présente le plus souvent une certaine complexité, et fait intervenir des disciplines multiples, étrangères les unes aux autres, dont il faut coordonner les activités parfois contradictoires.

Ainsi, on retrouve deux dimensions dans la notion de projet. L'une est plus opérationnelle et organisationnelle. L'autre est plus symbolique grâce à une politique participative pour le construire, le conduire et le faire évoluer.

Enfin pour compléter notre propos, il est nécessaire de rappeler que le management est au cœur des certifications de la HAS. Un nouveau critère introduit dans le manuel de certification prend une place importante et interroge la qualité de vie au travail. Il traduit un engagement collectif qui implique dirigeants, professionnels et partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation. Le management par la qualité est un moyen de régulation comme un autre au cœur de l'ensemble des dispositions décrites précédemment. Nous allons maintenant passer à l'enquête de terrain réalisée selon le prisme de ces apports théoriques et qui nous permettra ensuite d'identifier des perspectives.

Cette précision termine ainsi notre première partie, utile pour aborder notre travail de recherche. Nous avons bien entendu utilisé ces recherches mais souhaité également ne pas être enfermé par ce corpus théorique. Notre expérience professionnelle et les différentes rencontres au cours de la formation de DS ont permis d'enrichir la réalisation des entretiens avec les professionnels rencontrés.

Ainsi, la deuxième partie à venir va nous permettre de confronter les hypothèses émises au début de ce travail à la réalité de deux établissements.

\*

\*                      \*



## **2 Une exploration conduite sur le terrain**

### **2.1 La méthodologie d'exploration mise en œuvre**

#### **2.1.1 Les outils utilisés et la méthode d'analyse**

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme outil d'exploration car il est plus adapté aux éléments recherchés. Il permet un recueil d'informations qualitatif et de centrer le discours des personnes interrogées autour du thème défini selon un guide d'entretien<sup>30</sup>.

Cette exploration doit nous permettre de recueillir des informations de différents types (des faits et des vérifications de faits, des opinions et des points de vue, des analyses, des propositions et des réactions) au regard du cadre théorique proposé et des hypothèses énoncées.

Les informations recueillies concernent les thématiques suivantes :

- La notion d'autonomie et notamment la définition.
- Autonomie vécue par les CS en identifiant les facteurs favorisant, les freins ainsi que la volonté de laisser de l'autonomie pour le DG, le DS et les CSS.
- Le management du DS (pour les CS et CSS) et le management recherché (pour le DS et CSS).
- Ce qui est mis en place pour favoriser cette autonomie.
- L'existence d'un projet managérial dans l'établissement ou toute autre formalisation.

Les premières questions sur le parcours, l'attrait de la fonction cadre et la définition de l'autonomie de façon générale puis pour un cadre permettaient à la fois de mettre l'interviewé à l'aise et de commencer à planter le décor du sujet étudié.

Nous avons ensuite souhaité identifier ce qui favorise l'autonomie sans pour autant poser la question directement de la reconnaissance pour ne pas influencer la personne interviewée. Pour le reste des questions, chacune des thématiques décrites précédemment vont s'enchaîner selon la grille ou via des questions de relance.

#### **2.1.2 Les établissements retenus pour l'enquête**

Pour la réalisation de notre enquête, nous avons retenu deux établissements pour leur similitude en termes de taille d'effectifs notamment de cadres de santé. Pour faciliter la lecture et garantir l'anonymat, ils seront appelés A et B.

L'un n'affiche pas particulièrement de projet managérial de l'équipe d'encadrement, la thématique apparaît plus en filigrane de la politique de soins<sup>31</sup>. Néanmoins, elle reprend plus des valeurs et des principes génériques qui peuvent être transposés dans les relations managériales.

---

<sup>30</sup> Annexe I : Guide d'entretien

<sup>31</sup> Annexe II : Politique de soins du CHA

L'autre établissement a formalisé une charte de management<sup>32</sup>. Cette charte se présente sous forme de triptyque et précise de façon très succincte les valeurs, les modalités d'accompagnement et les grandes règles relationnelles.

#### A) Etablissement A

Il s'agit d'un centre hospitalier général avec une activité de psychiatrie. L'établissement est implanté en zone urbaine dessert une population d'environ 162 000 habitants. Sa capacité d'accueil est de 992 lits (284 de médecine, 129 de chirurgie, 310 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 90 de soins de suites, 80 de psychiatrie, 60 de longue durée et 39 de gynécologie obstétrique), 116 places (43 de dialyse, 31 de médecine, 20 de psychiatrie et 22 de chirurgie) et 370 places d'hébergement.

Il est doté d'un plateau technique moderne composé de deux gamma caméras, un Tep Scan, trois scanners (dont un installé récemment aux urgences), trois appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dont un installé récemment et de treize salles de bloc opératoires. Il a un lien fort avec le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de référence qui reconnaît les compétences des équipes médicales.

Son activité est en hausse constante, pour 2016, elle compte 71099 séjours (+7% par rapport à 2015), 49383 passages aux urgences, 225 687 consultations, 1280 naissances et 12433 interventions au bloc opératoire. Financièrement, sa situation était positive jusqu'en 2016 où le bilan financier laisse apparaître un déficit de 2.1 millions d'euros pour 201 millions de recettes.

Le personnel, en équivalent temps plein (ETP), est de 2373 avec 240 médicaux dont 138 médecins et 2133 non médicaux dont 1510 personnels de soins.

Un coordonnateur général des soins est en charge de la direction des soins et de la direction de la qualité et de la certification. Sa sortie de formation de l'EHESP date de janvier 2014 et sa prise de fonction dans l'établissement date de juin 2016. Un organigramme de la direction des soins et de la qualité est formalisé.

L'encadrement supérieur de la direction des soins est composé de neuf CSS : huit sont cadres de pôle et un a des missions transversales notamment sur les aspects ressources humaines. Un cadre supérieur est détaché complètement à la direction qualité et gestion des risques avec trois ingénieurs et une assistante. Ils sont réunis autour du coordonnateur général un mardi matin sur deux pour une réunion de concertation.

L'encadrement compte quarante-quatre personnes (trente et un CS, quatre faisant fonction de cadre de santé et neuf infirmiers coordonnateurs) sur l'ensemble des services de l'établissement.

---

<sup>32</sup> Annexe III : Charte du management du CHB

## B) Etablissement B

Il s'agit d'un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Il a toujours été une référence dans le domaine de la Santé Mentale sur le territoire de santé. Il a déployé, sur un territoire long de 60 kilomètres environ sur 40 kilomètres sur sa partie la plus large, un dispositif qui permet de répondre aux besoins en santé mentale d'une population de 370 000 habitants. Il couvre 6 secteurs de psychiatrie générale adultes et 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

L'ensemble de l'administration et les structures d'hospitalisation de deux secteurs se situent sur le site historique de l'établissement construit en 1863 qui était à son ouverture un «Asile de femmes aliénées ». Ce site a compté jusque 1900 personnes hospitalisées. L'activité sur le site a beaucoup diminué dans le cadre des relocalisations sur l'ensemble du territoire et du développement de l'activité ambulatoire. L'établissement a ainsi connu une mutation profonde par l'externalisation des unités de prise en charge sur la zone géographique de compétence. Cette démarche se terminera prochainement pour la relocalisation des unités d'admission.

L'établissement compte, à ce jour, 218 lits de psychiatrie générale et 83 places d'hospitalisations partielles ainsi que 30 places d'hospitalisations partielles en psychiatrie infanto juvénile. Pour chacun de ces secteurs, des structures de soins spécifiques ont été développées au plus près des populations : unités d'hospitalisation temps plein, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, centres médico psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ....tendant à favoriser un accès aux soins de proximité et adapté à la demande. Ce dispositif représente plus d'une quarantaine de structures pour l'ensemble des secteurs.

Par ailleurs, l'établissement a également initié la création de structures intersectorielles centrées sur la réhabilitation psycho-sociale. Enfin, le dispositif de prise en charge est complété de l'apport des structures médico-sociales que sont une résidence de 60 lits regroupant une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de 40 lits, un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de 20 lits et un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 65 lits, spécialisé dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées comprenant un centre de la mémoire en lien avec le CHRU et une Unité Cognitivo-Comportementale de 15 lits.

En terme de ressources humaines, on dénombre 1102 professionnels pour 1060,7 ETP dont environ 50 médicaux et 770 soignants. S'agissant des finances, son budget annuel est de 65 millions d'euros et son résultat 2016 était légèrement excédentaire. L'année 2017 sera plus contrainte car l'Agence Régionale de Santé (ARS) a annoncé une réduction de plus de 700 000 euros de sa dotation.

Un coordonnateur général des soins est en charge de la direction des soins et de la direction de la qualité et de la gestion des risques. Sur cette dernière, il y a un autre DS et une équipe composée d'un CS et d'un ingénieur qualité. Pour la direction des soins, le coordonnateur est assisté d'une cadre supérieure de santé (qui a également un pôle en responsabilité).

L'encadrement supérieur est composé de 13 cadres supérieurs de santé (dont 6 sont cadres de pôle) soit sur des missions de gestion soit sur des missions transversales (formation continue, diététique, médecine du travail, entretien centralisé,...). Ils sont réunis autour du coordonnateur général chaque jeudi après-midi pour une réunion de concertation.

L'encadrement compte environ 45 cadres de santé qui sont également soit sur une gestion d'une structure, soit sur des missions transversales (formation continue, encadrement de nuit, dossier informatisé,...).

### **2.1.3 La population interrogée**

Nous avons interviewé 12 personnes<sup>33</sup> de ces organisations hospitalières selon la répartition suivante :

- 6 cadres de santé : 3 du CHA et 3 du CHB
- 4 cadres de pôle : 2 du CHA et 2 du CHB
- 2 Directeurs des soins : 1 du CHA et 1 du CHB.

En accord avec les interviewés, nous avons enregistré les entretiens et réalisé une prise de notes concomitante. Chaque entretien est programmé et dure environ une heure. Les interviewés sont informés de la garantie de l'anonymat.

Chaque entretien est réalisé selon le guide précédemment présenté.

Dans chaque catégorie, nous avons choisi de prendre, dans la mesure du possible, une personne dont la prise de fonction est récente et une autre plus ancienne.

### **2.1.4 Les limites**

Nous avons pu identifier certaines limites de notre enquête.

Dans un premier temps, nous avons bien conscience de la limite de l'échantillonnage qui ne permet pas de généraliser mais d'apporter un regard complémentaire à la recherche documentaire essentiellement. En effet, nous nous sommes limités, pour des questions de temps, à deux établissements et une douzaine d'acteurs.

Deuxièmement, les acteurs rencontrés font partie de la direction des soins, il aurait pu être pertinent de rencontrer des directeurs (établissement ou autre direction fonctionnelle) et des médecins. Ces derniers, notamment les chefs de services et de pôles, travaillent au quotidien avec les cadres de santé et connaissent la complexité de l'exercice.

Troisièmement, nous devons noter une difficulté d'expression pour certains notamment les cadres par crainte de la hiérarchie, nonobstant l'anonymat que nous pouvions garantir.

---

<sup>33</sup> Annexe IV : Liste des entretiens réalisés

Enfin, la différence de spécialité entre les deux établissements peut induire un biais dans les réponses notamment sur l'exercice multi sites dans l'établissement de psychiatrie qui induit plus de distance de la direction des soins. Dans la présentation des résultats, nous ne réaliserons pas de comparaison systématique entre les deux établissements sur chaque thème mais davantage une lecture croisée au regard des éléments de contexte différents.

Sans plus tarder, nous vous proposons de découvrir l'expression de l'ensemble des acteurs rencontrés.

## **2.2 Résultats des analyses**

Nous avons pris l'option de présenter les résultats par catégorie de professionnels rencontrés pour les deux établissements puis de réaliser une synthèse qui permettra de mettre en exergue la vision croisée.

### **2.2.1 La vision et les attentes des cadres de santé**

A) Quel est l'intérêt des cadres pour la fonction ?

Cette première question permet de libérer la parole comme nous l'avons précisé précédemment. La comparaison entre les deux établissements ne nous semble pas nécessaire.

Les entretiens relèvent différentes raisons pour aborder la fonction d'encadrement selon la répartition suivante :

- Acteur des organisations au sein de l'établissement (4 cadres),
- Passer à autre chose, progresser et évoluer dans la carrière, promotion interne (3),
- Envie de faire bouger les choses (2),
- Vue différente de l'institution et curiosité intellectuelle, élargir la vision (2),
- Existence de modèle chez les cadres (2),
- Multiplicité des missions (2),
- Potentiel détecté par l'encadrement (2).

Ainsi, chacun réagit par rapport à son vécu et à ses propres convictions, nous pouvons néanmoins noter la forte volonté de l'encadrement d'être un acteur du changement et des organisations de l'établissement.

B) Quelle définition ont-ils de l'autonomie ?

Pour la grande majorité des cadres (5/6), il s'agit de travailler « **sans supervision permanente** sans en rendre compte à son supérieur hiérarchique avec une capacité d'initiative » et « être à même de faire les choses sans avoir l'aval constant de la hiérarchie ». Néanmoins, ils précisent avoir un « souci de rendre compte de leur travail et des difficultés rencontrés ». Il est ainsi repris **l'importance du report au supérieur hiérarchique** dans un but de « reflet permanent et loyal de ce qui se passe envers son supérieur ».

Tous les cadres affirment la nécessité de « **pouvoir être aidés dans la difficulté** » notamment lors de la prise de fonction ou de la période de faisant fonction.

Ils sont unanimes pour préciser qu'il s'agit de « pouvoir effectuer ses missions de par son décret de compétences et les règles professionnelles ». Ainsi, la **définition du cadre** est fondamentale pour tous. Ils souhaitent être « au courant de la législation et de la ligne d'évolution qui est demandée, en lien avec le cadre institutionnel comme le projet de soins et le projet d'établissement ».

**La notion de responsabilité** est reprise pour trois cadres qui précisent la nécessité « d'assumer ses choix et de maîtrise de son destin ». Cet élément est repris par les deux jeunes cadres qui précisent que cette notion peut faire peur au début.

Deux cadres abordent **le champ de créativité**, qui permet selon eux « d'élargir leur champ d'activité dans la prise en charge de certains patients par exemple ».

Pour l'un d'eux, il s'agit d'un concept difficile à définir et il fait le choix de le faire par la négative, il s'agit donc « de ne pas être indépendant mais de tenir compte de l'environnement dans les responsabilités et les décisions ».

Les réponses des cadres permettent donc de soulever deux éléments importants : la nécessité de définir le cadre de l'autonomie et la prise de fonction comme moment crucial d'accompagnement.

Le contrôle n'est cité que par un seul cadre qui donne l'exemple pour son équipe plus que pour son propre exercice.

C) Qu'est-ce qui favorise l'autonomie ?

**La confiance** est citée spontanément, sans que nous prononcions le terme lors de l'entretien, par tous les cadres rencontrés dans les deux établissements. Les propos de l'un d'entre eux résument parfaitement le sentiment de l'ensemble ; « quand votre hiérarchie vous donne l'autonomie c'est que vous avez la capacité d'assumer les missions données...quand le cadre supérieur vous confie une mission c'est qu'il vous fait confiance ». Les cadres insistent également sur la nécessité d'une confiance réciproque.

**Le temps d'échanges avec le cadre supérieur** est également repris par tous comme un moyen de favoriser cette confiance donc l'autonomie. J'ai relevé dans le discours l'« importance d'un dialogue permanent » et également la nécessité d'un « temps d'échange en dehors d'un esprit de concurrence ». Pour le CHB, dont les sites sont très éclatés et distants, le contact prend régulièrement la forme d'un appel téléphonique ou d'un mail.

**Les échanges avec les autres collègues** sont repris exclusivement par les cadres du CHA. Selon eux, ils permettent de « se tourner vers les personnes ressources en cas de difficultés ». Nous aborderons le sujet lors de la question sur l'appartenance à la direction des soins et à un collectif cadres.

Pour le CHB, les cadres regrettent dans leur ensemble le **manque de temps d'échange avec le DS**. Ils précisent que cela est dû soit à la charge de travail du DS soit à la distance des différents sites.

**La reconnaissance** est peu abordée, « elle passe par la confiance » selon un cadre et par l'attribution de formations pour un autre CS. Il ne s'agit pas au final d'un élément repris par l'encadrement de façon explicite ni même de façon implicite.

D) Qu'est-ce qui limite ou freine l'autonomie ?

On ne retrouve pas de consensus dans les réponses apportées mais plus des préoccupations individuelles :

- Pour trois cadres : « Pas de maîtrise de la spécialité où l'on arrive » ou « la prise de fonction nécessite d'être accompagné », pour le CHB deux cadres regrettent le manque d'accompagnement à la prise de fonction au début pour le cadre récemment nommé (organisation, histoire du pôle, culture) et l'autre pour une nouvelle affectation.
- Dans les échanges, on retrouve également les médecins : « on ne fait pas ce que l'on veut, on doit en référer aux médecins ».
- De la même manière, les partenaires sociaux pour deux cadres sont vécus comme un frein à leur autonomie et ceci dans chaque établissement.
- Les contraintes budgétaires : « on a l'autonomie de formuler une organisation mais on est limité par les aspects financiers ».
- « Les situations très conflictuelles ou on perd la main » et pour un cadre du CHB, la crainte « est d'aller trop loin », il a ainsi des temps de supervision avec une psychologue pour en discuter, ce dispositif n'est absolument pas institutionnel mais à sa propre initiative.

E) Pensez-vous être autonome ?

Cinq cadres sur six pensent être autonomes selon les missions définies. Les deux jeunes cadres se disent de plus en plus autonomes.

Un cadre se dit peu ou pas autonome car il considère avoir une faible autonomie « face à la ligne hiérarchique qui est très forte, nous suivons les règles hospitalières, le règlement intérieur, les décisions de pôles... ». Néanmoins, au sein de son service, il considère être plus autonome. Il identifie ainsi « un niveau macro peu autonome et un niveau micro plus autonome ».

Au regard de la grille d'autonomie décrite dans la première partie, les cadres rencontrés sont tout à fait capables de se remettre en cause afin d'améliorer leurs pratiques.

F) Comment qualifieriez-vous le management du cadre supérieur ?

Pour les deux établissements, les cadres notent le rôle essentiel d'animation du pôle par le cadre supérieur avec « une prise de recul plus importante dans une vision plus transversale avec une approche plus distanciée du terrain qui aide à adhérer à la vision institutionnelle ».

La majorité note une écoute attentive des CSS qui ont un management participatif et un accompagnement. Il faut noter les notions clefs de franchise, de clarté et de vérité notamment dans le cadre de problématiques particulières ou d'accompagnement dans le cadre de difficultés.

Pour le CHA, au sein du pôle, les échanges existent entre les différents CS pour « éviter la balkanisation » autour des rencontres avec le CSS.

G) Comment qualifieriez-vous le management du DS ?

Pour le CHA, les cadres parlent des rencontres régulières des cadres autour du DS qui « sont des temps privilégiés avec l'encadrement pour identifier les axes prioritaires à mettre en place » et apporter les précisions nécessaires. Mais comme dans chaque temps d'échange, un cadre « pense qu'il est nécessaire de pouvoir s'exprimer en dehors de la hiérarchie sans crainte de la sanction ». Un CS regrette de ne pas être vu par le DS pour l'évaluation annuelle pour évoquer le projet professionnel et les formations spécifiques.

Sur le management du DS, un seul cadre du CHA s'est exprimé pour préciser que « le DS est dynamique avec une méthodologie appliquée qui se ressent mais il est important de tenir compte de la temporalité notamment dans le changement ». Il illustre la différence de management entre deux DS (actuel et précédent), le DS actuel souhaite faire remonter les difficultés du terrain via les cadres et les impliquer mais d'un autre côté ce style est imposé dans le cadre d'une injonction paradoxale : il faut « s'engager » qui est une démarche personnelle mais également un ordre. Il considère qu'« il faut respecter la volonté de chacun des cadres dans cette phase de changement ».

Pour le CHB, les cadres regrettent le peu de lien avec le DS, le relais se fait essentiellement par le CSS. Nous citons : « en tant que cadre nous n'avons pas de lien avec la direction des soins, plus si ils sont attachés au pôle ».

H) Quel est le rôle du DG dans votre prise d'autonomie ?

Pour le CHA, les cadres pensent que le « DS a toute son autonomie » et ils ont « le sentiment que le management est laissé libre » ainsi « il y a des injonctions du DG mais le DS a toute son autonomie vers un résultat attendu ». Ils pensent qu'il existe une cohérence entre DG et DS dans le « cadre d'une vision partagée » idem entre les CSS et DS. La différence identifiée pour le CSS est dans son rôle au cœur du pôle de façon plus opérationnelle.

Pour le CHB, le DG est nommé récemment, les cadres sont ainsi dans l'attente d'une prochaine réunion d'encadrement pour comprendre les attentes du DG et le lien avec la direction des soins. Ils n'ont pas rencontré le DG depuis sa nomination.

I) Qu'est-ce qui favorise l'appartenance à la direction des soins ?

Les avis des cadres sont unanimes pour affirmer que **les échanges entre collègues permettent « un effet libérateur »** qui doit avoir lieu dans un sens d'entraide et de collaboration mais il persiste une crainte résiduelle de l'existence de la personne dominante ou de l'intervention d'un syndicat.

Ils souhaitent tous, et sont dans l'attente, de temps informels qui peuvent prendre la forme « de rencontres sans but autour d'un café » afin de « pouvoir échanger sur les difficultés et les techniques ou outils mis en place au sein de son unité ». La moitié souhaite que ces temps informels puissent être conviviaux.

Pour le CHB, il n'y a pas de temps formalisé pour des rencontres de tous les cadres, ces rencontres se font plus dans le pôle ou sur le territoire de proximité, parfois de façon officieuse entre collègues.

Un cadre pense que les groupes de travail permettent de se rencontrer et d'échanger sur différentes thématiques ainsi la construction du projet de soins en forme de sous-groupe fût un « moment d'échanges et de partages très intéressant qui avait permis la **convivialité** ».

La notion **d'appartenance à la direction des soins** est retrouvée dans 4 entretiens sur 6 ainsi elle « légitime l'encadrement au sein de l'établissement et des services, on fait partie d'un groupe qui est reconnu, non par rapport à la direction, mais aux autres professionnels et notamment au corps médical ».

Ce **lien avec le corps médical** est cité par tous les cadres du CHA, l'un d'entre eux considère que « le cadre est un élément important dans l'organisation et la gestion du personnel mais le plus important aux yeux de la direction ce sont les médecins ».

Pour le CHB, un cadre pense que les temps de réunion avec les médecins chefs de pôle permettent de prendre la même direction, un autre pense que les médecins peuvent contrecarrer le management du cadre.

J) Avez-vous connaissance d'un projet managérial ?

Pour le CHA, il n'y a pas de projet managérial. Il n'existe pas non plus de projet de soins actuellement. Le précédent projet de soins a laissé « l'impression à l'encadrement que le DS avait écrit le projet qu'il voulait avoir mais pas celui d'une entité vivante ». Un CS regrette le manque d'accompagnement des cadres dans certaines situations notamment dans des événements tragiques comme le décès d'un agent alors que les équipes sont accompagnées de façon très active.

Ainsi, pour le CHA il n'y a pas de projet formalisé mais une volonté claire du DS de se positionner, les trois cadres regrettent la forte présence syndicale qui freine l'autonomie des cadres.

Pour le CHB, il existe une charte du management. Néanmoins, un seul cadre la connaît réellement alors que les deux autres ne la connaissent pas. Ils mettent en avant le dispositif sur les risques psycho-sociaux et les actions de formation. Le cadre qui a connaissance de la charte précise qu'elle n'a pas été travaillée avec l'encadrement mais diffusée à la fin d'une réunion de cadres sans discussion.

## **2.2.2 Le cadre supérieur de santé : lien entre le CS et le DS**

A) Quel est votre intérêt pour la fonction cadre ?

Les personnes rencontrées ont abordé la fonction cadre pour des raisons différentes, on retrouve :

- La volonté d'« évoluer dans la profession et de faire autre chose » pour trois d'entre eux,
- L'envie de « manager une équipe et monter des projets »,
- L'un d'eux a été détecté par son encadrement,
- Enfin l'un d'eux souhaite « mener les hommes mais dans le bon sens du terme ».

Un CSS exprime que le cadre « doit participer aux soins car le principe est que le CS doit savoir réaliser les soins pour évaluer la qualité des soins ». Il s'est imposé cette pratique comme cadre et attend que les cadres de son pôle en fassent de même.

Ils sont unanimes pour dire qu'une mission du CSS est de rendre ses cadres autonomes.

L'un d'entre eux précise qu'il faut vraiment le vouloir « devenir cadre n'est pas une fatalité » sinon la personne ne s'épanouira pas dans son métier.

## B) Pouvez-vous définir l'autonomie ?

Les cadres supérieurs rencontrés définissent l'autonomie qu'ils peuvent laisser à l'encadrement comme « la possibilité de prendre des décisions dans un cadre très précis » où « chacun a sa place dans ses missions » et précisent le but :

- « Mener à être partie prenante des projets »,
- « Amener à une vision plus grande au niveau institutionnel et les faire quitter le quotidien du service »,
- « Valoriser les acteurs ».

L'aspect contrôle exercé par le CSS est repris par l'ensemble des personnes rencontrées notamment dans le domaine de compétences. Nous citons l'un d'entre eux, qui précise à sa manière l'intérêt du contrôle : « confiance sans contrôle égale connerie, ainsi de temps en temps je contrôle aussi ».

## C) Ce qui favorise l'autonomie

**La confiance** est retrouvée pour l'ensemble des CSS dans une cohérence avec le DS afin de « ne pas avoir un double discours entre le CSS et le DS par rapport aux équipes ». Cela passe aussi par le besoin de se connaître. Deux CSS évoquent également la confiance qui nécessite de fixer des règles ou de donner des directives (exemple : présence des cadres durant les congés). Deux autres donnent leur confiance « après avoir évalué l'autonomie et la capacité à être autonome dans le travail au quotidien ».

**La personnalité du cadre et ses compétences** sont des éléments favorisant pour tous. Ils disent que « certaines personnes n'auraient pas dû être cadre, cela ne s'apprend pas, c'est un savoir être ». Ainsi, le cadre doit avoir « une personnalité à pouvoir prendre des décisions seul dans le cadre des missions ou des fonctions ».

**L'accompagnement par le CSS** est un élément favorisant pour 3 CSS sur 4 par exemple grâce à « des astuces ou des méthodes » où chacun doit rester à sa place. Le travail en groupe permet de développer l'autonomie par une complémentarité des cadres dans le groupe du pôle avec une parole libre. Le fait d'« avoir des outils communs comme par exemple des trames de réunion ou des fiches de traçabilité afin de favoriser le partage et éviter que le CS travaille inutilement » serait pour eux également un facteur favorisant.

**L'écoute et le partage** au sein du pôle existent mais les pôles doivent partager entre eux, cela doit être impulsé par les CSS pour ceux du CHA. Le soutien est important et surtout en face à face, cela est parfois compliqué sur le CHB dont les différents sites sont éclatés.

**La reconnaissance** est énoncée par tous, il faut « dire de ce qui est bien fait et le dire pour gratifier le travail réalisé ». Cette reconnaissance passe par l'évaluation annuelle pour l'un d'eux. Il note néanmoins « qu'en contrepartie le cadre doit accepter les remarques, la confiance vient ainsi de la liberté de parole ».

Les deux CSS du CHB notent l'importance de référer régulièrement au supérieur hiérarchique « tout problème ou difficulté importante » car ils considèrent que « tout doit leur revenir ».

#### D) Ce qui limite ou freine l'autonomie

Les CSS évoquent différents freins que sont :

- Le manque d'engagement des cadres notamment sur le fait de limiter son engagement et de réduire ses horaires ;
- La peur de la décision, un CSS utilise l'expression « certains cadres sont handicapés de la décision et restent dans leur bureau, cela est plus sécurisant » ;
- Les contraintes institutionnelles comme par exemple les quotas de départ en formation ;
- La personnalité, qui est évoquée comme un facteur favorisant, peut à l'inverse être un frein ainsi « les gens qui ont trop d'ambition mais qui n'ont pas les compétences ».

Le manque de retour du cadre peut inciter à diminuer l'autonomie, un CSS donne l'exemple que « lors d'un événement indésirable, le cadre m'a oublié et ne m'a fait pas de retour...et je découvre les événements lorsque je suis interpellé par un membre de l'équipe de direction...les décisions prises sont parfois inappropriées ».

Le manque de réponse ou la réponse tardive du CSS peut freiner la prise de décision autonome, si le cadre avait besoin de pouvoir en discuter pour être rassuré.

#### E) Comment évaluez-vous l'autonomie ?

Tous jugent que leurs cadres sont autonomes. Ils évaluent l'autonomie dans :

- « L'accompagnement sur les projets (exemple : ouverture d'une unité) avec une présence régulière, un échange sur ce que le cadre prévoit, comment les choses se passent ».
- « La gestion des effectifs et l'ouverture des unités ».
- « L'accompagnement au quotidien », cela passe principalement par l'observation notamment « les relations avec les équipes, la gestion des dossiers, la gestion d'absentéisme au pied levé et le lien avec le syndicat ».
- Les échanges notamment lors de l'évaluation annuelle mais ils n'attendent pas cette rencontre s'il existe des problèmes, un besoin ou une difficulté.
- « Les renvois que peuvent me faire les équipes, j'ai connu des cadres dont les équipes venaient m'interpeller car le cadre hésitait à donner une réponse positive ou trainait ».

Ils reconnaissent qu'il n'existe pas d'outil et que cela passe plus par d'autres techniques.

F) Quel est votre management comme cadre supérieur ?

Ils jugent tous adopter un management participatif mais parfois directif selon la situation et la personne. Ils accompagnent le cadre en gardant leur place. L'un d'eux illustre cela par la nécessité de ne pas intervenir en lien direct avec les équipes et laisser le CS agir seul.

Un CSS évoque la nécessité d'imposer les décisions de la direction parfois. Cela lui pèse s'il n'y a pas d'adhésion de l'encadrement.

Ils jugent avoir un rôle fondamental d'animation de l'équipe de CS en étant un relais important du DS. Ce point est plus marqué dans le CHB.

G) Comment qualifieriez-vous le management du DS ?

Ils reconnaissent le management participatif du DS qui délègue mais contrôle. Ils trouvent une aide lors des moments difficiles qui permet de se sentir soutenu face aux cadres et aux médecins.

Pour le CHA, il est reconnu aidant, abordable et fixant une ligne de conduite. Actuellement, le DS affirme un réel positionnement et favorise une reconnaissance de la direction. Ils attendent ce type de management depuis des années, néanmoins il y a une résistance au changement.

Pour le CHB, il existe beaucoup d'échanges et de participation aux décisions notamment lors de la réunion CSS. L'un d'eux dit : « le DS nous demande notre avis et en tient compte avec la réalisation d'un retour à la DG ou lors des instances ». L'un des CSS regrette le peu d'échanges avec le DS de façon individuelle et trouve que le DS est « absent voire laxiste ». Il reconnaît travailler beaucoup plus avec le directeur référent qui est plus présent sur le pôle. Il trouve que « le DS se repose trop sur eux ».

H) Quel est le rôle du DG dans la prise d'autonomie des cadres ?

Pour le CHA, les CSS considèrent que le DG positionne clairement le DS comme un partenaire, « il dirige son établissement mais il peut s'appuyer sur lui, il est soutenu et il existe une cohérence entre les deux ». Un CSS dit : « Le DS depuis son arrivée a changé beaucoup de choses, le DG doit absolument le soutenir dans le cadre d'un terrain d'entente et d'une loyauté ».

Pour le CHB, les CSS attendent que le DG précise les choses et donne des directives claires. Ils considèrent qu'il est possible d'échanger avec le DG pour trouver des consensus et d'avoir des temps de concertation.

I) L'appartenance à la direction des soins favorise-t-elle l'autonomie des cadres ?

Pour les CSS du CHA, la création d'un collectif cadre de la direction des soins permettrait de développer l'autonomie « si les gens veulent y participer et s'engager dans le changement donc accepter ». Ils pensent que les cadres devront « dépasser la crainte du jugement et de dire leurs difficultés ». Le DS doit « incarner la liberté de parole comme partenaire afin de créer une représentativité et un collectif cadre plus fort dans cette appartenance ».

Il existe une réflexion pour un espace cadre de santé dans une salle dédiée, les CSS seront vigilants à ce qu'il soit « constructif sans devenir un lieu de revendication ou de plaintes, pour avancer et échanger sur les difficultés » et que « chacun reste à sa place ». Enfin, « tout ne doit pas être collectif, le projet de soins peut être le moyen ». Ils ont la crainte d'un collectif cadre « qui se lève contre les décisions du CSS » avec interpellation du corps médical.

Pour le CHB, il n'y a pas de collectif cadre sauf une réunion annuelle ou lors d'événements particuliers comme lors de la certification. Ces rencontres permettent de parler le même langage. Il existe une « communication facile lors des briefings pour le pôle entre les cadres ». Il est important que les cadres puissent « discuter et se voir entre eux ».

Un des CSS a formulé récemment une proposition, qui doit se mettre en place, de faire se rencontrer les cadres de consultations médico-psychologiques (CMP) afin d'échanger sur des difficultés communes. La proposition est pertinente car l'isolement ou la distance peuvent nécessiter des échanges plus fréquents.

Il existe un collectif de cadres supérieurs mais il y a une séparation entre les deux grands secteurs géographiques de l'établissement.

J) Faut-il formaliser un projet managérial ?

Pour le CHA, il n'y a pas de projet managérial mais l'un des CSS souhaite pouvoir le construire. Il le souhaite avec des objectifs précis, réalistes et réalisables, à la différence du précédent projet de soins dans lequel il ne se reconnaissait pas.

L'autre CSS, le plus jeune dans la fonction, n'a pas d'avis mais insiste sur la nécessité de mise en place de formations pour l'encadrement qui permettent d'échanger sur les attentes et le positionnement des cadres. Cette formation doit avoir lieu prochainement.

Pour le CHB, le CSS1 précise qu'il existe une charte du management et des éléments dans le projet de soins « mais cela est peu exploité ». L'autre CSS confirme que la charte est issue de la bienveillance et dit « c'est une belle charte qui nous permet de travailler mais elle a été faite sans les cadres donc cela a soulevé beaucoup de polémiques...le directeur nous a fait une belle démonstration pour nous dire qu'il s'agissait d'un bel outil de négociations...elle mériterait d'être actualisée et rafraîchie ».

### 2.2.3 Qu'en pensent les directeurs des soins rencontrés ?

#### A) Recherche de l'intérêt pour la fonction cadre

Le DS du CHA explique son intérêt pour la fonction de cadre en précisant : « en fait, j'étais infirmier de bloc et souhaitais progresser dans ma carrière...je voulais faire autre chose...le départ de la surveillante du bloc a favorisé ma prise de poste ». Pour le DS du CHB, on retrouve « la notion de responsabilité, cela est clair ». Il précise qu'il avait « l'illusion de penser que l'on pouvait influencer sur la qualité des soins » et voulait « faire quelque chose où il pouvait être acteur et ne pas subir ».

#### B) Définir l'autonomie

Pour le DS du CHA, l'autonomie est pour lui le fait « d'être capable de faire quelque chose que vous maîtrisez et d'en assumer la responsabilité et avoir une marge de manœuvre...pas ce que vous voulez mais dans un champ d'action ». Pour le cadre, « c'est la même chose dans un cadre donné comme tous acteurs de l'établissement ». Il illustre ses propos par un exemple qui nous semble pertinent : « le cadre peut mettre en place une organisation face à une organisation soignée, dans la gestion RH face à la réglementation du travail, idem sur la gestion de son unité, laisser les gens vivre comme face au code de la route... ».

Pour le DS du CHB, la définition est différente entre la vie courante et la fonction de cadre. Pour la vie en général, il définit l'autonomie comme « le fait de savoir se débrouiller seul, sans être assisté, ne pas être dans la difficulté ». Pour un cadre, c'est être « force de proposition, force d'élaboration ou incitatif » mais également « élaborer des projets, accompagner des équipes ou influencer les prises en charge ». L'autonomie est selon lui très subjective car « plus on monte dans les grades plus on pense être autonome... alors que je sais très bien que c'est illusoire, on n'est jamais autonome car on est membre d'une hiérarchie ». Pour lui, on ne peut pas travailler tout seul dans un hôpital et donc dans sa première définition quand il parle de se débrouiller seul, c'est « illusoire dans un établissement hospitalier ». C'est la même chose pour le DS car cela est dépendant du directeur général et des tutelles. Une forme d'autonomie est de « pouvoir porter les choses, les soutenir et les faire passer ».

Il reprend la notion de limites comme le DS du CHA en illustrant avec la question posée par les nouveaux cadres nommés récemment qui demandaient les limites de leur exercice.

#### C) Qu'est-ce qui favorise l'autonomie ?

Pour les deux DS, la première chose qui favorise l'autonomie des cadres **c'est la confiance**, si le cadre est trop bridé, il ne sera pas autonome et ne prendra pas de décisions.

Ensuite, ils évoquent tous les deux **le besoin d'un contexte rassurant**, cela passe notamment par :

- la stabilité de l'affectation et des missions confiées afin d'avoir un contexte de réassurance et de confiance,
- la formation de cadre qui est impérative et permet de donner les outils pour tendre vers cette autonomie, l'un d'eux dit qu'il s'agit « apprendre à marcher »,
- l'accompagnement dans un cap et en assurant un soutien dans une position d'aide, sans pour autant faire à la place. Le DS du CHB note l'importance de la hiérarchie qui doit être vécue de façon positive de par son aide apportée.

La reconnaissance est abordée par les deux DS selon des termes différents. Le DS du CHA précise que la reconnaissance peut passer par la valorisation des compétences et le fait de confier des projets afin de responsabiliser et valoriser le porteur du projet.

Le DS du CHB note l'importance de :

- l'affectation du cadre de santé et de la réflexion que doit avoir le DS face à la motivation, aux compétences, au parcours professionnel et à l'attrait pour le poste,
- l'accompagnement à la prise de fonction.

D) Qu'est-ce qui limite ou freine l'autonomie ?

Pour le DS du CHA, nous retrouvons essentiellement la réglementation comme limite de l'autonomie, il l'illustre par l'existence d'un risque pour le patient ou les équipes. La limite de l'autonomie, c'est également pour lui « quand le cadre peut être maltraitant ».

Pour le DS du CHB, le principal frein à l'autonomie est un management de type autocratique. Selon lui, il existe « trois types de management : autocratique, démocratique et laisser faire. Laisser faire, les études montrent que l'ambiance est agréable sans efficacité. Pour l'autocratie, il existe une efficacité mais tout est étouffé et contrôlé dans un sens de sanction. Le management démocratique est le plus efficace et le plus plaisant selon les études. Ainsi, ce qui peut faire limite c'est une forme d'encadrement de ce type ».

E) Pensez-vous que l'encadrement de votre établissement soit autonome ?

Pour le DS du CHA, les cadres ne sont pas autonomes car ils n'ont pas « de cadre donné, pas la connaissance de la gestion RH notamment la réglementation du travail, par exemple l'annualisation est en place depuis longtemps et seul trois cadres le font ».

Il illustre par un exemple : « en fin d'année dernière, je les ai écoutés puis après identification des problématiques, on a notamment mis en place une formation avec la DRH, idem sur la démarche qualité et la gestion des risques mais ils ne proposent pas d'évaluations de pratiques professionnelles...je parle du groupe dans son ensemble ». Il précise qu'il « évalue l'autonomie par l'observation des pratiques des cadres » et jugera

les cadres autonomes « lorsque les organisations syndicales viendront moins me voir sur les pratiques des cadres ».

Pour le DS du CHB, l'encadrement est autonome en pondérant avec le management de l'encadrement supérieur. Selon lui, le management du CSS peut freiner l'autonomie des cadres de son pôle dans la prise de décisions ou d'initiatives.

F) Comment qualifieriez-vous le management des cadres supérieurs ?

Pour le CHA, le DS considère les cadres supérieurs comme « des collaborateurs directs, ils gèrent dans leur pôle, je demande à être au courant, je leur donne le cap, je ne fais pas d'ingérence. J'ai deux nouveaux cadres supérieurs qui ont besoin de plus d'accompagnement, les plus anciens je vais les accompagner moins, la question tient au temps ». Pour lui, il est difficile de garantir que le cadre supérieur va favoriser l'autonomie mais il est nécessaire d'avoir une proximité des équipes d'encadrement. Le DS doit également être présent et aller sur le terrain, il juge que « cela vous positionne aussi, c'est aussi vos compétences ». Enfin, pour que le CSS laisse de l'autonomie au CS, le CSS doit avoir une marge de manœuvre.

Pour le DS du CHB, c'est au cas par cas, et le management du cadre supérieur a toute son importance dans le fait de favoriser l'autonomie. Ainsi le DS a une influence sur les CSS et doit donner la mesure.

G) Comment qualifiez-vous votre management ?

Pour le CHA, il dit que « en tant que directeur, vous devez être directif, vous êtes obligé de l'être pour certaines choses. Ainsi pour que le cadre soit autonome, il faut donner les règles afin d'éviter que l'encadrement ait peur » et il « l'assume ». Il dit « faire un management le plus participatif possible en gardant en tête les enjeux...il est spontané, transparent, engagé, en confiance et adaptatif ».

Pour le DS du CHB, en lien avec son explication sur les différents types de management, il se dit démocratique. Pour lui, ce n'est pas un choix c'est une culture personnelle en lien avec ses valeurs soignantes mais également ses expériences personnelles et professionnelles.

H) Quels sont vos liens avec le DG pour l'autonomie des cadres ?

Pour le CHA, le DS juge que « le DG ne s'en occupe pas, il m'a tout délégué, je dois lui rendre compte, il est plus en prise avec les CSS qu'il connaît mieux ». Sa demande est de « positionner une direction des soins autrement plus proche du terrain, il m'a confié la direction qualité afin de diffuser la démarche et d'accompagner les pôles. Le DG met la ligne directrice puis laisse faire ses équipes après échanges en directoire ».

Pour le CHB, qui a connu un changement de DG récent, le DS a peu de recul. Dans l'immédiat, le DG juge plus les comportements individuels en lien avec les compétences attendues. Dans son expérience, les différents DG l'ont toujours laissé faire dans le management de l'équipe d'encadrement. Ce qui confirme de fait l'autonomie laissée par les DG au DS sur l'autonomie des cadres.

#### I) Appartenance à la direction des soins

Pour le DS du CHA, l'appartenance se développe grâce à un aspect collectif dans les relations humaines et le développement de temps informels en tenant compte des différents individus. Il juge que le DS doit être identifié comme leader ainsi, selon lui, « il faut qu'ils vous suivent, montrer l'exemple, ils doivent voir une direction avec eux comme une équipe (dire, faire comprendre et montrer). Un collectif cadre se lance dans l'établissement de façon informelle, les éléments formels sont ceux de la direction des soins. Ils ont eu l'accord et la vie leur appartient, ils n'ont encore rien fait alors qu'ils réclament cela depuis bien longtemps ».

Il pense qu'il est bien que les cadres échangent entre eux de façon informelle pour dépasser les échanges à l'intérieur du pôle. Il a mis en place des réunions de cadres toutes les 6 semaines. Pour les problèmes plus particuliers, « je vais les voir ou ils prennent rendez-vous ».

Pour le DS du CHB, les différents essais de collectif cadre, trois fois dans son expérience, se sont « tous plantés et ont fait pire que mieux. La demande vient souvent après une formation. Il existe ainsi des tensions entre CSS et CS et une main mise par les syndicats ». Il a ainsi mis en place d'autres outils comme notamment : la possibilité de prendre spontanément rendez-vous avec lui sur simple demande sans filtre (l'encadrement est informé systématiquement du rendez-vous), un briefing avec les cadres supérieurs et une rencontre de l'encadrement par pôle à la demande (il constate une augmentation des demandes et remarque que les questions posées ont déjà eu réponse auprès du CSS). Les rencontres informelles sont également évoquées comme un temps d'échanges important. L'établissement organise également une réunion d'encadrement de tout l'établissement ainsi que des colloques médecins, administratifs et encadrement.

#### J) Avez-vous un projet managérial ?

Pour le CHA, le DS a développé une politique de soins centrée sur la qualité dont les axes sont validés par le DG. Pour lui, la politique managériale est plus avec la DRH de façon théorique, « comme DS c'est celle de ma politique de soins ».

Pour le CHB, la charte du management a effectivement pour finalité de fédérer les gens sur les droits et les devoirs de façon générale. Le DS précise que « les cadres ont été les plus négatifs face à cette charte ayant l'impression qu'elle leur disait ce qu'ils devaient faire ». Cela a été très compliqué et controversé, ils avaient le sentiment d'une manipulation par les syndicats et les différentes corporations. La charte devrait donner le cadre mais elle n'a pas atteint son objectif, chacun interprétant les choses à sa manière. La controverse a poussé l'établissement à ne plus en parler alors que cela avait pour but d'améliorer la qualité de vie au travail.

## 2.3 Synthèse et vérification des hypothèses

Pour mémoire, nos hypothèses de recherche sont que :

- L'autonomie de l'encadrement passe par la reconnaissance.
- Le management du directeur des soins par la confiance favorise l'autonomie de l'encadrement.
- L'appartenance au collectif cadre de la direction des soins permet l'autonomie des cadres.
- Un projet de management co-construit en lien avec l'encadrement supérieur et les cadres de santé est un outil d'accompagnement indispensable.

Le but de notre recherche est de pouvoir, au regard de la théorie développée en première partie et de la recherche de terrain, proposer des perspectives pour un DS au cœur du management de son équipe de cadres.

En ce sens, les cadres attendent d'être :

- aidés dans la difficulté,
- accompagnés lors d'une prise de fonction ou d'un nouveau poste,
- rassurés par un cadre défini (ce que confirment les cadres supérieurs et les DS) : décret de compétence, règles professionnelles, cadre institutionnel ou projet
- soutenus dans la créativité.

La communication est également un élément fondamental des relations hiérarchiques au sein de nos institutions, celle-ci passe par :

- des échanges entre le cadre et le cadre supérieur avec notamment une importance du rendre compte entre le cadre et le cadre supérieur,
- des temps de rencontre entre collègues,
- des entretiens avec le DS.

Ce qui favorise l'autonomie, selon l'unanimité des personnes rencontrées, est principalement la confiance. **La seconde hypothèse est ainsi complètement vérifiée.** On retrouve également la personnalité du cadre, ce qui peut montrer l'importance de la sélection des cadres. Enfin, la reconnaissance n'est pas ou peu citée par les cadres. Celle-ci est par contre mise en avant par les cadres supérieurs et les directeurs de soins, **ce qui confirme très partiellement la première hypothèse.**

Le positionnement du DS comme leader ainsi que l'affirmation d'une réelle direction des soins sont identifiés comme des éléments importants par tous les acteurs notamment face au corps médical et aux partenaires sociaux. Le DS doit ainsi être à proximité de l'encadrement pour comprendre les problématiques. Dans cette organisation, l'encadrement a une place fondamentale. Le cadre supérieur, même s'il anime le pôle, a un rôle clef. Chaque acteur voit le management de son n+1 comme participatif ce qui favorise sa prise d'initiatives et de décision. Le n+1 voit lui son management comme participatif associant du directif.

L'appartenance à la direction des soins passe essentiellement pour chacun par un collectif des cadres de façon formelle ou non. Ce collectif fait peur à certains acteurs. Pour le CHA, le DS s'étonne que l'espace informel souhaité par les cadres ne soit pas en place alors que celui-ci est autorisé depuis quelques temps. **Cette volonté du collectif permet de vérifier partiellement la troisième hypothèse** et trouve tout son intérêt comme catalyseur des échanges sur les difficultés notamment. Il peut également être une sorte de contre-pouvoir.

Le projet managérial n'apparaît pas comme un outil important en tant que tel pour les acteurs rencontrés par contre, les éléments annoncés par chacun doivent trouver place dans un document formel telle une politique ou une charte. **La quatrième hypothèse est ainsi partiellement confirmée.** Par contre, ce qui est très clairement prouvé par la recherche c'est que la démarche doit être co-construite. La diffusion sans concertation de la charte de management du CHB en est tout à fait l'illustration.

Nous avons pu confronter notre recherche plus académique présentée en première partie à la réalité de deux terrains d'enquête. La dernière partie nous permettra de mettre en perspectives ces éléments avec notre future prise de fonction, toutes proportions gardées bien entendu.

\*

\*                      \*

### **3 Les propositions d'actions**

A partir de notre travail de recherche exposé précédemment et en nous inspirant de notre expérience professionnelle et de cette année de formation, nous formulons des pistes d'action en vue de répondre à l'enjeu d'établir et de maintenir une relation de confiance entre le DS et l'ensemble de l'équipe d'encadrement afin de développer leur autonomie. Ces propositions se feront bien évidemment en lien avec le directeur de l'établissement et toutes les directions notamment la direction des ressources humaines (DRH).

Ces perspectives prendront quatre axes. Le premier est, selon nous, un préalable fondamental et socle à toute autre démarche pour le DS en lien avec le DG en définissant une gouvernance managériale. Les autres axes aborderont : la communication, la création d'un collectif de cadres et le développement de la créativité de nos futurs collaborateurs.

#### **3.1 Axe 1 : Définir un projet managérial pour renforcer l'engagement**

Dans les différentes recherches, le projet managérial prend différentes formes et terminologies (politique managériale par exemple). On retrouve également le terme de gouvernance managériale qui touche plus largement aux valeurs.

##### **3.1.1 Pourquoi un projet managérial ?**

Si les établissements de santé ont coutume d'élaborer dans le cadre de leur projet d'établissement des projets de gestion, la définition de projets de management est bien plus rare. Ecrire un projet managérial c'est affirmer que la qualité du management est une condition de la qualité de vie au travail, du bon fonctionnement de l'hôpital, de la réussite de la conduite des projets et donc de la qualité de prise en charge des patients. L'existence d'un projet managérial confère de la légitimité à l'action managériale et doit permettre à chacun des « managers » d'être positionné en tant que tel aux yeux des autres managers et des équipes.

Ainsi, le projet managérial a pour objectifs principaux :

- D'impliquer tous les acteurs concernés par le management : direction, responsables médicaux, responsables soignants (dont les cadres de santé), responsables administratifs, techniques logistiques
- De partager des valeurs et des principes : outre les valeurs de service public, et celles qui sont déclinées dans le projet d'établissement, le projet de management est en lui-même porteur des valeurs que se donnent les « managers ».
- De mettre en œuvre les objectifs que l'institution a fixés.

Le projet de management permet aussi de formaliser l'engagement de la direction vis-à-vis de ses responsables et suppose évidemment que la communication et la confiance soit parfaitement établies entre les différents échelons.

### **3.1.2 Les incontournables du projet de management**

Faire vivre le projet managérial suppose plusieurs conditions cumulatives :

- disposer d'un schéma de gouvernance clair et partagé de l'établissement,
- définir clairement et précisément les rôles et missions de chacun (fiches de fonction et lettres de missions essentiellement),
- accompagner les acteurs dans le changement notamment,
- mettre en œuvre un dispositif de formation,
- définir des outils de gestion adaptés.

Ces éléments seront concrètement intégrés dans le projet ou feront l'objet d'un renvoi vers des documents internes.

### **3.1.3 Une politique d'encadrement**

Il s'agit là d'un domaine essentiel pour le DS qu'il devra développer si l'établissement ne dispose pas d'un projet managérial.

Les objectifs sont d'accompagner les parcours, de conforter les compétences et le développement d'un management responsable. Comme évoqué précédemment, l'encadrement des pratiques est un prérequis essentiel de cette politique d'encadrement.

Une étape importante est l'entrée dans la fonction cadre ; celle-ci est souvent précédée d'une mise en situation (faisant fonction), suivie d'une formation et / ou d'une nomination dans un grade d'encadrement. Il est indispensable de sécuriser l'accès à la fonction cadre par plusieurs actions :

- formaliser l'accompagnement de tous les faisant fonction de cadre (systématiser le tutorat, mission assumée par un pair disposant d'une ancienneté suffisante pour assumer ce rôle), ce qui lui permet d'échanger sur ses pratiques et son positionnement,
- mettre à disposition des cadres faisant fonction des formations de base indispensables à son exercice : gestion du temps de travail, notions de management, apprentissage des outils, connaissance de l'institution,
- organiser des rencontres régulières,
- renforcer le partenariat avec l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) car la mise en œuvre du projet management suppose un partenariat fort avec l'IFCS rattaché à l'établissement,
- accompagner la première année d'encadrement au même titre que les cadres faisant fonction.

La mobilité et le déroulement de carrière doivent également être réfléchis. Au même titre que les agents, l'institution se doit d'accompagner les projets professionnels des cadres, voire de les inciter en construisant avec eux des parcours.

### **3.1.4 Co-construire un projet managérial**

La formalisation du projet managérial devra se faire avec l'ensemble des acteurs de l'établissement pour une démarche institutionnelle ou de la direction des soins pour un projet limité. Dans tous les cas, le DS devra mobiliser les acteurs afin de réinterroger nos valeurs managériales. La co-construction est indispensable pour faire vivre à terme le projet formalisé et questionner les pratiques. Cette démarche passe par exemple par la constitution de groupe de travail pluridisciplinaire.

La communication de ce projet sera conforme aux préconisations à venir dans l'axe suivant. La démarche répondra aux exigences de calendrier de mise en œuvre et de définition d'indicateurs de suivi comme tout projet.

## **3.2 Axe 2 : Communication managériale et management par la confiance impulsés par le directeur des soins**

La formalisation de cette politique managériale n'est rien à elle seule, une communication et une pratique managériales optimales sont indispensables pour donner du sens au travail par une proximité.

### **3.2.1 Développer la confiance par la communication : un enjeu pour le DS**

Pour répondre à l'incertitude et aux complexités ambiantes, dans un contexte de transformation permanente, la communication managériale devient pour nos institutions un enjeu majeur.

De nombreux auteurs envisagent la communication managériale comme une source d'efficacité et de sens au travail, E. FOULONNEAU<sup>34</sup>, propose des pistes d'actions tout à fait opérationnelles. Celles-ci me semblent transposables à la pratique d'un DS.

Il s'agit de :

- Formaliser les attentes vis à vis des managers en intégrant la communication managériale dans le **référentiel de compétences** (intégrée aux entretiens annuels), éléments que nous pourrions intégrer à notre projet managérial ;
- **Organiser et structurer le flux d'informations pour chaque projet**, en intégrant les managers de proximité comme cibles puis comme relais et définir le plan d'actions de communication en conséquence ;

---

<sup>34</sup> Source Blog du management

- **Accompagner sur le terrain** les managers de proximité pour développer leur aptitude à communiquer de façon adaptée à leur équipe un message stratégique et à le traduire en objectifs opérationnels ;
- **Favoriser l'échange de bonnes pratiques**, vecteur de cohérence et d'exemplarité. Les personnes rencontrées affirment réellement ce besoin d'échanges entre les différentes lignes hiérarchiques de la direction des soins que ce soit pour un retour d'informations ou pour un partage de pratiques. L'expression du cadre sur ses difficultés nécessite une écoute avec bienveillance et empathie. Travailler la confiance permettra de libérer la parole et d'apporter une critique constructive et une aide dans la difficulté. Les temps d'échanges devront également être variés de façon formelle ou informelle ;
- **Objectiver et reconnaître les résultats** en mesurant l'impact de la communication managériale via des indicateurs de mesures factuelles comme par exemple : le nombre de réunions d'équipe, la régularité des entretiens avec chacun des collaborateurs ou des indicateurs de perception comme la compréhension de la stratégie de l'entreprise par les collaborateurs. Ainsi, la reconnaissance non retrouvée dans l'enquête est importante, l'encadrement supérieur et les DS l'avaient ex bien identifié ;
- **Impliquer et donner envie** aux managers de remplir ce rôle en les faisant participer autant que faire se peut aux réflexions pour les faire adhérer aux orientations stratégiques.

Il faut également ne pas oublier que cette communication managériale se complète par d'autres actions de communication interne, en effet la communication de l'établissement ne doit pas reposer uniquement sur l'encadrement.

Le même auteur a identifié les freins à la communication managériale :

- **Le peu de temps** que les cadres ont pour cette activité, leur priorité allant à l'atteinte des objectifs opérationnels,
- **La méconnaissance des attentes** de leur hiérarchie en termes de communication managériale,
- **Le manque d'information** (ou l'inexistence de primeur de l'information) dont ils disposent eux-mêmes. Cet élément est fondamental car dans notre pratique le manque d'information des cadres est souvent repris dans leurs griefs,
- **Leur manque de compétences** pour communiquer efficacement.

Ainsi, l'amélioration de la communication, vecteur du développement de l'autonomie passe par les comportements individuels du DS et de ses collaborateurs dans un cadre défini. Ces comportements nécessitent également de former les membres de la direction des soins.

### 3.2.2 Les formes de communication les plus adaptées

Les formes de communication peuvent être très variées. Nous présenterons dans les lignes qui suivent les éléments qu'il nous semble indispensable à développer par le DS sans ordre de priorité ou d'importance. Ces recommandations seront bien entendu adaptées à la taille et au contexte de l'établissement.

#### A) Des temps de communication collectifs sur le versant institutionnel

Nous proposons d'organiser de façon hebdomadaire **une réunion avec l'ensemble de l'encadrement supérieur** intégrant s'il y a lieu les CSS en missions transversales, cela permet également d'informer mais également de faire adhérer l'ensemble de l'encadrement supérieur à la politique managériale et que tous aillent dans le même sens. Pour être un réel outil de management, ces réunions doivent être constructives et vécues comme positives par les participants. De fait, la durée ne doit pas excéder 1h30. Nous ne développerons pas plus les éléments connus de chaque manager sur l'organisation d'une réunion, qu'il faut néanmoins penser à appliquer (ordre du jour, respect des horaires, convivialité et animation). La place fondamentale laissée aux cadres supérieurs dans cette organisation de l'information nécessite que ceux-ci débriefent les informations descendantes et réalisent un retour régulier des échanges en réunion de CSS.

**La réunion avec l'ensemble des cadres** qui respectera les mêmes conditions peut être moins pertinente selon le contexte et la taille de l'encadrement. Nous aborderons ce dimensionnement au niveau institutionnel ou du pôle dans l'axe sur le collectif.

#### B) Réaffirmer la place de l'entretien professionnel : des temps de communication individuelle

Les cadres de santé, comme les cadres supérieurs, attendent de pouvoir rencontrer le DS dans des temps d'échanges individuels afin de partager sur des projets menés à bien, des difficultés ou des projets à venir.

Pour les cadres supérieurs, ces rencontres doivent être régulières (minimum mensuelles) afin de suivre les projets des pôles, les problématiques particulières et de recadrer tout dysfonctionnement.

Pour les cadres, ces rencontres seront plus espacées soit de façon annuelle soit à la demande pour une question particulière (formation ou projet individuel par exemple).

Au final, même si les rencontres doivent être planifiées, le DS doit laisser la possibilité à chaque cadre de prendre un rendez-vous s'il le souhaite.

### C) Des temps moins formels : une présence de terrain

Au-delà de cette possibilité de rendez-vous, le DS doit également être sur le terrain lors de réunions formalisées type groupes de travail ou réunions de services mais également de manière moins formelle.

La garde administrative est un bon prétexte pour se rendre sur le terrain à la rencontre des différents professionnels de l'établissement. Il nous semble que cette connaissance et cette proximité du terrain sont les atouts du DS au cœur de l'équipe de direction et il ne doit pas passer à côté de cette spécificité. Le quotidien ne doit pas diminuer cette disponibilité et il nous semble pertinent de programmer ces temps informels sur son agenda, même si cela peut paraître paradoxal.

## 3.3 Axe 3 : Manager le collectif cadres de la direction des soins

Pour les auteurs ayant travaillé sur l'articulation entre l'individu et le collectif<sup>35</sup>, depuis longtemps la gestion de la tension permanente existant entre l'individu et le groupe a privilégié l'intérêt supposé supérieur de l'individu, et s'est donc faite au détriment du groupe. « Le groupe, et plus largement le collectif, la collectivité, évoquaient tout de suite la méfiance, le risque d'enfermement et la restriction de la liberté individuelle. Il s'agit alors de revaloriser le groupe sans pour autant dévaloriser l'individu, en refusant de s'engager dans une logique de balancier permanent entre l'individu et le groupe, au profit d'une approche plus complexe des interactions qui lient individu, groupe(s) et société. Le groupe est le pivot de la construction de l'individu »<sup>36</sup>.

Pour se construire, exister et durer, un groupe a besoin d'un contexte qui précise :

- l'objet de sa constitution ;
- les objectifs qui définissent ses actions ;
- la démarche qu'il met en œuvre ;
- les moyens qui lui sont indispensables ;
- les règles de vie et de fonctionnement.

Le rapport DE SINGLY, en 2009, recommandait la création d'un collectif cadres pour les professionnels hospitaliers. Les initiatives sont nombreuses dans les établissements hospitaliers avec des retours plus ou moins positifs.

---

<sup>35</sup> Pachès Vincent, « Construire les interactions entre individu, groupe et société », VST - Vie sociale et traitements, 2007/3 (n° 95), p. 22-25. DOI : 10.3917/vst.095.0022. URL : <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-22.htm>

<sup>36</sup> Ibid

L'animation d'un collectif de cadres est indispensable pour le DS. Néanmoins, celle-ci doit tenir compte de vigilances pour éviter tous les biais identifiés dans la recherche mais également dans la littérature et dans notre pratique. Ce positionnement est également important pour contre balancer d'autres pouvoirs de nos établissements comme ceux du corps médical et des syndicats. Ce groupe ne doit pas s'auto-organiser, il deviendrait ainsi un contre-pouvoir déséquilibrant la hiérarchie au sein de la direction des soins.

Néanmoins, créer et développer le sentiment d'appartenance nécessite la structuration d'une politique d'animation et la promotion d'espaces d'échanges collaboratifs ayant pour vocation de favoriser l'émergence d'une communauté managériale solidaire et cohérente. Celle-ci doit pouvoir constituer une ressource pour l'ensemble de l'encadrement et contribuer à conforter l'exercice de la fonction managériale. Nous éviterons ainsi qu'autonomie rime avec solitude.

Nous avons jusqu'alors peu abordé l'axe bien-être au travail, néanmoins il transparaît dans chacun de nos échanges comme l'ambition de tout manager.

Ainsi, ce collectif doit être mené par le DS pour éviter qu'un espace informel ne devienne un lieu de revendications et pour donner une vision institutionnelle aux autres acteurs. Cette animation peut également avoir lieu pour l'ensemble des cadres de l'établissement selon la taille de l'équipe de cadres, le contexte ou la volonté des acteurs.

Nous proposons ainsi trois organisations collectives qui nous semblent pertinentes au regard des éléments décrits précédemment : un collectif de pairs, un collectif de cadres au sein du pôle que le DS rencontre régulièrement et une cohésion des cadres de l'établissement.

### **3.3.1 Le collectif de pairs...un partage d'expériences**

Selon nous, pour éviter les écueils décrits précédemment, il faut réellement construire un collectif de pairs animé par la direction des soins. En effet, face à des missions de plus en plus diversifiées et complexes, les CS doivent pouvoir comprendre le sens de leur action et le contexte d'évolution.

« Le collectif de cadres est ainsi un moyen de ressourcement, d'autonomisation, de reconnaissance partagée et de créativité »<sup>37</sup>. La forme la plus pertinente est le groupe apprenant qui permet le développement de compétences et le partage d'approches, « tout en créant la cohésion du groupe, les collectifs aident à la reconnaissance de soi-même et de l'institution et au positionnement individuel du cadre »<sup>38</sup>.

Le collectif créé qui réunira le DS et l'ensemble de l'encadrement autour de questionnements communs permettra une rencontre dans une reconnaissance mutuelle.

---

<sup>37</sup> Soins cadres n°94, Dossier Promouvoir le collectif cadres, Editions Elsevier Masson, 2015

<sup>38</sup> Ibid

### **3.3.2 Un collectif cadres au sein des pôles d'activité**

Le dimensionnement en pôle est propice au travail collectif des cadres. Même si l'investissement des différents acteurs des pôles (médecins et cadres) est variable entre les pôles au sein d'un même établissement et d'un établissement à l'autre, l'autonomie offerte au pôle par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire<sup>39</sup> (HPST) lui permet de favoriser les initiatives et la prise de décisions au plus près de l'unité de production de soins. « Par le biais des délégations, la loi a créé un contexte favorable à l'émergence d'une éthique de responsabilité »<sup>40</sup>.

Le pôle permet ainsi une effervescence dans différents domaines comme la mutualisation, l'harmonisation des pratiques professionnelles, l'élaboration d'outils communs, la rédaction de protocoles, des projets communs et des formations par exemple. La dimension plus restreinte de l'équipe de CS, en général, permet de favoriser l'expression de chacun notamment face à des difficultés.

Dans cette dynamique, le CSS a un rôle fondamental. Le DS doit ainsi accompagner les CSS pour favoriser ce fonctionnement et harmoniser les pratiques de chacun pour garantir une cohérence au sein de l'établissement et de la direction des soins. La politique managériale décrite précédemment est l'outil essentiel de cette cohérence.

### **3.3.3 Une cohésion des cadres de l'entreprise**

Alors que les deux précédentes organisations présentées sont à un niveau micro de l'organisation, la cohésion des cadres de l'entreprise sera au niveau macro de l'établissement.

Les trois démarches présentées sont tout à fait complémentaires. Cette cohésion d'entreprise peut passer par des colloques, des réunions ou des séminaires sur des thématiques communes à l'ensemble des cadres dont le DG sera à l'initiative. L'animation peut être confiée à chacune des directions selon les messages à faire passer voire un organisme extérieur pour une formation par exemple.

Les établissements hospitaliers ont jusqu'alors peu développé ce type de pratiques afin de favoriser l'appartenance face à bon nombre d'entreprises du monde marchand. Ainsi, le DS peut être force de propositions innovantes dans ce domaine.

---

<sup>39</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>40</sup> Soins cadres n°94, Dossier Promouvoir le collectif cadres, Editions Elsevier Masson, 2015

### **3.4 Axe 4 : Laisser de la place à la créativité de l'encadrement**

Selon M. SAVADOGO en 2016, « l'activité créatrice est en elle-même une manifestation de l'engagement pour le sens, par laquelle l'existence échappe à l'absurdité »<sup>41</sup>. Le DS doit ainsi favoriser l'innovation et permettre la valorisation de la prise d'initiative.

La créativité selon D. WINNICOTT est la capacité de vivre de façon créative une vie pleine de sens<sup>42</sup>. Au regard de cette définition, il semble que les projets de recherche d'amélioration de soins conduits par les cadres soient une manière de vivre leur travail de façon créative. Par les projets, les cadres exercent leur créativité qui donne ou redonne du sens au travail. Chaque cadre a toujours un ou plusieurs projets emblématiques à présenter avec enthousiasme. Le DS devra favoriser la présentation de ceux-ci à l'ensemble du collectif selon l'organisation décrite précédemment. La recherche en soins est selon nous également un domaine favorable à la créativité.

Une organisation a pour but de programmer, de coordonner et de standardiser les activités de travail afin de réduire l'incertitude. A l'inverse, l'innovation a pour but de transformer les relations entre les différents éléments ; elle est fondée sur l'incertitude et sur la capacité de réaction de l'individu.

Le CS, même s'il est pris dans un environnement contraint, peut exprimer sa créativité en portant des projets non prescrits, qui naissent de l'activité de son service. Certains cadres parviennent à rester suffisamment attentifs et disponibles pour prendre leur place dans ce phénomène. Le DS acceptera ainsi que le cadre fixé ou prescrit subisse des distorsions. Il s'agit également pour le DS de prendre un risque face à une augmentation de l'autonomie prise et à une perte de pouvoir.

### **3.5 Perspectives**

Pour notre prise de fonction, il nous faut avoir à l'esprit que sans les cadres, la direction des soins n'existe pas et le DS serait seul dans sa tour d'ivoire, selon l'expression communément utilisée. Il nous faudra néanmoins nous laisser le temps de rencontrer les différents professionnels et tenir compte du contexte dans ce qui sera proposé et mis en place.

La déclinaison de la politique managériale doit être conduite comme une démarche projet portée par l'équipe d'encadrement. C'est pourquoi son appropriation par les cadres devient incontournable pour en faire sa réelle réussite.

---

<sup>41</sup> SAVADOGO M., 2016, *Philosophie et créativité*

<sup>42</sup> AUBOURG F., *Winnicott et la créativité*, psychanalyse.com

S. MICHAUD, président de l'Association Française des Directeurs de Soins, déclare « une direction des soins sans cadres supérieurs et cadres de santé n'est rien. Je reste persuadé que les hôpitaux sont gérés par une filière commune de direction et d'encadrement de santé. Il est dès lors important, pour les DS, de prendre en compte la qualité de vie des cadres en les recentrant sur leur cœur de métier, qui est, pour moi, le management par la clinique des équipes, alors qu'ils ont été pendant longtemps bombardés de tâches administratives que d'autres catégories professionnelles pourraient assurer »<sup>43</sup>.

Il considère que les progrès technologiques devraient dorénavant réduire le temps qu'ils passent aux missions de ressources humaines, entre la gestion du planning ou de l'absentéisme, pour lesquelles des outils électroniques existent. Il ajoute : « Nous devons enfin adapter notre management afin de responsabiliser les cadres et leur témoigner de la confiance, en leur laissant des plages d'autonomie et des marges de manœuvre. C'est un levier, pour le DS, de reconnaissance de leurs compétences ».

\*

\*            \*

---

<sup>43</sup> Stéphane Michaud : « Responsabilité, confiance et autonomie pour les cadres de santé » en juin 2017, par Bruno Benque sur [cadredesante.com](http://cadredesante.com)

## Conclusion

Le contexte de nos établissements hospitaliers est en constante évolution. Le directeur des soins et l'encadrement sont confrontés à un environnement incertain et à de nouvelles logiques (institutionnelle, pôles d'activité ou territoire).

Situés entre les équipes et la direction, les cadres de santé ont une position entre deux. En 2009, C. DE SINGLY propose une évolution du métier vers une plus grande autonomie et une plus forte implication dans le processus décisionnel des établissements. Ce développement de l'autonomie doit permettre la prise de décisions et d'initiatives, la cohésion, la compétitivité et l'amélioration de la qualité de vie au travail de l'équipe d'encadrement.

Les cadres sont des acteurs fondamentaux de la direction des soins notamment en ce qui concerne la communication auprès des équipes dans les unités. Il est ainsi important que chaque acteur comprenne les évolutions notamment en termes de place de l'utilisateur et de garantie de la qualité et de la sécurité des soins. Le langage doit être univoque à tous les niveaux des organisations hospitalières. La cohésion de l'équipe de cadres supérieurs de la direction des soins est subséquentement cruciale, encore plus dans le cadre du développement des délégations de pôle. Une cohérence est ainsi fondamentale entre le DS et les CSS.

Notre recherche, sur ces deux terrains, nous a permis de confirmer que le directeur des soins doit avant tout développer un management par la confiance dans une communication managériale, animer le collectif cadres de la direction des soins et laisser place à la créativité. Ce paradigme permet de répondre au mieux aux complexités managériales du quotidien des professionnels, tout en favorisant une véritable appartenance.

Enfin, même si le projet managérial, prévu par le référentiel métier du directeur des soins, permet de poser les objectifs et la politique d'encadrement avec le directeur de l'établissement, il n'est rien si celui-ci n'est pas construit avec tous les acteurs. La direction des soins, par son projet managérial intégré au projet managérial institutionnel ou au projet de soins permet aux équipes d'encadrement de se responsabiliser en investissant les collectifs de travail.

Ce mémoire nous a permis de questionner d'autres organisations par l'enquête de terrain et d'ouvrir notre vision par les différentes lectures. Ainsi, il nous permettra de faire autrement lors de notre prise de fonction dans le management au quotidien, la communication et l'animation du collectif cadres. Un espace cadres nous semblait important pour la direction des soins, à ce jour, il nous semble plus judicieux d'animer un collectif à l'échelon de l'établissement en lien avec le DG et le DRH. L'échelon du pôle est plus cohérent pour rencontrer les cadres afin de faciliter les échanges sur les difficultés rencontrées par exemple. Ce fonctionnement trouve toute sa cohérence dans les contrats de pôle.

Cette distanciation a été également permise par les enseignements suivis durant la formation de directeur des soins à l'EHESP. Ils nous ont apporté des outils exploitables de façon opérationnelle comme pour la réalisation du diagnostic et une pratique réflexive pour prendre de la distance. Nous appréhenderons donc différemment notre nouvelle fonction, conscient de l'importance de prendre en compte le contexte et les acteurs comme individus d'un collectif.

Le management des équipes d'encadrement de l'établissement ou de la direction des soins passe par d'autres leviers que nous n'avons pas pu explorer dans cette recherche. En effet, la temporalité imposée nécessite de poser un cadre mais elle est à contrario frustrante face aux champs non explorés et découverts durant la formation. Nous pensons notamment à la responsabilité sociale de l'entreprise qui permet d'impulser la nécessaire « recharge des ressources humaines » pour favoriser le prendre en soin dans nos établissements à tous les niveaux. Nous avons la responsabilité de favoriser le « travailler ensemble » en tenant compte des différents aspects sociétaux.

La mise en place des GHT en est également un nouveau chapitre. Dans cette nouvelle organisation sur le territoire, les DS devront collaborer avec cohérence dans le management. La politique managériale des cadres devra être harmonisée sur le territoire pour répondre à cette nouvelle configuration. Les cadres, passerelles entre médicaux et soignants, entre direction et équipes, trouvent tout naturellement leur place dans la mise en œuvre des GHT et dans leur fonctionnement futur. Cette mutation est à la fois une opportunité pour la profession d'être reconnue dans son expertise et une source d'inquiétude. Le DS accompagnera ainsi les équipes de cadres dans ce nouveau contexte.

\*

\*            \*

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

ALEXANDRE-BAILLY F., 2001, *L'autonomie des individus dans l'entreprise : essai de conceptualisation et regard sur les pratiques*, Paris, HEC Gestion et management

BLACKBURN C. et TETREAU S., 2015, *Le dirigeant et son équipe de managers*, Le Mans, Editions GERESO, 174 pages

BOURGEON D., 2012, *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail. Une position difficile entre soins et management*, Paris, Editions Lamarre, 343 pages

BOURRET P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital - Un travail de lien invisible*, Paris, Editions Seli Arslan, 269 pages

LALLICAN J-A., 2015, *L'art de déléguer - Manager dans la confiance*, Paris, Editions Dunod, 176 pages

LAURENS C., 2016, *Interactions soignantes à l'hôpital. La relève inter équipe, moment clé de communication : Valoriser la dimension interculturelle pour favoriser l'intelligence collective*, Paris, Editions Seli Arslan, 172 pages

MINTZBERG H., *Le manager au quotidien. Les dix rôles du cadre*, Paris, Editions d'organisation, 2006, 283 pages

MISPELBLUM BEYER F., 2015, *Encadrer, un métier impossible ?*, Paris, Armand Colin, 300 pages

NOBRE T., 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Paris, Editions Dunod, 320 pages

SAINSAULIEU I., 2007, *L'Hôpital et ses acteurs - Appartenances et égalité*, Paris, Editions Belin, 267 pages

### MEMOIRES

CAILLAUD R., 2012, *Le management des cadres de santé dans la nouvelle gouvernance des établissements : enjeux et perspectives pour la direction des soins*, mémoire élève directeur des soins, EHESP

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

SAUVAGEOT C., *La politique managériale du directeur des soins : une adaptation efficiente des cadres de santé aux changements et aux contraintes*, mémoire élève directeur des soins, EHESP

## DOCUMENTS

DE SINGLY C., 2009, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*

Ministère de la fonction publique, 2017, *Guide de l'encadrante et de l'encadrant de la fonction publique*, Direction générale de l'administration et de la fonction publique

## REVUES

EVEAERE C., 2007, *Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail*, Revue française de gestion n° 180, p. 45-59

Gestions hospitalières n°521, *Concilier performance et management par le sens et la confiance*, 2012

GUILLOT M., 2009, *Activité du cadre de santé hospitalier : entre contrainte et autonomie*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Recherche en soins infirmiers » n°99, p. 133 -136

Soins cadres n°75, *Dessine-moi un cadre de santé*, Editions Elsevier Masson, 2010

Soins cadres n°94, *Dossier Promouvoir le collectif cadres*, Editions Elsevier Masson, 2015

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Politique de soins de l'établissement A

Annexe III : Charte du management de l'établissement B

Annexe IV : Liste des entretiens

## Annexe I : Guide d'entretien

<b>Grille d'entretien Cadre de santé</b>
Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours ? Qu'est-ce qui vous a amené à la fonction de cadre santé ?
Pouvez-vous me définir l'autonomie ? Pour la fonction de cadre de santé ?
Qu'est-ce qui favorise votre autonomie dans vos activités de CS ? Est-ce valable pour toutes vos activités ?
Pensez-vous être autonome ? évaluation ?
Quels sont les freins à votre prise d'autonomie ?
Comment qualifieriez-vous le management du DS ? de votre CSS ?
Management du DG, DS, CSS dans cette autonomie ?
Ce qui est mis en place pour favoriser cette autonomie ? Echanges avec le CSS et DS ? Appartenance à la direction des soins ?
Projet managérial dans l'établissement ? Apports ? Attentes ?
<b>Grille d'entretien Cadre de pôle</b>
Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours ? Qu'est-ce qui vous a amené à la fonction ?
Pouvez-vous me définir l'autonomie ?
Qu'est-ce qui favorise l'autonomie des CS dans leurs activités ? Est-ce valable pour toutes les activités ?
Pensez-vous que tous les CS sont autonomes ? évaluation ? Doivent-ils toujours être autonomes ?
Quels sont les freins à la prise d'autonomie ?
Comment qualifieriez-vous le management du DS ? Relance avec collaboratif puis avec confiance, choix, coopération et convivialité
Management du DG et DS dans cette autonomie ?
Ce qui est mis en place pour favoriser cette autonomie ? Développement de l'appartenance à la DS ?
Projet managérial dans l'établissement ? Apports ? Attentes ?
<b>Grille d'entretien DS</b>
Pouvez-vous vous présenter ? Votre parcours ? Qu'est-ce qui vous a amené à la fonction ?
Pouvez-vous me définir l'autonomie ?
Qu'est-ce qui favorise l'autonomie des CS dans leurs activités ? Est-ce valable pour toutes les activités ?
Pensez-vous que tous les CS sont autonomes ? évaluation ?
Quels sont les freins à la prise d'autonomie ?
Comment qualifieriez-vous votre management ?
Management du DG, DS, CSS dans cette autonomie ?
Ce qui est mis en place pour favoriser cette autonomie ? Développement de l'appartenance à la direction des soins ?
Projet managérial dans l'établissement ? Apports ? Attentes ?

## Annexe II : Politique de soins du CHA

# POLITIQUE DE SOINS

Apporter des réponses adaptées aux attentes de la population et des professionnels de santé en assurant une prise en charge globale

### Des valeurs communes

- ✓ Respect
- ✓ Responsabilité
- ✓ Bienveillance
- ✓ Créativité

### Des principes fondamentaux

- ✓ L'accueil
- ✓ La promotion de la bienveillance
- ✓ Une logique de parcours de soins dans une offre de santé territoriale
- ✓ La transformation organisationnelle pour s'adapter aux enjeux de santé et répondre aux défis de demain
- ✓ Management des compétences
- ✓ Valorisation par le Développement Professionnel Continu

### Un fil conducteur

- ✓ Coordination des activités de soins
- ✓ Mise en œuvre et suivi du projet médico-soignant
- ✓ Evaluation des pratiques professionnelles
- ✓ Gestion des risques
- ✓ Qualité des prestations délivrées
- ✓ Satisfaction du patient

### Une prise en charge globale

- ✓ Qualité
- ✓ Sécurité des soins
- ✓ Prévention
- ✓ Education



### Des professionnels engagés

- ✓ Être un professionnel actif
- ✓ Être ambassadeur du Service Public et du Centre Hospitalier
- ✓ Être responsable ensemble

### Des soins coordonnés

- ✓ Avec les services hospitaliers
- ✓ Avec les établissements de GHT et de territoire
- ✓ Avec l'hospitalisation à domicile
- ✓ Avec les professionnels libéraux
- ✓ Avec les services sociaux

## Annexe III : Charte de management du CHB

### Qualité des relations de travail avec l'encadrement

- Utiliser des outils de communication adéquats et pertinents pour transmettre et partager une information validée.
- Permettre aux collaborateurs de concilier vie professionnelle et personnelle.
- Ne pas s'immiscer dans la vie personnelle et privée des professionnels.
- Mettre en place des conditions favorables permettant un dialogue constructif, une communication respectueuse, empathique et bienveillante...
- Etre fiable dans les actions et respecter les engagements pris.
- Rester objectif en cas de conflit, de mécontentements et prendre les décisions adaptées.
- Prendre le temps d'écouter, se rendre disponible.
- Etre force de propositions et créer le dialogue autour du changement.

### Information et connaissance sur les réglementations

- Aider à l'accès aux sources réglementaires.
- Faire référence aux aspects réglementaires.

### Les relations et implications de la direction

- Assurer la communication entre l'équipe et la hiérarchie fonctionnelle.
- Favoriser les échanges entre les directions fonctionnelles, les pôles et les professionnels.
- Participer à l'atteinte des objectifs institutionnels.

# CHARTRE DE MANAGEMENT



## La Charte du Management

Constitue le support permettant l'harmonisation des pratiques d'encadrement dans le respect des valeurs et principes définis à l'EPSM des Flandres.

Cette charte qui s'applique à tous repose notamment sur quelques notions fondamentales :

Le respect de la personne et de son travail, première valeur de l'établissement,

L'équité de considération : entre professionnels, entre hommes et femmes,

Le professionnalisme, transversal à tous les métiers,

L'esprit d'équipe, la solidarité, l'humanisme et l'éthique

## Organisation et contenu du Travail

- Informer des règles communes et garantir l'application des obligations réglementaires liées à l'institution,

- Réguler les organisations en concertation. Ceci concerne les points suivants : présence, absence, travail de nuit, week end, éléments variables de rémunération, planning, charge de travail, fiches de poste, profils de poste...

- Favoriser et être garant du maintien de la dynamique d'équipe notamment par des temps dédiés et la mise en place d'outils de pilotage. On entend par outils de pilotage : réunions d'équipe, de fonctionnement...

- Permettre la réflexion sur les soins dans les réunions institutionnelles.

- Associer les collaborateurs à la détermination d'objectifs réalistes, réalisables et ré-ajustables, à la définition des moyens humains et matériels. Piloter la mise en œuvre et le suivi.

## Possibilité de réalisation, de reconnaissance et de développement professionnel

- Favoriser et valoriser l'expression des capacités, des compétences et des talents.

- Gérer et accompagner les changements affectant le parcours professionnel,

- Accompagner le projet professionnel et l'évolution de carrière à travers différentes étapes :

- l'évaluation professionnelle,
- la formation continue,
- le Droit Individuel de Formation (DIF),
- le Développement Professionnel Continué (DPC),
- ...

- Encourager le développement professionnel par une délégation appropriée et formalisée.

- Inciter à l'innovation, à la créativité, à la prise d'initiatives,

- Mettre en place les conditions favorables à la transmission des savoir-faire et des retours d'expériences.

## Annexe IV : Liste des entretiens réalisés

Entretien n°1	Cadre de santé du CHA	IDE 1981 (explorations fonctionnelles respiratoires, réanimation, pédiatrique, secteur de nuit en néphrologie/pneumologie, explorations fonctionnelles digestives)  FF CS 9 mois  Interruption exercice 9 ans  Formatrice en BEP petite enfance pendant un an  CS depuis 2002 (urgences, gastroentérologie et addictologie, chirurgie)
Entretien n°2	Cadre de santé CHA	IDE 2003 (cardiologie, pédiatrie, gériatrie)  CS 2012 (hématologie)
Entretien n°3	Cadre de santé CHA	IDE 1999 (chirurgie essentiellement)  CS depuis 2008 (urgences puis chirurgie)
Entretien n°4	Cadre supérieur CHA	IDE 1995 (urgences, réanimation, chirurgie, maternité)  CS 2003 (endocrinologie, gériatrie, IFSI, chirurgie digestive et gynécologie)  CSS depuis avril 2017
Entretien n°5	Cadre supérieur CHA	IDE 1977  CS 1990  CSS 2002  Parcours exclusivement en psychiatrie
Entretien n°6	DS CHA	1989 IDE  1993 IBODE  2001 CS BLOC

		CSS Hébergement 2015 DS (2 postes occupés depuis)
Entretien n°7	Cadre de santé CHB	IDE 2000 (admissions puis structures de réhabilitation psychosociale)  CS 2016 (admissions, réhabilitation psychosociale, admissions, hôpital de jour)
Entretien n°8	Cadre de santé CHB	ASH 1986  AS 1988 (EPSM de nuit)  IDE 2002 (admissions)  CS en 2011 (admissions de nuit, unité d'admission, HJ et CMP en pédopsychiatrie)
Entretien n°9	Cadre de santé CHB	IDE 2001 (EPSM)  CS depuis 2014 (unité d'admission)
Entretien n°10	Cadre supérieur CHB	IDE 1980 (EPSM, unités admission, gérontopsychiatrie)  CS 1992 (unité admission, CATTP)  CSS 2000 sur le pôle de psychiatrie  Sur la même structure
Entretien n°11	Cadre supérieur CHB	IDE SECTEUR PSYCHIATRIQUE 1979  CS 1992  CSS 2004
Entretien n°12	DS CHB	IDE SECTEUR PSYCHIATRIQUE 1985 (unité de réhabilitation)  CS 1993 (unité d'admission)  FF CSS 1997  DS 2000 puis CGS en 2011  Sur une structure identique



CADART

Aurélien

Décembre 2017

**Directeur des soins**

**Promotion 2017**

**Manager un collectif de cadres de santé vers  
l'autonomie  
Un défi pour le directeur des soins**

**Résumé :**

*Le contexte de nos établissements hospitaliers est en constante évolution. Le directeur des soins et l'encadrement sont confrontés à un environnement incertain et à de nouvelles logiques.*

*Situés entre les équipes et la direction, les cadres de santé ont une position entre deux. En 2009, C. DE SINGLY propose une évolution du métier vers une plus grande autonomie et une plus forte implication dans le processus décisionnel des établissements. Ce développement de l'autonomie permet la prise de décisions et d'initiatives, la cohésion, la compétitivité et l'amélioration de la qualité de vie au travail de l'équipe d'encadrement. Ainsi, les cadres sont un acteur essentiel de la direction des soins notamment pour l'information mais vivent parfois l'autonomie comme de l'abandon.*

*Ce mémoire se propose de questionner en quoi les pratiques managériales du directeur des soins peuvent permettre de favoriser l'autonomie des cadres de santé dans ce contexte en évolution constante. Au regard de notre expérience et de la définition d'un cadre théorique (l'autonomie et son évaluation, la reconnaissance et le projet managérial), nous avons interrogé des directeurs de soins, des cadres et des cadres supérieurs sur deux terrains de recherche.*

*Il en résulte que le directeur des soins doit avant tout développer un management par la confiance dans une communication managériale, animer le collectif cadres de la direction des soins et laisser un peu de place à la créativité. Enfin, même si le projet managérial, prévu par le référentiel métier du directeur des soins, permet de poser les objectifs et la politique d'encadrement avec le directeur de l'établissement, il n'est rien si celui-ci n'est pas construit avec tous les acteurs.*

**Mots clés :**

Directeur des soins – Encadrement – Cadre de santé – Cadre supérieur de santé – Autonomie – Reconnaissance – Projet managérial – Management par la confiance – Communication managérial – Collectif cadres – Créativité

*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.*