



Filière Directeur des Soins

Promotion : 2017

Antoine de SAINT EXUPERY

Date du Jury : **Décembre 2017**

L'accompagnement de l'encadrement :

Un axe à privilégier dans la politique managériale du Directeur des Soins

Céline LAROCHE

« Là où il y a du pouvoir, il y a de la fragilité,

et là où il y a de la fragilité, il y a de la responsabilité. »

Paul RICOEUR

R e m e r c i e m e n t s

Au cours de cette année de formation, j'ai fait de très belles rencontres professionnelles et personnelles.

Je souhaite remercier toutes les personnes, de tout ce qu'elles m'ont apporté, et notamment leur aide dans la réalisation de ce mémoire. Merci tout particulièrement :

- Aux professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions pour leur grande disponibilité, la richesse et la qualité de nos échanges
- Mes maîtres de stage et mon tuteur de positionnement pour leur contribution importante à ma professionnalisation en tant que Directeur des Soins
- A Jean René LEDOYEN pour ses conseils précieux et bienveillants
- A Valérie, pour notre amitié, nos doutes, nos fous rires et notre force commune
- A Véronique, Benoit, Karine et Valérie pour leur aide lors des ateliers mémoires
- A Christian, mon mari, pour son immense et indéfectible soutien

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Cadre contextuel et conceptuel	7
1.1 L'encadrement : d'hier à aujourd'hui.....	7
1.1.1 Origines des termes cadre et encadrement.....	7
1.1.2 L'encadrement à l'hôpital : évolution au fil du temps	8
1.1.3 Le métier de cadre aujourd'hui dans l'hôpital	9
1.2 L'accompagnement de l'encadrement : levier managérial du DS pour le développement de l'autonomie et l'implication des CS.....	16
1.2.1 Le directeur des soins, manager de l'encadrement	16
1.2.2 L'accompagnement : un concept au service du management de l'encadrement.....	18
1.2.3 Développement de l'autonomie et de l'implication : une gageure d'engagement réciproque.....	19
2 Observation de terrain et analyse.....	21
2.1 Méthodologie de l'exploration de terrain	21
2.1.1 Choix de l'outil d'exploration.....	21
2.1.2 Choix des lieux et de la population enquêtés	22
2.1.3 Déroulement des entretiens	27
2.1.4 Choix du canevas d'entretiens	27
2.2 Analyse des entretiens traitement des informations recueillies.....	28
2.2.1 Par catégorie professionnelle : analyse de l'expression des CS.....	28
2.2.2 Analyse de l'expression des CDP : ce qu'ils attendent des CS.....	33
2.2.3 Analyse de l'expression des DS : ce qu'ils attendent de l'encadrement.....	35
2.2.4 Par structure	37
2.3 Limites de la recherche	38
2.3.1 Retour sur les hypothèses.....	39
2.3.2 Synthèse de l'analyse avec l'outil SWOT	40

3	Préconisations	43
3.1	Diagnostic de l'existant pour construire l'accompagnement de l'encadrement, en particulier les CS	43
3.1.1	Identification des atouts, des zones de vigilances et des potentielles difficultés de l'équipe d'encadrement.....	43
3.1.2	Cartographie des compétences de l'encadrement différentes catégories de cadres (FF – CS – CSS)	44
3.1.3	Déclinaison de la politique managériale relative à l'accompagnement de l'encadrement : grands principes et valeurs partagées	45
3.2	Professionnalisation de l'encadrement.....	46
3.2.1	Processus de professionnalisation des CS : un objectif à poursuivre avec tous les acteurs	47
3.2.2	Une organisation apprenante pour accompagner l'encadrement dans la réalisation de leurs missions.....	49
3.3	Evaluation de la politique managériale de l'encadrement.....	50
3.3.1	Construire des indicateurs de suivi : moyen de reconnaissance et de valorisation des activités quotidiennes	50
3.3.2	Entretien annuel d'évaluation : levier d'objectivation des résultats de la politique managériale.....	51
3.3.3	Auditer les acteurs de l'encadrement : une plus-value dans l'évaluation des dispositifs et les perspectives d'évolution.....	52
3.4	Les acteurs impliqués	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	61

Liste des sigles utilisés

CDP	Cadre de Pôle
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DGS	Coordonnateur Général des Soins
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers Rééducation et Médico Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CS	Cadre de Santé
DS	Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ES	Etablissement de Santé
FFCS	Faisant Fonction de Cadre de Santé
GH	Groupe Hospitalier
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité en Santé
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Sa,té
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PSIRMT	Projet de Soins Infirmiers Rééducation et Médico Technique
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre

Introduction

Le système de santé est en mutation depuis de nombreuses années et confère de ce fait, pour l'encadrement, un contexte professionnel complexe, qui leur demande au quotidien : adaptation, souplesse, positionnement et qualités humaines.

La redéfinition des frontières des métiers s'est encore accrue avec la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de janvier 2016, inscrivant résolument les établissements sanitaires (ES) dans les territoires, nécessitant de revisiter les schémas d'organisations connus et les coopérations entre institutions. En rassemblant les professionnels médicaux et non médicaux dans les Groupements Hospitaliers de Territoire, le législateur met en exergue une volonté d'efficience, de qualité de l'offre de soins centrée sur le parcours des patients et veillant à ce que ces derniers puissent accéder aux services auxquels ils ont droit.

Tous ces éléments rassemblés peuvent partiellement expliquer la perte d'attractivité du métier de cadre de santé (CS), qui se traduit par des difficultés à recruter en fonction de la situation géographique (grande ruralité par exemple), mais aussi les spécialités médicales (certaines n'existent qu'en CHU par exemple).

Au cours de notre exercice professionnel précédent en tant qu'adjoint au Directeur Coordonnateur Général (DCG) des Instituts de formation, une des activités confiée concernait le recrutement de cadres formateurs, titulaires ou non du diplôme de cadre de santé (CS). Toute la difficulté résidait dans la juste appréciation des compétences et des perspectives de leur évolution pour l'exercice du métier. Les candidatures pouvaient être très diverses et variées, avec des expériences professionnelles atypiques ou classiques, un niveau de connaissance variable et des aptitudes à monter en compétences. Dans cette expérience de recrutement, les titulaires du diplôme de CDS n'ont pas toujours été les personnels retenus pour les postes vacants, ce qui nous a questionné à la fois sur les compétences des professionnels et sur l'accompagnement managérial dont ils ont bénéficié.

La mission principale, qui nous incombait en tant qu'adjoint au DCG, était le management de l'équipe de cadre en poste. Là également, des interrogations ont fait jour, notamment concernant des attendus en terme de compétences de ce groupe professionnel.

Une situation récurrente en réunion d'équipe a particulièrement retenu notre attention : pendant ce temps de travail commun, certains CS livraient des difficultés

(organisationnelles, pédagogiques, relationnelles...) avec une demande implicite ou non de solution immédiate ou dans un délai court.

L'absence de proposition de la part de cadres était surprenante et pouvait à certains moments provoquer des tensions et des difficultés entre professionnels.

Ces expériences difficiles ont été exploitées avec les CS. Un accent tout particulier a été mis dans la recherche des causes des problèmes rencontrés dans l'exercice de l'encadrement, plutôt que de dans la négation des résultats constatés. En permettant à l'équipe de travailler de cette manière, un changement de comportement, un développement des compétences et de l'implication ont été observés. Le plus remarquable s'est vérifié par davantage d'adhésion aux projets et aux modifications dans les organisations de travail, moins de résistance aux changements et davantage de bienveillance dans le management et de l'entraide entre cadres. En les impliquant dans la réflexion, les CS ont modifié leurs comportements, ont davantage pris à cœur leurs responsabilités et ont pris de l'assurance dans leur exercice professionnel. En participant au processus décisionnel, ils se sont impliqués et ont été volontaires et moteurs dans les réorganisations.

Au cours de la formation de directeur des soins, nous effectuons le premier stage d'immersion professionnelle dans un établissement de santé. Plusieurs situations présentant des similitudes ont été observées, pouvant interroger le niveau de compétences de l'encadrement. Deux situations particulières ont retenues toute notre attention.

La première concerne une infirmière faisant fonction de cadre de santé (FFCS) : en charge d'un secteur de cardiologie. Cette dernière avait pour mission de retravailler l'organisation de la consultation (effectifs et qualification des professionnels) dans un contexte d'augmentation et de technicisation des activités médicales (explorations et consultations) nécessitant une majoration des compétences des professionnels paramédicaux.

Le travail n'était pas abouti pour l'envoi de la proposition aux membres du CTE comme la réglementation l'exige, quinze jours avant ladite instance, et non expliqué aux agents concernés.

Lors de l'entretien entre le DS et le FFCS, il s'est avéré que ce dernier n'avait mesuré ni les enjeux ni les priorités de cette commande, alors qu'il avait bénéficié d'un accompagnement institutionnel (à la fois concernant son rôle et ses missions, mais aussi le fonctionnement

d'un ES et les obligations vis-à-vis des instances). Au cours de cet échange, le DS découvre que le FFCS n'a pas eu d'aide de quelque nature sur ce dossier en particulier et que de surcroît, il ne s'est pas autorisé à en demander. Participant à cet entretien, nous avons observé le FFCS, visiblement éprouvé par cette situation, et le DS irrité par le contretemps occasionné par cette non-réponse à la commande et par l'absence d'aide de la part du cadre de pôle (CDP). Ce dernier interrogé par la suite expliquera qu'il attendait d'être sollicité et n'avoir pas identifié la difficulté du FFCS.

La deuxième situation concerne un CS en poste depuis de nombreuses années, dans un ES de la direction commune en difficulté financière, présentant un plan de mesures d'économie sous la forme de réorganisations de travail (diminution de postes d'agents de services hospitaliers et recadrage sur les activités de bio nettoyage ; redistribution de certaines tâches aux aides-soignantes pour supprimer les glissements de tâches...).

Le CS de l'unité de soins doit appliquer les mesures nouvelles. Il est attendu de sa part une mise en œuvre des décisions de réorganisation auxquelles il n'a pas participé et qu'il n'a visiblement pas comprises. Lors de notre stage, nous avons pu observer cette difficulté à se positionner en tant que cadre, relais de la politique institutionnelle, un professionnel proche de son équipe en souffrance dans cette période complexe de plan de retour à l'équilibre financier. Malgré le travail sur les effectifs cibles, la rédaction de fiche de tâches pour les ASH et pour les AS, la présentation faite à l'unité de soins par le DS et son adjoint, la mise en œuvre a été vécue douloureusement : de nombreux arrêts maladies empêchant de travailler avec le nouvel effectif cible, un encadrement perdu dans les organisations quotidiennes de travail, et des partenaires sociaux interpellant la direction à propos de cette réorganisation. En échangeant avec le CS, le DS a compris sa difficulté à assumer sa responsabilité de cadre dans la mise en œuvre d'un dispositif auquel il n'a pas pris part et pour lequel il se sentait peu concerné, car compatissant avec les équipes en souffrance.

Le raccourci pourrait être vite fait en qualifiant négativement tel ou tel professionnel, en pointant les insuffisances. Aujourd'hui, nous souhaitons questionner à la fois les compétences des encadrants, mais aussi la stratégie du DS pour accompagner l'encadrement dans ses missions ; dans l'accroissement de l'implication de ses collaborateurs ; et vérifier par là même, l'impact de cette stratégie sur le climat de travail, la dynamique de projet.

Les cadres sont au cœur des contraintes actuelles perpétuelles. Celles-ci peuvent générer de l'insécurité et de l'inconfort et nécessite de veiller à une éthique de l'organisation et du management au sein de l'institution.

Les difficultés rencontrées par ces cadres de santé ne sont ni isolées, ni uniques. Toutefois, en fonction du moment, des acteurs, de la situation elle-même, mais aussi des relations de travail et de l'intérêt pour le traitement des problèmes, elles peuvent être déstabilisantes et mettre en péril les organisations et le cadre lui-même vis-à-vis de son équipe notamment.

Les situations précédemment exposées révèlent toute l'importance du management de l'encadrement et le directeur des soins a là toute sa place¹ (référence du texte et des 9 compétences du DS).

Le contexte ces dernières années des établissements de santé ont été impactés par de nombreuses mutations du système de santé et évolutions à la fois technologiques, organisationnelles, financières, sociétales...Elles ont nécessité réorganisations, restrictions et adaptations des pratiques à tous les niveaux, que ce soit administratif, médical et paramédical.

D'ailleurs, une définition du système de santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé² précise que celui-ci correspond à « *l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* ».

Complétée par celle de POLTON D.³ : « *Un système de santé est en effet un assemblage complexe combinant des mécanismes d'assurance contre le risque maladie, une organisation de la délivrance des soins, des modalités de financement de l'assurance et des soins et un système de gouvernance. La combinaison de ces différents éléments forme un système qui a sa cohérence d'ensemble, et qu'on ne peut analyser indépendamment du contexte plus large des institutions, des politiques et de la culture de chaque pays* », cela renforce les éléments révélant la complexité du système à tous les niveaux et notamment pour l'encadrement.

De fait, l'interdépendance et l'adaptation sont inéluctables et nécessitent une prise en considération des changements d'orientations en matière de politique de santé, davantage comme des moyens de survie de ce système que comme des contraintes supplémentaires le fragilisant.

¹ Décret N°2002 -550 du 19 avril 2002 modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 le portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

² Organisation Mondiale de la Santé. [consulté le 14-04-2017]. À propos des systèmes de santé. Adresse : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>

³ POLTON D. ; Les systèmes de santé occidentaux et leurs évolutions. *Cahiers Français*, 2012 n°369, pp.15-22

Pour faire face à ce contexte en mouvance, le management des établissements de santé et les qualités managériales des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) sont fortement mobilisées, plus particulièrement dans les adaptations nécessaires. Leur impact, sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients, est non négligeable, et nécessite des compétences qui doivent être continuellement maintenues pour s'adapter aux changements, rester évolutives et en adéquation avec les mutations de l'hôpital public.

Quelques fois, cela s'avère complexe et se solde par des échecs, mettant en difficultés les personnes humaines en charge de l'encadrement et de l'organisation. En se référant à l'actualité externe à la santé, révélée dans les médias, dans certaines entreprises un changement de dirigeants peut être un déclencheur d'innovation, de dynamisme ou au contraire le début de difficultés dans la production.

La HAS (Haute Autorité de Santé) a d'ailleurs précisé dans son guide pour l'auto diagnostic des pratiques de management en établissement de santé que « *la vision stratégique, la clarté des décisions, la rapidité de réaction, la délégation de pouvoir et la responsabilisation, la capacité à faire partager un projet et à motiver les acteurs de l'entreprise sont communément admises comme étant des variables clés de succès pour toute organisation. Il apparaît, pour ces raisons, nécessaire d'évaluer la qualité du management dans les établissements de santé tant au niveau de la direction qu'à celui des responsables de secteurs d'activité ou de services transversaux, qu'ils soient médecins, soignants, ingénieurs, pharmaciens, techniciens ou gestionnaires* »⁴.

En explorant la fonction d'encadrement, nous souhaitons mettre en exergue les conséquences positives d'une politique managériale pilotée par le DS, clairement écrite, connue de ses acteurs, mise en œuvre et en prenant en compte l'évolution contextuelle. Nous pensons que cela permet aux cadres, avec des missions d'organisation, de gestion et de management de développer leurs compétences, de fédérer les équipes et d'être reconnus dans leur exercice professionnel.

Ces éléments sont par ailleurs identifiés dans la certification des ES selon la V2014 de la HAS sous « management stratégique et la gouvernance »⁵ dans le compte qualité, même si à ce jour ils restent facultatifs.

⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436565/fr/guide-pour-l-autodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante-janvier-2005

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2741654/fr/1-management-strategique-gouvernance ; [consulté le 14/04/2017]

Dans les situations précédemment évoquées, des dysfonctionnements ont été mis en exergue, questionnant le rôle des acteurs de l'encadrement, la place qu'ils ont dans le système et l'écart entre les résultats attendus et ceux obtenus lorsque l'accompagnement demande à être amélioré. Dans certaines situation cela peut aller jusqu'à mettre en péril la sécurité des soins, la motivation des équipes. Dans le système hospitalier, l'action n'est efficace que si elle s'inscrit dans une dynamique d'équipe, responsable et impliquée dans son exercice quotidien.

Ainsi, notre problématique (ou question de départ) s'exprime de la manière qui suit :

En quoi l'accompagnement des cadres de santé renforce leur implication et leur autonomie dans leur exercice professionnel ?

Les hypothèses explicatives, que nous allons explorer à la fois dans l'approche théorique et exploratoire, sont les suivantes :

Hypothèse 1 : les cadres associés aux décisions s'impliquent davantage dans la structure

Hypothèse 2 : la structuration de la prise de fonction facilite le positionnement du cadre

Hypothèse 3 : la mise en œuvre d'une organisation apprenante contribue au processus de professionnalisation des cadres

Ces éléments seront explorés dans ce travail, en lien avec le métier de directeur des soins. Dans une première partie, nous nous attacherons à apporter un éclairage théorique en nous appuyant sur plusieurs concepts. Puis la seconde partie permettra d'exploiter les données recueillies au cours des entretiens réalisés. Pour finir, à partir des résultats obtenus et de la révélation des pistes de réflexions, nous illustrerons des préconisations d'actions.

1 Cadre contextuel et conceptuel

Afin de comprendre pourquoi, nous en arrivons aujourd'hui à réfléchir, entre autres à l'accompagnement des cadres en ES, il nous semble important de faire un focus sur cette notion d'encadrement, avec une mise en parallèle avec l'évolution du système de santé et le rôle et les missions des cadres aujourd'hui. ,

1.1 L'encadrement : d'hier à aujourd'hui

1.1.1 Origines des termes cadre et encadrement

A) Un héritage militaire

Lorsque que l'on recherche l'origine de ces deux mots, les premiers éléments qui apparaissent valorise un héritage militaire⁶.

Le cadre représentait le tableau où le nom des gradés étaient inscrits. Par la suite, il visait à définir le personnel encadrant tel qu'on peut le connaitre aujourd'hui.

Pour ce qui concerne l'encadrement, ce terme apparait dans les registres des batailles, tout particulièrement pour décrire dans celles-ci le travail réalisé par les cadres pour « *tenir une position* ». D'ailleurs le Littré définit l'encadrement comme « *terme militaire. Files d'encadrement, sous-officiers et soldats désignés pour tracer une ligne de bataille, dans les manœuvres, et entre lesquels doit venir s'encadrer le front de la troupe* ». De fait l'encadrement, c'est une combinaison d'officiers, sous-officiers et de soldats plus ou moins expérimentés, qui délimitera le terrain, les lignes, le cadre dans lequel le reste des troupes va agir.

B) Un peu d'étymologie et d'histoire

Afin de mieux appréhender, qui sont les cadres, voyons l'étymologie du mot issu du latin *quadrus*, qui signifie « carré ». Le dérivé est "quadrare" qui veut dire « s'adapter ».

Confirmé par la définition du LAROUSSE, cadre signifie : « *Bordure rigide limitant une surface dans laquelle on place un tableau, Limites d'un espace ; Entourage, milieu, contexte, Ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, etc.* »⁷.

⁶ MISPELBLOM BEYER, F ; Encadrer un métier impossible ? 3^{ème} Edition PARIS ; ARMAND COLIN ; p.45

⁷ Dictionnaire LAROUSSE en ligne, [consulté le 25/05/2017] ; <http://www.larousse.fr/dictionnaires>

L'encadrement signifie « action d'encadrer un objet ; désigne ce qui encadre, cadre d'une peinture, d'un dessin, éventuellement complété d'une plaque de verre et d'un fond, d'une ouverture (porte, fenêtre) ».

Mais aussi datant de 1762, « *Action d'encadrer un groupe ; ensemble des personnes qui ont la responsabilité d'un groupe*⁸ ».

Il faudra attendre 1839, pour le voir utilisé au sens figuré : « *pouvoir une troupe de ses officiers et sous-officiers* ».

Au 19^{ème} siècle, le terme est utilisé pour désigner les personnels chargés du commandement, intégrant les notions de classes, et de grade.

Cette vision persiste encore aujourd'hui, et permet de « classer » les cadres. Il s'agit d'une « *différenciation progressive entre cadres et couches d'encadrement subalternes, dont l'INSEE sanctionnera l'usage en séparant dans ses catégories professionnelles et sociales (CSP) de 1982 les 'cadres' associés aux 'professions intellectuelles supérieures' et les 'professions intermédiaires'* », explique Paul Bouffartigue⁹.

1.1.2 L'encadrement à l'hôpital : évolution au fil du temps

La notion d'encadrement apparaît dans les hôpitaux publics au 19^{ème} siècle. Toujours majoritairement tenus par des religieux, ce sont les sœurs cheftaines qui encadrent les infirmières. Elles ont principalement un rôle d'intendance au niveau des cuisines, de la buanderie et un rôle de surveillance des infirmières, sous l'autorité de la Mère Supérieure. Elles conservent un rôle de soins et d'accueil des malades.

Les choses évoluent à la fin 19^{ème} avec la laïcisation des hôpitaux. A ce moment, il faut avoir exercé comme infirmière pendant 7 ans. Toutefois, il y a carence de personnel et au début 20^{ème} siècle les « Surveillantes » sont recrutées : elles sont des « *personnes convenables sans être infirmière, stage de quelques mois* ».

Il faut attendre le décret du 18 Février 1938 pour voir la fonction de responsabilité dans les établissements de soins : le diplôme d'infirmière hospitalière est requis, ainsi qu'une année

⁸ Dictionnaire LAROUSSE en ligne, [consulté le 25/05/2017] <http://www.larousse.fr/dictionnaires>

⁹ BOUFFARTIGUE, P. ; Cadres, la grande rupture ; Edition LA DECOUVERTE, 2001, p.12

de formation, à partir de 5 ans d'exercice professionnel dont 3 ans en service. Toutefois, le décret d'application n'a jamais été publié.

En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante, mais il n'y a pas de formation

En 1958¹⁰, un décret instaure 2 formations distinctes de 8 mois. Il s'agit du :

- CAFIM : Certificat d'aptitude aux Fonctions d'infirmière Monitrice
- CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante,

transformé en 1975 par un Certificat de Cadre Infirmier ¹¹

Entre 1967 et 1980, les autres professionnels paramédicaux accèdent aux fonctions de surveillante ou de moniteur également par un certificat d'aptitude.

La notion de cadre de santé apparait en 1995, avec le décret n°95-926 du 18 aout 1995 portant création d'un diplôme Cadre de Santé et l'arrêté du 15 aout 1995 relatif au diplôme Cadre de santé.

1.1.3 Le métier de cadre aujourd'hui dans l'hôpital

A) CDS : un métier entre soignant et manager

Aujourd'hui, toute la chaîne d'encadrement s'applique à répondre à cette mission d'encadrement. Toutefois, comme évoqué dans le rapport DE SINGLY, la mission de management est de plus en plus souvent utilisée et se substitue volontiers à la fonction d'encadrement. L'étymologie du mot management est "manus" qui se traduit par "main, souvent associé au dérivatif "maneggiare" signifiant "manœuvrer". En langue anglaise, "to manage" correspond à "manier". Au regard de ces éléments, celui ou celle qui manage, peut se définir comme une « personne qui conduit les hommes à sa main ». Associé au domaine sanitaire, le management correspond à la gestion, l'organisation des soins, la planification et le contrôle.

L'encadrement est souvent associé à l'accompagnement. Dans le domaine de la santé, le cadre qui exerce la fonction d'encadrement, soutient les personnes de l'équipe,

¹⁰ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, JO 19 novembre 1958, n°10400.

¹¹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers, JO 12 octobre 1975, n°10566-10567

aide à choisir une orientation et apporte de la cohérence dans le quotidien. Il est le relais au plus proche des personnels de la politique institutionnelle en matière de qualité et de soins.

La finalité est de gérer la qualité des soins et l'organisation des prises en soins conformément à la Loi et aux règles de bonnes pratiques professionnelles, dans le respect de la réglementation.

Pour illustrer ces propos, le rapport de la mission DE SINGLY témoigne de toute la complexité des métiers de l'encadrement et notamment des CS : « *Une mission de management d'équipes et d'organisations consiste à concevoir l'organisation (de soins, de gestion administrative ou technique) et à l'animer. En matière de soins ces enjeux d'organisation sont primordiaux et délicats car ils concernent aussi la place et le rôle des médecins auprès des patients* ».

Dans ce rapport figurent également, les différents niveaux d'encadrement. A chaque niveau d'encadrement correspond un niveau de compétences et de responsabilité. Dans la filière soignante, le CS est souvent appelé « cadre de proximité », ce qui signifie qu'il est au plus près des personnels qui travaillent « au lit du malade ».

Pour ce qui concerne l'encadrement des CS, il incombe plus particulièrement aux cadres supérieurs de santé, Ces derniers encadrent la plupart du temps plusieurs CS au sein des pôles d'activités médicales.

L'organisation internationale du travail définit le cadre comme « une personne, qui a terminé un enseignement et une formation professionnelle de niveau supérieur ou qui possède une expérience reconnue équivalente, dans un domaine scientifique, technique ou administratif et qui exerce, en qualité de salarié, des fonctions à caractère intellectuel prédominant, comportant l'application à un haut degré des facultés de jugement et d'initiative et impliquant un niveau relativement élevé de responsabilité »¹²

Le cadre est une personne reconnue par son établissement et placé sous l'autorité de son employeur. De par sa fonction de cadre, il a des responsabilités qui lui sont déléguées, qui consistent à : « *prévoir, diriger, contrôler et coordonner les activités d'une partie d'une entreprise ou d'une organisation, avec le pouvoir de commandement correspondant, à l'exclusion des cadres dirigeants ayant une large délégation de l'employeur* »¹³.

¹² La documentation Française ; La notion et le statut Juridique du Cadre ; Confédération Française de l'Encadrement et Confédération Générale des Cadres ; Décembre 1995 ; p.6-7

¹³ Ibid. 11

Il est à souligner l'ampleur des responsabilités assumées par les cadres.

Collaborateurs direct de l'encadrement supérieur, ils sont à l'interface entre tous les acteurs : les paramédicaux, les médicaux, les administratifs, l'encadrement supérieur, la direction et les usagers. De nombreux ouvrages précisent leur indispensable présence dans l'entreprise, qu'elle soit industrielle ou hospitalière. Ils agissent principalement en proximité des équipes de soins. Acteurs majeurs dans le maintien de la paix sociale, de par leur fonction « pédagogique et éducative » vis-à-vis des équipes de soins et notamment dans le travail du collectif cadre au sein d'un pôle ou inter pôle, les cadres sont au cœur des dynamiques de projet, Ils sont vecteurs de la politique de soins institutionnelle et indispensables dans la déclinaison opérationnelle et la conduite de projet, que ce soit en proximité ou au niveau polaire.

De par cette place centrale à la fois dans leurs relations et dans leurs activités, ils sont souvent très sollicités et ce qui demande une grande rigueur dans l'organisation personnelle.

L'activité des CDS reste largement féminine et aujourd'hui elle est exercée en établissements hospitaliers ou en IFSI. Depuis l'appellation de surveillants jusqu'à ce jour, les missions et le statut ont beaucoup évolué. De fait, les progrès de la médecine et des techniques de soins sous-tendent une spécialisation perpétuelle des gestes et des tâches soignantes. L'encadrement n'y échappe pas, car le cadre n'est plus le soignant paramédical qu'il a été dans sa filière d'origine. Il doit en effet développer d'autres compétences et se faire une place auprès des équipes en tant que manager tout en conservant ses valeurs soignantes. Il s'agit bien là d'une autre place, d'une nouvelle posture, avec des attendus professionnels différents. Il n'est toutefois pas « *réductible à un instrument de gestion, un modèle d'organisation*¹⁴ ».

Il œuvre toujours au « service du patient », mais de manière indirecte en dirigeant les « Hommes ». Les CDS ont aujourd'hui avant tout des activités de gestion, de management, d'accompagnement. Ils sont la pierre angulaire du système, positionnés entre deux, « le haut et le bas » et sont à la fois médiateur, interprète et intermédiaire¹⁵. Les domaines concernés relèvent de l'organisation, des ressources humaines, de la communication, des relations. Ainsi, cette fonction d'encadrement nécessite pour ces soignants la construction de nouvelles compétences, intégrant dans leur paysage professionnel tourné vers le patient

¹⁴ HESBEEN, W., Prendre soin à l'hôpital ; INTEREDITIONS MASSON ; PARIS 1997

¹⁵ IBID. 6 ; p14

et la qualité des prestations qui lui sont dues, une posture de gestionnaire, de comptable de l'équilibre budgétaire et de management.

B) Evolution du système de santé et impact sur l'exercice du métier de cadre de santé

Au cours des dernières décennies, plusieurs périodes ont impacté notre système de santé. GESTIN A. les décrits chronologiquement et synthétiquement par ¹⁶:

« L'ère de la déclaration et de l'affirmation : *il suffisait d'affirmer que l'on était efficace pour être perçu de cette façon et recevoir les ressources nécessaires en conséquence.*

L'ère de la démonstration : *il fallait démontrer ses capacités, les évaluer et être capable de mesurer son efficience. Elle correspond à l'avènement de l'accréditation et de la tarification à l'activité (T2A)*

L'ère de la contractualisation : *au-delà d'une simple démonstration, il faut maintenant s'engager à fournir des résultats précis en s'inscrivant dans une relation contractuelle. C'est dans cette dynamique que s'inscrit la loi HPST avec la mise en place notamment des contrats de pôle. Cette notion de contrat détermine, pour les prochaines années les relations interpersonnelles au sein de l'hôpital. »*

En parallèle de l'évolution de notre société et notamment dans sa politique sociale. Des virages forts ont été amorcés dans le mode de financement du système de santé et ont eu de nombreuses incidences sur les organisations des différents établissements de santé, et par là même sur les missions de l'encadrement. C'est pourquoi, sans reprendre l'entièreté des évolutions, certaines plus récentes méritent que l'on s'y arrête

Commençons par **les Ordonnances n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée :** elles créent « *des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), de la poursuite de la généralisation du PMSI et de la mise en place de la procédure d'accréditation.* »¹⁷ Par là même, dans le rapport au Président de la République, relatifs à ces ordonnances, les mots clés sont reconnaissance et responsabilisation.

¹⁶ GESTIN A. Manager des générations ou générer des managements ? *Soins cadre*, 2013, vol 22, n°88, pp 28-30

¹⁷ Équipe de la Mission Tarification À l'Activité sous la coordination de ANDRÉOLETTI C. [consulté le 9-11-2015]. *La Tarification À l'Activité*, [en ligne]. Adresse :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_des_grands_lignes_de_la_reforme.pdf

L'impact de cette ordonnance se traduit par des réorganisations internes, basées sur une culture de résultats et de qualité. La gestion des ressources humaines nécessite une clarification des rôles et des responsabilités de chaque acteur des pôles, avec une décentralisation de la gestion d'activités. Ces modifications profondes du fonctionnement des ES nécessitent de repenser la collaboration entre médecins responsables de pôle, l'encadrement et les administratifs. Progressivement de nouvelles missions pour les personnels, et notamment en matière de management des services et des équipes. L'encadrement, membre de droit des conseils de pôles doit adapter son positionnement qui doit appréhender non seulement le fonctionnement et la gestion de son unité de soins, mais aussi de manière plus large celle du pôle, car sa participation aux décisions du pôle est nécessaire et attendue.

Dans ce contexte de réforme interne forte, le **27 septembre 2001**, arrive le protocole d'accord sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.¹⁸

Là à nouveau, l'encadrement est fortement sollicité, car cette réforme contraint les établissements à modifier les organisations de travail préalablement négociées avec les partenaires sociaux. A partir de la signature des protocoles locaux d'accords, la gestion des ressources humaines est devenue complexe. Cette réforme, positive pour les agents, a toutefois produit des effets collatéraux indiscutables pour les ES, notamment avec une augmentation significative de la masse salariale. Les créations d'emplois annoncés n'ont pu être tous pourvus faute de personnel qualifié, ou de moyens financiers, dans un contexte d'équilibre financier déjà précaire pour certains ES, ce qui est confirmé dans un rapport sur l'impact de la réduction du temps de travail : *« au titre des impacts majeurs de la RTT, il faut également souligner une augmentation sans précédent de la masse salariale ces dernières années – + 30 % entre 2002 et 2012 –, ce qui a majoré fortement le coût du travail dans le secteur public. »*¹⁹

Chantal de SINGLY, dans son Rapport de la mission des Cadres Hospitaliers, abonde également dans ce sens en ce qui concerne les difficultés rencontrées par l'encadrement suite à l'application des 35 heures : *« Avec la mise en place des 35 heures, les cadres hospitaliers se sont trouvés confrontés à une gestion plus serrée de l'organisation du travail des équipes (situations de tensions plus fortes entre la gestion de son propre temps de travail et celle de son équipe, entre gestion individualisée performance collective), dans le contexte général d'une considérable évolution sociale du rapport au travail. En*

¹⁸ Les 35 heures dans la fonction publique hospitalière (Protocole de cadrage national du 27 septembre 2001). *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 2001, n° 2233, pp.15-23.

¹⁹ BENOIT T., [consulté le 20/04/2017]. *Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail*, Jeudi 18 septembre 2014, [en ligne]. Adresse : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-credutemtra/13-14/c1314011.asp>

situation de tension sur l'organisation du travail, chacun attend encore plus de soutien de la part des autres, notamment de son cadre, lui-même aspirant à une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, dans un contexte, rappelons-le, de forte féminisation. »²⁰

L'Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé relative à la « Nouvelle Gouvernance » constitue le troisième volet du Plan Hôpital 2007, après la simplification de l'organisation sanitaire et la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

En modifiant la gouvernance de l'hôpital, cette ordonnance poursuit l'objectif de « *donner aux acteurs des établissements les moyens de leur réorganisation en privilégiant la souplesse, la reconnaissance et la responsabilisation, indique le Rapport au Président de la République. »²¹*

Ainsi, elle permet la création des pôles d'activité et modifie profondément l'organisation interne des ES, tout en modifiant les missions et responsabilités des différentes instances. Les pôles d'activités se voient conféré une certaine autonomie et adjoindre de nouvelles responsabilités relative à la gestion du pôle. En décloisonnant le fonctionnement des unités de soins, jusqu'alors principalement centrées sur leur organisation propre, le pôle devient un échelon à part entière, permettant d'envisager d'autres modalités organisationnelles comme la mutualisation des moyens, des investissements, mais aussi des catégories de personnels qui y travaillent et des professionnels y intervenant.

Intervient par la suite, en 2009, la loi portant réforme **de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)**, axée sur les objectifs suivants :

- Moderniser les établissements de santé
- Améliorer l'accès à des soins de qualité
- Prévenir les maladies et développer la santé publique
- Organiser le système de santé sur chaque territoire

Avec ces nouvelles orientations, renforçant la dynamique de pôle impulsée par le plan hôpital 2007, elle demande à l'encadrement, que soit en proximité des équipes ou au niveau polaire, une collaboration renforcée avec la communauté médicale, notamment de par le renforcement des missions des chefs de pôle²² ainsi qu'avec la direction des soins.

²⁰ DE SINGLY C. pour la Ministre de la Santé et des Sports. [consulté le 6/03/16]. *Rapport de la mission des Cadres Hospitaliers*. Adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf .p.40

²¹ Centre Nationale de l'Expertise Hospitalière. [consulté le 20/04/2017]. *Fiche de Synthèse Nouvelle Gouvernance*. Adresse : <http://www.cneh.fr/Portals/2/PRAXIS/PRAXIS%20daj/Atelier%203/Fiches/Nouvelle%20Gouvernance.pdf>

²² La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre ; ANAP Novembre 2010

Ainsi, les pôles ont leur propre projet et leur contrat de pôle qui doit s'inscrire dans les orientations de l'établissement en matière de gestion, de qualité, mais aussi dans le domaine médical et budgétaire. Cette loi permet aussi le développement de coopération ville hôpital et public privé, ce qui demande à l'encadrement une meilleure connaissance des territoires et de la population qui y réside.

Le 26 janvier 2016, la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé renforce la notion territoriale déjà amorcé par la loi HPST

Ainsi, les mesures proposées par celle-ci, préconisent de « moderniser la prise en charge des patients en organisant les parcours de santé ».

Cette loi modifie encore davantage en profondeur la prise en charge des patients et impose de par la restructuration du système de santé en Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)²³, l'organisation des parcours des patients autour des filières de soins inter établissements.

S'il semble aisé d'imaginer la plus-value pour les usagers, ainsi que les substantielles économies à moyen terme qu'elle pourra permettre, pour la politique institutionnelle des soins, toute la chaîne d'encadrement va être impactée par la nécessaire collaboration inter Es qu'elle nécessite. Le réseau professionnel cadre constitué au cours de la formation IFCS et de l'exercice professionnel prendra d'autant plus d'importance dans les travaux partagés au service du patient pour faciliter son parcours de soins et lui proposer une offre de proximité répondant à ses besoins tout en limitant les hospitalisations.

A presque deux ans de la promulgation de cette loi, des inquiétudes persistent, relatives aux modes de coopérations et au devenir des établissements et de leurs diverses activités, qui impactera nécessairement les effectifs et les organisations. Toutefois, il est à noter que : « *L'objectif des GHT est bien de sortir de postures concurrentielles qui conduisent, d'une part, à un défaut d'offre et de recours sur certaines prises en charges et, d'autre part, au maintien d'activités redondantes et non sécurisées.* »²⁴

Pour le DS, il sera d'autant plus important d'avoir une ligne directrice relative à l'encadrement tout en préservant et en renforçant la qualité et la sécurité des soins, dans la mise en œuvre de cette réforme et des modifications d'organisation interne et externe qu'elle induit.

²³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [Consulté le 13/05/17] : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913559>

²⁴ HUBERT J., MARTINEAU F., pour le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. [consulté le 16/05/2017]. *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport Intermédiaire* : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf

1.2 L'accompagnement de l'encadrement : levier managérial du DS pour le développement de l'autonomie et l'implication des CS

La chaîne de l'encadrement comprend trois niveaux interdépendants les uns des autres, avec des différences de responsabilités, toutefois aussi importantes les unes que les autres pour le patient, les professionnels à leur service et les institutions.

Le DS a pour sa part la responsabilité de cette chaîne d'encadrement. Placé du niveau stratégique, le contexte du plan Hôpital 2007 à la loi de Modernisation de notre Système de Santé favorise la création d'un projet managérial. L'objet ici du projet managérial concerne l'accompagnement de l'encadrement

1.2.1 Le directeur des soins, manager de l'encadrement

Le directeur des soins a toute sa place dans la politique institutionnelle. En référence au décret N°2002 -550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, dans l'article 4²⁵, nous retiendrons tout particulièrement les missions du DS suivantes :

*« I. - Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, exerce, **sous l'autorité du directeur d'établissement**, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction.*

*II. - Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à **l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement**, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la **politique des soins** infirmiers, de rééducation et médico-techniques.*

III. - Sous l'autorité du directeur d'établissement :

*1° Il **organise, contrôle et évalue** la mise en œuvre par les **cadres de santé** de la politique des soins de l'établissement ;*

*2° Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et **l'encadrement** ; [...];*

4° Il participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ;

*5° Il contribue, dans son champ de compétence, à **la définition de la politique d'encadrement de l'établissement** ;*

²⁵ Décret N°2002 -550 du 19 avril 2002 modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 le portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

6° Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en **tenant compte des compétences et des qualifications** ;

7° Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants; [...] ».

En comparaison avec le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière²⁶, le directeur des soins en ES est en charge des activités suivantes que nous avons retenues pour illustrer :

«- en lien avec le projet d'établissement, le pilotage et le contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales,

-l'organisation et la gestion des structures, des activités en partenariat avec le corps médical, les membres de l'équipe de direction et l'encadrement paramédical,

-le management et la supervision de responsables et/ou d'équipes projet».

La mise en œuvre des politiques sur le terrain est réalisée par les cadres de santé et les équipes de soins. Le pilotage et le contrôle des politiques, mais aussi l'organisation et la gestion des structures et des activités de soins, nécessitent pour le directeur des soins d'être vigilant aux capacités des cadres à la conduite des projets au sein des unités de soins.

Lors de nos premiers stages en formation à l'EHESP et au cours des différents travaux avec nos collègues de promotion, nous avons entendu des critiques concernant les personnels d'encadrement, certainement fondées, mais qui pour nous, ont questionné la posture du DS et sa place, une fois le constat fait qu'une personne est en difficulté.

Le DS, membre de l'équipe de direction de l'ES, peut au travers la politique managériale développer une stratégie pour permettre aux nouveaux cadres, mais également aux anciens de réussir et de prendre leur place dans l'organisation.

En proposant une organisation apprenante, chaque acteur de la chaîne d'encadrement trouve sa place et a la possibilité de déployer toutes ses compétences. Cette notion est importante dans le champ de la responsabilité à la fois du DS, mais aussi de l'institution,

²⁶ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=29> ; consulté le 31/03/2017

auxquelles il appartient de donner les moyens à ses collaborateurs de réaliser les missions et les activités qui leur ont été confiées. En prêtant une attention particulière aux conditions d'exercice et à la communication inter personnels, le cadre développera sa prise d'initiative et de fait sa zone d'autonomie.

Pour manager l'encadrement, il n'y a pas de « recette miracle ». De notre point de vue, la notion de confiance doit servir de base aux fondements de ce management. Inventif à partir des méthodes de management existantes, le DS permettra aux cadres de s'impliquer et de se responsabiliser.

G. REYRE confirme ces éléments, car pour lui manager signifie faire un lien continu entre toutes les paramètres, anticiper et veiller aux liaisons et interactions entre personnes et situations de travail. En étant proactif dans le management de « l'Homme », le DS mobilise leur « *intelligence, leur capacité d'initiative, le sens de l'engagement, le goût d'être auteur de leurs propres actes* »²⁷. En permettant à chacun d'agir et de répondre de ses actes et de ceux qui sont placés sous son autorité, le DS contribue à responsabiliser ses collaborateurs.

Antoine de Saint-Exupéry dans Terre des hommes a écrit :

« Être homme, c'est précisément être responsable »²⁸.

1.2.2 L'accompagnement : un concept au service du management de l'encadrement

« Accompagnement. Terme irritant. Irritant car véritable fourre-tout. Où le guide côtoie le musicien, le conseiller, l'entraîneur, le tuteur voire le mentor ou l'initiateur. Qui renvoie à l'accompagnement de la fin de vie, à la conduite accompagnée, à la recherche de l'emploi ou au partage d'un moment. Mais terme incontournable dans le paysage social depuis maintenant près de vingt ans. Ce début de 21^{ème} siècle signe une société fonctionnant sur le mode de l'accompagnement. Pour le pire et le meilleur, comme dans tout arrangement déterminant mais provisoire » selon Maëla PAULE²⁹.

Pour autant, la seule volonté de développer l'accompagnement ne suffit à le construire et à le mettre en œuvre.

²⁷ REYRE G. ; Du courage d'être manager ; Editions Liaisons 2004 ; p.213

²⁸ SAINT EXUPERY A. ; Terre des hommes, Edition Le Livre de Poche, 1939, p. 59

²⁹ PAUL M ; « L'accompagnement dans le champ professionnel », Savoirs 2009/2 (n°20), p. 11

Accompagner signifie selon le dictionnaire LAROUSSE «être avec quelqu'un, lui tenir compagnie, servir de guide, mener conduire quelque part, soutenir ». Il est souvent associé au tutorat, au compagnonnage, voire au coaching et au mentoring. Il traduit tout particulièrement la notion d'engagement entre individus.

L'accompagnement de l'encadrement peut être un élément clé dans le changement de fonction et de posture. C'est ce qui se passe lorsqu'un professionnel paramédical accède à la fonction de CS ; ou encore lorsqu'il devient CDP, voire DS.

Les différentes fonctions confèrent d'autres champs de compétences et des activités qui sont propres à chacune. Le changement postural se construit progressivement par la formation mais aussi par l'exercice du métier.

En valorisant l'accompagnement, comme beaucoup d'ES ont choisi de la faire avec un tutorat par exemple, la relation d'accompagnement est utilisée comme un outil de liaison, de progression et de valorisation pour les 2 parties impliquées. Elle sous-tend, confiance, mais aussi contractualisation entre les parties prenantes, précisant ce que chacun peut attendre de l'autre et vice versa.

La politique d'accompagnement est également un vecteur de reconnaissance et de professionnalisation³⁰ :

- pour celui qui en bénéficie, car progressivement ses compétences professionnelles seront dévoilées et confortées, il gagne en autonomie et pourra davantage d'impliquer dans sa mission et ses activités
- pour celui qui le prodigue, car il est un guide, un modèle avec une expérience, pouvant tirer des bénéfices de l'accompagnement de son collègue. Lui aussi est impliqué dans cette mission en particulier et autonome dans sa façon d'accompagner

1.2.3 Développement de l'autonomie et de l'implication : une gageure d'engagement réciproque

Le mot autonomie est d'origine grecque. Il est composé de deux parties « autos » qui signifie le même, ce qui vient de soi-même et concerne les actions que chaque individu réalise ; puis « nomos »³¹, qui précise les règles établies par la société, la norme, la loi.

Ainsi, « Autonomos » : est celui qui se régit par ses propres lois, qui est capable de se gouverner soi-même. Le dictionnaire de l'Académie Française définit autonome de la

³⁰ Ibid. 28

³¹ Dictionnaire LAROUSSE ; [consulté en ligne le 25/05/2017] ; <http://www.larousse.fr/dictionnaires>

manière suivante : « *une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée* ».

De part cette définition de l'autonomie, on peut comprendre que cela confère une forme de liberté, puisque la personne autonome réfléchit par elle-même et décide pour elle-même. Dans le contexte professionnel et dans la Société, cette autonomie reste « contrôlée » par les règles et les normes établies.

Mispelbloom Beyer pense que l'autonomie vraie n'existe pas. Il la considère plutôt ainsi : « *l'autonomie est une valeur, une valeur positive, une valeur anti attitude d'exécution* ». ³²

Cette idée est particulièrement intéressante pour un DS, dans la mesure où il attend de la chaîne d'encadrement, certes des actes d'exécution, mais davantage d'analyse, de proposition pro active, mais aussi de la compréhension dans les situations humaines.

Sur la base de la confiance réciproque, le collaborateur peut développer son espace d'autonomie, donc de liberté pour réaliser ses activités au quotidien. En lui permettant de travailler ainsi, le DS influence la qualité de vie au travail de son collaborateur : les contraintes et obligations sont certes nombreuses, mais le professionnel peut utiliser ses ressources propres, sa créativité au service de l'ES. Ainsi, le DS fait le pari de l'engagement des personnes et d'une plus grande implication dans l'institution.

³² Ibid. 6 ; page 90

2 Observation de terrain et analyse

2.1 Méthodologie de l'exploration de terrain

2.1.1 Choix de l'outil d'exploration

Après échanges et réflexions avec le collectif de guidance de mémoire à l'EHESP, l'entretien semi-directif semble l'outil le plus approprié valorisant des données plus qualitatives que quantitatives. En effet, il permet discussions et comparaisons avec les professionnels concernant la thématique. Ainsi les entretiens semi-directifs ont été privilégiés plutôt qu'une enquête par questionnaires à une plus grande échelle.

D'ailleurs dans les propos de BINGHAM et MOORE, l'entretien est comme une « *conversation ayant un but, un objectif. Elle est orientée, instrumentée, entre un expert (le chercheur) et un « naïf »*³³. Kurt LEWIN quant à lui disait « *le chercheur et les sujets de la recherche cheminent ensemble vers la connaissance.* »³⁴ En effet, voulant mettre à l'épreuve ses hypothèses, le chercheur travaille avec les différents acteurs et va sur le « terrain » pour vérifier ses affirmations.

Ce type d'entretien permet, à l'aide d'une grille structurée s'appuyant sur la base théorique et des hypothèses, une certaine souplesse dans sa réalisation. Les questions se veulent relativement ouvertes en lien avec la thématique tout en restant suffisamment large pour ne pas induire des réponses particulières. Il s'agit avant tout de permettre à l'interviewé de répondre librement à chacune des questions. Toutefois, afin d'éviter des réponses courtes, des questions de relances permettront d'apporter de la précision à certains propos. La reformulation peut être opportune, pour vérifier la bonne compréhension des propos du professionnel interviewé et parfois, d'approfondir les idées développées par celui-ci.

Chacun des entretiens débute par une présentation du contexte dans lequel il s'effectue, de la thématique de recherche et précise l'anonymat de chaque personne. Les propos recueillis seront exploités de manière confidentielle et serviront uniquement dans le cadre de ce travail.

³³ BINGHAM et MOORE cité par R. GHIGLIONE et al in *Les enquêtes sociologiques* (Théories et pratiques), Paris, A. Colin, 1991, p.11

³⁴ LEWIN K. *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Paris : Éditions PUF, 194. 269 p.

2.1.2 Choix des lieux et de la population enquêtés

A) Focus sur les trois établissements de santé

a) *L'établissement A*

L'établissement A fait partie d'un GHT de 12 ES dont 1 Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui est l'hôpital support.

Il représente un groupe hospitalier (GH) et rassemble trois établissements de santé autour d'une direction commune : 3 Centres Hospitaliers (dont le principal est le siège de la direction commune seul autorisé pour les activités de Chirurgie et d'Obstétrique ; les 2 autres sont autorisés pour la médecine et la gériatrie). Il comprend 1139 lits et places, dont les 2/3 sont dédiés à la filière gériatrique, et dispose de 1150 ETP (équivalent temps plein) de professionnels non médicaux.

Pour l'ensemble des établissements participants au GH, une seule direction de la qualité et de l'organisation des soins est pilotée par un CGS, directeur des soins (DS 1). Ce dernier en assure la direction transversale de la qualité sur chaque site, avec un cadre supérieur de santé et un responsable qualité qui interviennent tous deux sur l'ensemble des sites, dans la perspective d'une préparation commune pour la certification des ES.

Sur les deux établissements périphériques, un cadre supérieur de santé est positionné comme adjoint à la direction des soins.

Ces adjoints président la commission de soins de l'établissement pour les 2 sites hospitaliers partenaires, selon le choix qui a été opéré par le DS. Ce choix a été opéré dans la perspective de la commission de soins de territoire, afin de préserver la représentativité de chacun des établissements partenaires du GHT au sein de cette instance territoriale.

Pour le site principal, trois cadres supérieurs de santé (dont le CSS 1), cadres de pôle, contribuent à l'organisation des soins.

Une réunion hebdomadaire avec tous les cadres de pôles, la sage-femme coordinatrice et les CSS adjoints des établissements partenaires du groupe hospitalier permet d'aborder :

- l'organisation des soins,
- les réorganisations et restructurations issues des PRE successifs de chaque ES
- la déclinaison opérationnelle du projet de soins partagé par les ES du GH.

Le directeur des soins se déplace de manière hebdomadaire sur les sites périphériques pour rencontrer ses adjoints et les cadres de santé.

Plusieurs fois par an, une réunion de l'ensemble de l'encadrement est organisée pour permettre aux acteurs de se rencontrer et de travailler sur des thématiques qui concernent tous les établissements.

b) L'établissement B

L'établissement B est un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM), intégré dans un GHT comprenant 11 Etablissements de Santé (ES) dont deux EPSM et un CHU (établissement support). L'établissement est en zone urbaine. Il couvre toute la zone géographique du territoire pour l'ensemble des ES du CHT que ce soit en intra ou extra hospitalier. Cet ES dispose de 539 lits et places en centre de crise ; poste cure ; hospitalisation complète et temps partiel. L'ES comprend 6 pôles d'activité clinique : en psychiatrie générale pour adultes et infanto -juvénile; 1 pôle médico - technique et clinique ; 2 instituts de formation (1 Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et 1 Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS)) ; 2 structures médico-sociales (1 Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et 1 Service Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM)). Il dispose de 1070 ETP de professionnels non médicaux.

La direction de la qualité et de l'organisation des soins est pilotée depuis plusieurs années par le directeur des soins (DS 2),

Dans cet ES, un organigramme de la direction des soins décline précisément tous les liens hiérarchiques et fonctionnels. Il est à la disposition de tout le personnel.

Le DS est accompagnée de 2 CSS, ses adjoints, tous deux avec une fiche de poste définissant leurs missions respectives. 7 CDP assurent au quotidien la liaison entre les pôles et la direction des soins. Une rencontre hebdomadaire est planifiée avec le DS et les 2 adjoints et permet d'aborder :

- l'organisation des soins,
- l'état des réorganisations et restructurations consécutifs au PRE
- la déclinaison opérationnelle du projet de soins partagé par les ES du GH.
- Le suivi et la gestion des lits et hospitalisations sous contraintes

c) *L'établissement C*

L'établissement C fait partie d'un GHT de 12 ES dont 1 Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM), il est en direction commune avec l'hôpital support.

Il représente un groupe hospitalier (GH) de deux ES fusionné depuis environ dix ans (MCO et Santé Mentale). L'autorisation pour les activités de Chirurgie a été « perdue » peu de temps après la fusion au bénéfice de la Clinique privée. Un conventionnement public privé en GCS (groupement de coopération sanitaire) concernant la mise à disposition des blocs opératoires leur permet de maintenir l'activité d'Obstétrique. L'ES a développé une filière rééducation, gériatrique et ainsi que toutes les filières adultes et infantiles pour la psychiatrie intra et extra hospitalière. Il comprend 645 lits et places, dont 438 pour MO – SSR et gériatrie et 207 pour la santé mentale, et dispose de 943 ETP (équivalent temps plein) de professionnels non médicaux.

La direction de la qualité et de l'organisation des soins est pilotée par un directeur d'hôpital, qui a peu de contact direct avec la direction des soins.

Le DS est seul pour le pilotage de la direction des soins des deux sites fusionnés. 6 CDP assurent au quotidien la liaison entre les pôles et la direction des soins. Une rencontre par quinzaine est planifiée entre le DS et les CDP :

- l'organisation des soins,
- l'état des réorganisations et restructurations consécutifs au PRE
- la déclinaison opérationnelle du projet de soins de l'ES.
- Le suivi et la gestion des lits

Une rencontre bi mensuelle est organisée avec les CS sur chaque site. Une réunion trimestrielle pour l'ensemble des CS de l'ES fusionné est programmée annuellement.

B) Les professionnels de santé

Afin d'objectiver le questionnement et les hypothèses émises, plusieurs catégories de professionnels ont été rencontrées et ont volontiers accepté de répondre aux questions.

- Trois directeurs des soins : tous sont coordonnateur général des soins et président de la CSIRMT des établissements ou des groupes d'établissements :
 - Le DS 1 a construit un dispositif d'accompagnement pour les faisant fonction de cadre de santé et a inscrit dans le projet de soins un axe management

- Le DS 2 n'a pas construit de dispositif d'accompagnement et évoque dans le projet de soins un objectif relatif à la politique managériale de l'encadrement
- Le DS 3 projette de construire un dispositif centré sur les valeurs et la politique managériale de l'encadrement
- Six cadres de santé : deux dans chacun des établissements respectifs des DS 1 ; 2 et 3
- Deux cadres supérieurs de santé : deux sont cadres de pôle et l'un des deux est positionné comme adjoint sur la direction des soins. Un troisième CSS a été sollicité mais n'a pas souhaité s'inscrire dans cette démarche.

Les établissements retenus l'ont été par leur taille différente, leur localisation géographique (urbaine et rurale). Ils n'ont pas les mêmes spécialités, ceci questionnera la nature des difficultés rencontrées par les cadres : seront-elles différentes en fonction de la taille, des spécialités ? Les organisations soignantes sont elles aussi différentes, devrait permettre de vérifier :

- l'impact sur l'accompagnement de l'encadrement.
- l'importance du projet managérial du DS vis-à-vis de l'encadrement

Les interviewés ont répondu favorablement, par intérêt pour le sujet de l'encadrement, mais aussi la volonté perçue lors des entretiens de faire évoluer le management de l'encadrement.

Le tableau qui fait suite reprend de manière synthétique les caractéristiques professionnelles de chacune des personnes interrogées.

Il montre des parcours différents ce qui a été un des critères de choix des personnes, afin de recueillir un maximum d'avis et d'informations.

Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
Dispositif d'accompagnement des faisant fonction de CS	Aucun dispositif formalisé	Elaboration en cours d'un projet d'accompagnement de l'encadrement
<p style="text-align: center;">DS 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 2,5 ans - 2^{ème} poste de DS - DS depuis 6 ans - 1^{er} poste de Coordonnateur - Expérience de CS pendant 10 ans (gestion et formation) - Expérience de CSS adjoint au DS pendant 3 ans - A changé plusieurs fois d'ES dans la même région 	<p style="text-align: center;">DS 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 15 ans - 1^{er} poste de Coordonnateur - Expérience de CS pendant 10 ans (gestion) - Expérience de CSS pendant 5 ans - Toujours dans le même ES 	<p style="text-align: center;">DS 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 1 an - 2^{ème} poste de Coordonnateur - DS depuis 5 ans - Expérience de CS pendant 5 ans (formation) - Expérience de CSS pendant 6 ans - A changé plusieurs fois d'ES dans toute la France
<p style="text-align: center;">CS 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 2 ans en FFCS - 1^{er} poste de CS - Réussite au concours IFCS cette année - Expérience IDE pendant 10 ans principalement en MCO dans le même ES - A bénéficié d'un dispositif d'accompagnement 	<p style="text-align: center;">CS 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 1 mois - 1^{er} poste de CS - Sortie IFCS en juin - Expérience IDE pendant 15 ans (MCO et santé mentale) - Plusieurs ES en France 	<p style="text-align: center;">CS 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 1 an - 2^{ème} poste de CS - Période d'une année de FFCS en IFSI - Expérience IDE pendant 12 ans (MCO) - Plusieurs ES en région - A bénéficié d'un dispositif d'accompagnement dans l'ES précédent
<p style="text-align: center;">CS 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 4 ans - 1^{er} poste de CS - Expérience IDE 16 ans en MCO et en santé mentale - Plusieurs ES dans la même région 	<p style="text-align: center;">CS 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 10 ans - 3^{ème} poste de CS - CS pendant 6 ans en IFSI puis en gestion - Expérience IDE pendant 10 ans en MCO et en santé mentale 	<p style="text-align: center;">CS 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste depuis 5 ans - 2^{ème} poste de CS - Période de 2 années de FFCS en ES - 1^{er} poste de Coordonnateur

	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs ES dans la même région 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience IDE pendant 10 ans (MCO et gériatrie) - A bénéficié d'un dispositif d'accompagnement dans l'ES précédent
<p style="text-align: center;">CSS 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste CDP pendant 4 ans - IDE pendant 15 ans - Expérience de CS pendant 5 ans (gestion et formation) - A changé plusieurs fois d'ES (MCO) dans la même région - Adjoint au CGS depuis 6 mois 	<p style="text-align: center;">CSS 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - en poste CDP depuis 1 an - 2^{ème} poste de CDP - IDE pendant 10 ans - Expérience de CS pendant 10 ans (gestion) - Plusieurs ES (MCO et santé mentale) en France 	

2.1.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont principalement déroulés lors d'entrevues et ont tous été enregistrés avec l'accord de chacun des participants, permettant de libérer l'attention aux propos. Une prise de note a été toutefois réalisée en parallèle concernant les points clés en vue de l'analyse à venir.

2 entretiens ont été réalisés par téléphone, également enregistrés avec l'aval des deux personnes qui ont accepté de répondre aux questions.

Puis à une petite distance des entretiens, une synthèse a été rédigée, ainsi qu'un bref ressenti de leur teneur.

2.1.4 Choix du canevas d'entretiens

Des grilles d'entretien différentes ont été construites pour chacune des catégories professionnelles interviewées (Cf. Annexe I).

Chaque grille d'entretien a été construite de manière à répondre aux trois hypothèses et en ciblant le champ d'action des acteurs, ainsi que leur niveau de responsabilité dans la hiérarchie de l'encadrement.

2.2 Analyse des entretiens traitement des informations recueillies

L'analyse des entretiens a montré la diversité des perceptions de l'encadrement, la citation ci-dessous de Frédéric MISPELBLOOM BEYER en révèle une partie :

«Encadrer, un métier comme un autre? Pourtant, peu d'encadrants affirment sans sourciller savoir très précisément en quoi consiste leur travail quotidien. Dans ce domaine, le vague des définitions l'emporte tant la variété des tâches et des missions semble telle qu'on ne peut pas vraiment comprendre ce qu'on y fait»³⁵.

Pour développer l'analyse, nous avons choisi d'utiliser sur la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière³⁶ (Cf. Annexe II), plutôt que le référentiel de compétences des CS : en effet ce dernier a été validé, mais n'a pas encore été publié, faute de référentiel de formation stabilisé.

2.2.1 Par catégorie professionnelle : analyse de l'expression des CS

A) Ce que les cadres de santé disent de leur métier

Il s'agissait dans un premier temps de faire connaissance et d'appréhender ce que les cadres identifient de leurs activités quotidiennes. Mais aussi d'obtenir des informations complètes sur la vision de l'exercice professionnel de CS, afin de faire émerger les différentes catégories de d'activités. Au travers de ces expressions, des ressentis positifs et négatifs ont été exprimés, révélant tantôt un exercice et un environnement professionnel motivant et épanouissant, tantôt la complexité de la gestion des organisations.

En nous appuyant sur la fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière³⁷, l'analyse des entretiens met en exergue que les six cadres de santé abordent

³⁵ MISPELBLOOM BEYER, F. ; Encadrer, un métier impossible ; Edition ARMAND COLLIN PARIS 2006, p.13

³⁶ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=2Z>, consulté le 4/09/2017

³⁷ Ibid 36

les activités qui leur sont demandées principalement par les tâches qui leur sont demandées.

Au travers de leurs propos, les cadres mettent en avant toute la dimension opérationnelle de leur exercice en décrivant ce qu'ils font. Dès lors que les champs d'activités sont abordés, ils reviennent inexorablement vers la pratique du quotidien et listent des tâches qu'ils exécutent tout le temps. Tous ont connaissance de leur fiche de poste, mais ne l'exploitent qu'une fois dans l'année lorsqu'ils préparent leur entretien d'évaluation : « *Je ne peux pas me permettre de prendre le temps tous les jours de revisiter ma fiche de poste. Globalement, je sais ce que je dois faire, et certains jours, je n'ai même pas le temps de déjeuner tellement il y a de choses à gérer* ».

L'activité qui a été la plus citée par l'ensemble des personnes concerne la « *Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting* ». La notion de planification des activités et des moyens est mise en exergue de manière immédiate, et représente pour 3 des cadres interrogés 50 % de leur temps de travail. Cette activité prend souvent le pas sur les autres et leur demande beaucoup de calculs, tact diplomatique, et est principalement associée à la gestion des plannings et de l'absentéisme : « *Chaque fois que je crois en avoir fini pour quelque temps, j'ai un arrêt ou un agent qui ne peut pas travailler tel ou tel jour. C'est un vrai casse-tête au quotidien. Et quand il faut rappeler une infirmière ou une aide-soignante, c'est encore pire : il faut déjà réussir à joindre quelqu'un et là il faut négocier. La formation cadre ne nous prépare pas à tout cela* ». Deux CS ne partagent pas du tout cet avis et sont sereins par rapport à cette planification : « *Nous travaillons avec des trames récurrentes prévisionnelles, ce qui fait que les agents savent comment ils travaillent du 1^{er} janvier au 31 décembre ; c'est un plus pour l'organisation de la vie privée. Nous avons été entendus par la direction des soins, car avant c'était galère* ». Les outils de gestion mis à disposition des CS permettent de faciliter la gestion des comptes horaires et des indemnités de weekend end et de nuits : « *depuis que nous avons le logiciel de gestion des plannings reliés avec la DRH, cela m'a facilité la vie. Une fois que j'ai fait le planning, je le saisis sur l'informatique et les décomptes des heures se font, quel soulagement. Avant il fallait sans cesse compter et recompter, quand vous avez 60 agents, ça prend vraiment beaucoup de temps* ».

Les autres éléments de gestion qui sont évoqués concernent les lits, les entrées et les sorties, le temps passé à chercher des lits d'aval ou d'organiser avec la famille la sortie à domicile. La DMS a été évoquée comme une préoccupation de tous les jours par les 6 cadres interrogés, « *c'est stressant, de tout le temps vérifier si on est bon sur la DMS. Je comprends que nous devons tenir le budget du pôle en surveillant de près les séjours, mais*

on en oublie l'humain qui est dans le lit et l'humain qui lui doit gérer cela et presque mettre les gens à la porte quelques fois ».

Concernant l'activité « Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine », elle est identifiée précisément dans la notion de contrôle des agents, notamment pour les nouveaux arrivants : *« quand j'accueille du nouveau personnel ou des étudiants, je vérifie personnellement leurs connaissances en matière d'hygiène hospitalière, mais aussi la traçabilité des tâches réalisées. Je leur montre le fonctionnement du service et j'insiste sur les outils au service du malade, l'importance des bonnes pratiques et de la tenue du dossier patient ».*

Dans les contenus recueillis, ce qui surprend c'est que seul un cadre récemment revenu de l'IFCS valorise sa place dans l'institution, comme un acteur majeur dans la conception de projets participant au développement de l'unité de soins (activité : *« Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité »*).

« La gestion et développement des personnels » est évoqué par 5/6 CS, en référence à l'entretien de formation et l'entretien annuel d'évaluation : *« ces deux entretiens sont obligatoires. C'est important pour les agents, ils ont l'occasion d'insister sur certaines zones d'amélioration qui sont nécessaires pour certains ».*

Toutefois, ils disent n'avoir que peu de lisibilité sur l'impact de leurs appréciations concernant les besoins en formation : *« je ne sais pas si mon avis est important et aide dans la décision d'octroi ou non de formation. J'aimerais pouvoir en discuter avec le cadre de pôle, ça me permettrait d'expliquer pourquoi telle ou telle formation n'a pas été retenue ».* Leur connaissance des agents en matière de compétences et de perspectives professionnelles est un atout perçu, et principalement reconnu lorsque cela revêt un intérêt particulier pour le service ou le pôle (ex : *« on avait besoin d'une personne très compétente pour gérer les plaies en EHPAD : du coup la formation a été acceptée »*)

B) Les facilités exprimées par les CS

Elles sont différentes et plus ou moins importantes en fonction de l'expérience, de l'accompagnement dont ils ont pu bénéficier et la compréhension qu'ils ont de l'organisation générale et des relations de travail avec tous les acteurs. Plusieurs CS ont exprimé qu'un *« climat social serein facilite notre travail au quotidien et les relations avec les équipes sont constructives ».*

Pour 4/6 d'entre eux, la collaboration avec les équipes est excellente et facile et leur confère une reconnaissance professionnelle. Il est à noter que tous ont exercé des fonctions infirmières, « *ce qui permet de comprendre et d'accompagner certains points d'organisation des activités avec un regard soignant et d'être dans la proximité vraie avec les équipes* ».

Les outils de gestion, de traçabilité de coordination et suivi de la prise en charge de prestations sont de réels atouts, lorsqu'ils existent et servent la qualité des soins rendus aux usagers. Pour les CS, dès lors qu'ils sont formés à leur utilisation, ils permettent de gagner en temps et en fiabilité. Ainsi ils peuvent pour deux d'entre eux se consacrer à d'autres activités transversales (ex. cités : qualité, un axe du projet de soin), soit au sein du pôle ou dans le cadre du Projet de Soins Infirmiers Rééducation et Médico Technique.

Pour les 6 personnes, la formation CS reste « *trop généraliste, l'approche conceptuelle est très loin de la réalité du terrain, et même si les stages nous permettent d'en avoir un aperçu, l'arrivée en service est un peu brutale* ».

Toutefois, ce qui est facilitateur dans cette prise de poste, « *c'est les collègues, qui sont passés par la même galère, qui sont prêts à aider et à travailler avec nous* ». L'entraide semble en effet un point fort dans le quotidien, et dans 4/6 cas, elle est annoncée et fait partie de la fiche de poste du nouveau CS. Le CDP est lui aussi un élément facilitateur, dès lors qu'il a une approche bienfaisante et a organisé la prise de fonction au sein du pôle, permettant ainsi une adaptation progressive et une montée en compétence organisée. Cela s'adresse aussi pour les FFCS, qui soulignent l'importance de l'accompagnement qu'ils auraient souhaité avoir, « *sachant que dans certains établissements des choses sont écrites et concrètement, on n'est pas lâché dans la cage aux fauves* »³⁸.

C) Les difficultés verbalisées par les CS

Les difficultés des cadres s'expriment différemment en fonction des individus, du contexte et très souvent elles sont multi factorielles.

La moitié d'entre eux dit : « *le plus difficile pour moi c'est la gestion des personnels, les plannings, c'est une véritable usine à gaz au quotidien et vraiment très chronophage ; l'évaluation des personnels est un moment compliqué pour moi, j'ai toujours du mal à dire à quelqu'un que son travail n'est pas irréprochable, j'ai peur de mal m'y prendre et de me retrouver avec les syndicats sur le dos ; j'ai horreur de gérer des conflits, ce qui est difficile*

³⁸ ESTRIC, F ; MIRAVETE, V ; BENTZ, S ; BOURRET, R ; Dispositif d'accompagnement des postulants cadres ; SOINS CADRES N° 93 Février 2015

c'est une charge mentale que cela implique, j'ai bien conscience qu'en ne les gérant pas je risque de laisser une situation dégénérer, mais sur ce volet, je ne suis pas du tout à l'aise».

Tous les cadres expriment leur implication sur ces sujets-là. 3 d'entre eux sont en difficultés, ils estiment qu'ils n'ont « *pas été préparé à cela pendant leur formation de cadre* ».

Pour 2 d'entre eux, jeunes dans l'exercice professionnel de CS, la compréhension du système reste complexe et ils ont une approche prudente des politiques de l'ES : « *ce qui est le plus difficile pour moi, c'est d'être le relais les politiques institutionnelles, d'autant plus difficile car je crois qu'elles ne vont pas dans la bonne direction, on s'éloigne de plus en plus du malade et de dont il a besoin, par exemple la qualité, on est dans la culture du chiffre, sur des indicateurs de mesure, et puis sur les durées de séjours de plus en plus raccourcies, c'est difficile de demander aux agents d'appliquer les règles de bonnes pratiques quand tout va à 200 à l'heure* ». Le DS et le CDP sont là des acteurs majeurs dans la communication des politiques institutionnelles et dans l'accompagnement de l'encadrement de proximité.

Quatre d'entre eux expriment « *le plus dur c'est de devoir participer à des projets institutionnels, on va couper les cheveux en quatre et surtout on va y passer un temps fou, bref, énergie maxi pour zéro résultat, parce que ça ne tient pas financièrement par exemple, ou encore parce qu'on ne sait pas vraiment à quoi cela va servir* ».

Partant de l'idée que pour le CS « *être manager ce n'est pas un seul et unique modèle mais une dimension individuelle* »³⁹, chaque individu rencontre ses propres difficultés qu'il est à même ou non de résoudre seul. L'encadrement supérieur semble ici avoir une place à occuper, soit dans l'aide à la prise de conscience des difficultés, mais aussi dans la proposition de remédiation.

Pour développer cette idée H.MINTZBERG⁴⁰ explique qu'un encadrant « efficace » ne peut l'être que par le regard qu'il porte sur lui-même et l'analyse qu'il peut faire de son travail. La compréhension et la réponse qu'ils pourront apporter aux pressions subies au quotidien, ainsi que certains dilemmes de leur profession, leur confèrera une efficacité vraie qui sera reconnue. Dans leurs propos, tous recherchent cette analyse de leurs activités et attendent de l'encadrement supérieur et de la direction des soins de l'aide pour pouvoir plus aisément y répondre, car ils ont bien conscience, que cela ne résoudra en rien le côté « *difficile de certaines situations* ».

³⁹ G.REYRE., du courage d'être manager ; Ed liaisons, 2004, P 213.

⁴⁰ .MINTZBERG, H. ; .Le management ; Editions des organisations. Paris. Octobre 1998 (2è édition). P 33

D) Place du CDP et du DS dans l'accompagnement des CS

Tous les CS expriment avoir « *besoin des CDP et de la Direction des Soins. Ils sont notre soutien quotidien, ils savent ce que nous avons au quotidien à gérer* ».

L'expression de ce besoin peut témoigner de la perception de la hiérarchie de l'encadrement, pas aussi de l'analyse de la place qu'ils occupent et des enjeux liés au contexte des ES.

La moitié verbalise une « *absence de présence physique des CDP, qui est retenu par la gestion du pôle. Et le directeur des soins, on ne le voit que lorsqu'il organise une réunion d'information ou lors de la commission de soins. C'est vraiment dommage, car il est à l'écoute et comprend nos difficultés* ».

Certains ont bénéficié de tutorat, ou d'un dispositif d'accompagnement lors de leur prise de fonction « *c'est un bon début, mais beaucoup de choses sont manquantes. Comment gère-t-on le quotidien, qui peut être ressource ? Quelques fois, quand c'était vraiment dur, notamment sur le plan émotionnel, je ne savais pas vers qui me tourner. Et puis comment est-ce que mes collègues ou le CDP m'auraient perçue, la petite nouvelle qui pleure et n'arrive pas à gérer son équipe... je n'ai jamais osé en parler, pour moi c'était trop risqué à ce moment* ». Ceci témoigne de la nécessité de penser l'accompagnement et de s'appuyer sur la confiance entre collaborateurs. La construction partagée d'un dispositif d'accompagnement de l'encadrement doit être pilotée par le DS et être relayé par le CDP afin de permettre au nouvel arrivant de progressivement s'asseoir dans sa fonction, tout en n'oubliant pas l'importance de la temporalité et la nécessité de réactivité.

2.2.2 Analyse de l'expression des CDP : ce qu'ils attendent des CS

A) Difficultés des CS perçues et relations de travail entre CDP et CS

Les CDP expriment avoir de « *bonnes relations avec la plupart des CS* ». Les choses semblent se compliquer lorsqu'ils ont à faire à des FFCS ou de CS nouvellement affectés dans leur pôle, car cela nécessite de leur part un temps d'accompagnement. Pour les 2 personnes interrogées, elles ont conscience que « *c'est une miette de temps que nous pouvons leur donner. Quand ils sont bien cortiqués, qu'ils ont compris le mode de fonctionnement, les collègues CS du pôle sont des relais efficaces pour les encadrer* ». Toutefois ce qui est à noter, c'est l'absence de formalisation concrète à laquelle il peut être important de pouvoir se référer, en quelque sorte une contractualisation de

l'accompagnement, impliquant tous les partenaires et précisant les attendus. Ce que disent les CSS des CS et de leurs relations de travail, des difficultés auxquelles ils sont confrontés et comment ils essaient d'en faire une force pour poursuivre les objectifs de pole.

Les 2 CDP ont identifié les mêmes types de difficultés chez les CS, pas dans le même ordre d'importance, avec une prépondérance pour les aspects techniques du métier : *« ils n'apprennent pas à faire un planning, ni repérer les anomalies au niveau des horaires, du coup les syndicats débarquent tous les quatre matins dans mon bureau pour me dire qu'elle est nulle. A force, je ne sais plus comment la protéger ».*

Les deux difficultés prioritairement évoqués concernent la gestion des organisations de travail et gestion des conflits (difficulté posturale), principales sources de discordes dans les équipes de soins. Ils mettent tous deux en avant que les règles de travail internes doivent impérativement être maîtrisées *« pour être le plus possible dans l'équité, car c'est une vraie faille dans laquelle toute équipe va s'engouffrer. Et puis, il faut apprendre la distance, on est plus des copains-copines, même si on apprécie les personnes, c'est dans l'attitude, la posture et la ligne de conduite que les nouveaux ont certainement le plus à travailler dans la prise de poste ».*

B) Moyens de remédiations aux difficultés perçues

Le lien avec la politique managériale institutionnelle n'est pas évoqué de manière spontanée, les propos sont principalement orientés vers la dimension opérationnelle qui est attendue de CS et des FFCS. Pour un des CDP, l'existence d'un dispositif d'accompagnement des FFCS est un élément positif, même s'il repose principalement sur une approche théorique dispensée mensuellement. *« Au moins je sais qu'il ou elle a les connaissances nécessaires pour comprendre le fonctionnement de l'ES et ainsi comprendre l'importance de la bonne gestion d'une unité de soins, que ce soit sur les moyens humains, matériel ou logistiques ».*

Les deux expriment la nécessité de travailler de manière conjointe une *« ligne managériale »*, avec des valeurs partagées, qui permettrait par la même de donner de la lisibilité sur les missions de l'encadrement et de pouvoir s'appuyer sur celle-ci en cas de difficulté particulière.

Ce qui est également souligné, c'est le caractère singulier de chaque CS vis-à-vis de l'exercice professionnel : *« certains avaient déjà le souci du reporting quand ils travaillaient en tant qu'IDE... ce n'est pas toujours le cas et cela complique les relations. Vous imaginez*

que découvrir une déclaration d'évènement indésirable après tout le monde en recevant un mail, ce n'est pas acceptable. Et ce n'est pas parce que je suis le supérieur hiérarchique, mais avant tout le collègue qui peut intervenir, aider et limiter les dégâts ».

2.2.3 Analyse de l'expression des DS : ce qu'ils attendent de l'encadrement

Pour les DS, la chaîne de l'encadrement est essentielle pour faire vivre la politique institutionnelle, leur vision de l'encadrement est différente si c'est nouveau cadre ou un expert, en référence au niveau de professionnalisation des cadres de santé et des CDP.

Ce que les DS attendent des CS, c'est qu'ils remplissent l'intégralité des missions et des activités conformément au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. L'accomplissement de ces missions est indispensable au bon fonctionnement des ES et notamment dans la qualité des services rendus aux usagers et aux acteurs du système de santé. Les DS souhaiteraient des initiatives en matière d'organisation, des encadrants force de proposition et moteurs dans les projets innovants pour les pôles.

Les principales difficultés que les DS mettent en avant relèvent de la posture du CS, plus particulièrement le management de l'être humain, mais aussi, la gestion des conflits et l'analyse de situations.

« Mes attentes par rapport à l'encadrement sont simples, pour moi un cadre doit gérer son équipe, c'est lui qui est au plus près des personnels. Il est à la croisée des chemins, qui d'autre que lui peut être meilleur relais du projet d'établissement et du projet de soins. Lorsque que je recrute un cadre ou un FFCS, je ne manque pas de lui dire que je veux qu'il se positionne, même si force est de constater que les nouvelles générations ont souvent des difficultés à y souscrire. Les cadres sont un groupe professionnel à part entière et pour ma part je compte exploiter cela, dans le collectif cadre. Le métier d'encadrant aujourd'hui demande de l'adaptabilité à chaque instant, même s'il comprend une certaine technicité, il demande analyse, réflexion et projection. C'est cette dynamique-là qui va lui conférer la reconnaissance des équipes qu'il gère, mais aussi du corps médical ».

Les 3 DS confèrent une certaine autonomie aux CS et entendent qu'ils puissent en exploiter toute la zone pour développer leurs potentiels et s'épanouir dans leur travail.

Ils mettent tous trois en avant un management basé sur la confiance réciproque.

Aucun DS ne nie dans le quotidien ce que vivent les CS et sont bien conscients des difficultés auxquelles ils ont à faire face. C'est là qu'intervient la dimension managériale du

DS vis-à-vis de l'encadrement et de l'accompagnement qu'il met à disposition de ses collaborateurs. Cela nécessite une analyse des organisations, de manière à les rendre apprenantes et de veiller dans la construction de dispositifs d'accompagnement intégrant les valeurs éthiques et bienfaitantes pour cette population précieuse dans les ES.

Remarque d'un DS par rapport à la formation CS :

« Je trouve qu'il n'y a pas assez d'adéquation entre la formation et les attentes des établissements. Je sais bien que les CS n'arriveront pas avec une mallette pleine d'outils à leur arrivée de l'IFCS, mais la formation ne prépare pas assez à la dimension opérationnelle à laquelle ils vont être immédiatement confrontés. Pour certains c'est très violent. ».

Le directeur de l'IFCS avec lequel nous avons échangé précise que la formation même si elle tente de préparer les futurs cadres à la plupart des missions qui leur seront confiées, ne peut pas suffisamment individualiser les contenus *« Les ES possèdent tous des outils divers et variés, non homogénéisés et il semble improbable pour l'institut de réussir à tous leur montrer et leur apprendre. De ce fait, nous ciblons davantage, les outils de bases, leur laissant ensuite le soin de se les approprier sur le terrain en fonction des attentes des ES. Nous formons des professionnels de l'encadrement, capables de se questionner pariant ainsi sur leurs possibilités de s'adapter à la réalité de leur quotidien ».*

Ce qui a également été souligné, c'est le retour sur expérience organisé un an après la prise de poste, avec notamment un débriefing de toutes les difficultés rencontrées à la prise de fonction, non travaillée pendant la formation. Les éléments mis à jour permettent d'apporter des réajustements dans le dispositif de formation pour la nouvelle promotion.

Un échange de point de vue informel, avec le PCME au cours de notre deuxième stage par rapport à l'encadrement, a porté de sa part une vision positive sur l'accompagnement dont la filière paramédicale bénéficie. Ce dernier a exprimé un parallèle qui pourrait être fait entre la professionnalisation de l'encadrement paramédical et médical, notamment *« des chefs de service et des pôles, qui aujourd'hui en fonction des structures hospitalières, ne sont pas forcément très performants sur le plan managérial ».*

2.2.4 Par structure

A) L'établissement A :

Concernant l'établissement A, le DS verbalise à son arrivée dans la direction commune, une absence de lisibilité sur les organisations et les missions confiées à chaque niveau de l'encadrement. Dans un contexte de plan de retour à l'équilibre financier, une baisse d'attractivité des CS, il a été compliqué de décliner la politique managériale.

Un premier point a consisté avec les CDP à rendre efficiente les organisations pour répondre aux objectifs financiers et qualité. Puis de convaincre les personnels et les représentants des personnels des bienfondés de ces démarches.

Puis ensuite de chercher à consolider l'encadrement de proximité, avec des professionnels intéressés par l'exercice de CS : un dispositif d'accompagnement pour les FFCS a été construit et un axe management a été intégré dans le projet de soin. Basé sur la recherche de potentiel cadres de santé et sur la pérennisation de l'encadrement dans une période de mouvance dans l'ES. Les relations inter personnelles sont plutôt favorables et constructives, même si lors des entretiens nous avons pu remarquer de la part du CDP, une certaine réserve vis-à-vis du DS. Ce dernier par contre a témoigné de la confiance qu'il accordait à ce collaborateur, du fait de ses compétences et de sa place dans la structure. Les CS quant à eux, expriment une certaine distance, voire une absence physique de l'encadrement supérieur et du DS, ce qui à certains moments leur complique le quotidien.

B) L'établissement B :

Dans cet établissement, « il y a peu de mouvement au niveau de l'encadrement, il fait bon y vivre » explique le DS. Ce dernier en poste depuis le début de sa carrière en tant qu'infirmier dans ce même établissement connaît tous les professionnels. Sa politique d'accompagnement se décline au quotidien dans ses actions, d'après les dires des CS et du CDP « *ici tout le monde sait qu'il a sa porte ouverte et quand l'un d'entre nous est en difficulté, personne n'hésite à solliciter les collègues et le supérieur hiérarchique. C'est certainement lié à notre spécialité, la santé mentale, on réfléchit tout le temps et c'est ainsi qu'on avance, tous ensemble parce que l'on se fait confiance* ». Dans ce propos, le management par la confiance et l'entraide sont valorisés par le DS et permettent aux acteurs de l'encadrement de développer de l'autonomie dans leur quotidien. Ceci ne les empêche pas de communiquer les informations au DS et valorisent leur « obligation de reporting avec lui, du fait de ses fonctions. Il m'est arrivé en début de carrière de l'oublier, il a su gentiment me rappeler cette obligation à surtout à quoi servait ce reporting ».

Ces témoignages dévoilent que l'accompagnement de l'encadrement proposé par le DS même s'il n'est pas formalisé contribue au bien vivre dans son quotidien professionnel.

C) L'établissement C :

Le constat du DS à son arrivée concernait la place des CSS, qui avaient beaucoup de libertés, sans aucun contrôle très contrastée par le sentiment d'isolement des cadres exprimé en réunion.

Des difficultés similaires à tous ont été identifiées dans la maîtrise des outils, dans la gestion des organisations de travail, avec peu d'entraide au sein du pôle et aucune inter-pôle. Les relations de travail sont cordiales dans les propos recueillis et montrent une véritable volonté de manager par la confiance.

Dans cet ES le CDP n'a pas souhaité participer à l'entretien et nous exprimé par téléphone être en désaccord avec le DS. Nous n'avons pas cherché à explorer ce champ-là.

Les CS ont tous deux exprimé ressentir ce malaise entre la direction des soins et un CDP. Il s'agit principalement d'une rivalité entre personne, lié à l'échec du CDP au concours de directeur des soins.

Le DS construit actuellement un projet d'accompagnement de l'encadrement sur la base de son expérience antérieure, avec un groupe de CS et de CDP.

2.3 Limites de la recherche

Ces 11 entretiens ont apporté un éclairage qualitatif à notre questionnement, toutefois, ils ne peuvent constituer une généralité, mais plutôt alimenter notre réflexion concernant le plan d'action. C'est un des biais méthodologique lié à la réalisation d'entretiens.

Au cours de la dernière période de notre formation à l'EHESP, nous avons eu un échange informel au décours d'une conversation autour de la thématique de l'encadrement de la politique managériale de l'encadrement avec un enseignant, directeur d'hôpital. Cet échange a donné lieu à une prise de note et a apporté un éclairage complémentaire à l'analyse et aux préconisations envisagées, notamment sur la nécessité d'établir une typologie des difficultés (techniques, posturales, organisationnelles, manque de connaissances), ce que nous n'avons que partiellement pu investiguer par les entretiens, faute de matériau à exploiter. Il serait nécessaire pour cela de chercher à plus grande échelle un résultat quantitatif par un questionnaire.

Nous avons clarifié notre cible, c'est-à-dire la responsabilité du DS dans la conception du management des cadres et de leur analyse des difficultés perçues dans les activités des cadres dans leur ES. Nous avons également remis en cause notre idée initiale qu'une approche managériale structurée d'un projet permettait d'accompagner les professionnels. Les professionnels de l'ES 2 ont démontré le contraire, puisqu'il n'y avait pas de formalisation.

Quelque fois, avoir annoncé les valeurs ne suffit pas, il ne faut pas occulter la dimension technique dans les activités des cadres.

2.3.1 Retour sur les hypothèses

A partir des éléments recueillis dans la littérature et dans les entretiens réalisés et de l'analyse que nous avons faite, revenons sur les hypothèses de travail annoncées en fin d'introduction.

Hypothèse 1 :

Les cadres associés aux décisions s'impliquent davantage dans la structure

Tous les professionnels interrogés s'accordent à dire que lorsque les « *lignes de conduite* » sont claires et communiquées, les acteurs sont impliqués dans leur mise en œuvre. Les avis sont partagés dans la participation aux décisions, et mettent en avant la place occupée dans l'institution.

De ce fait cette hypothèse n'est que partiellement vérifiée, et pourrait être nuancée de la façon suivante :

Les cadres associés aux décisions, en regard de leur champ de compétence, s'impliquent davantage dans la structure.

Hypothèse 2 :

La structuration de la prise de fonction facilite le positionnement du cadre

Tous les entretiens ont révélé cette nécessité de structuration de la prise de fonction, que ce soit pour un FFCS, un CS sorti de l'IFCS, ou un CS qui change d'ES ou de service. A chaque changement de fonction ou de poste, il y a un temps d'adaptation et de prise de connaissance nécessaire pour aiguïser le sens critique et pouvoir être force de proposition dans les organisations, les projets.

Cette hypothèse est vérifiée

Hypothèse 3 :

La mise en œuvre d'une organisation apprenante contribue au processus de professionnalisation des cadres

Cette hypothèse est confirmée par les 3 DS interrogés. Elle a également été évoquée par le PCME avec qui nous avons échangé.

Les dispositifs existants ou à venir révèlent une volonté d'aider l'encadrement dans l'exercice de ses missions. Toutefois, il est nécessaire d'inscrire les dispositifs sur le plan stratégique à savoir, la politique managériale, avec un axe fort centré sur l'accompagnement de l'encadrement.

2.3.2 Synthèse de l'analyse avec l'outil SWOT

Afin de mettre en lumière les éléments recueillis, l'outil d'analyse stratégique SWOT (Strengths (forces) - Weaknesses (faiblesses) - Opportunities (opportunités) - Threats (menaces)) permet de mettre en exergue les diagnostics et les enjeux liés à la politique d'accompagnement de l'encadrement.

Il permet d'étudier des forces et des faiblesses (enjeux internes) d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur, en les combinant avec celle des opportunités et des menaces (enjeux externes) de son environnement. Dans la cadre de ce travail, l'analyse des enjeux externes seront focalisés sur les personnes plutôt que sur l'environnement.

En prenant en compte les facteurs internes et externes, et en croisant les données recueillies, l'utilisation de cet outil d'analyse peut permettre de maximiser les potentiels des forces et des opportunités et en minimiser les effets des faiblesses et des menaces, servant ainsi la construction de préconisations.

STRENGTHS (forces)	WEAKNESSES (faiblesses)
<p><u>Pour les CS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - qualité de l'accompagnement des CS et des professionnels - parcours professionnalisé et individualisé, opérationnalité <p><u>Pour les CDP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail avec des personnels avec une expérience professionnelle variée et hétérogène et motivées par l'encadrement des équipes - accompagnement de l'encadrement dans la professionnalisation - opérationnalité des nouveaux diplômés cadres - responsabilisation des CS et développement de leur autonomie <p><u>Pour le DS et l'institution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorisation des professionnels de l'encadrement CS et CDP - confiance en ses collaborateurs de l'encadrement - pilotage du projet managérial construit dans un mode participatif - place stratégique des CDP à l'interface de la DS, des Pôles et des CS - une ligne managériale qui valorise les travaux internes, les efforts d'organisation, l'investissement - lisibilité du rôle de l'encadrement et de la répartition des responsabilités 	<p><u>Pour les CS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fragilité émotionnelle des acteurs / accompagnement dans les activités à forts enjeux relationnels (OS – conflits – tensions – absentéisme) - résistance aux changements dans les modes de pensée <p><u>Pour les CDP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - adaptation intergénérationnelle / écart important dans les valeurs professionnelles attendues dans le management des équipes et comportements non professionnels - fragilité émotionnelle des acteurs / accompagnement dans les activités à forts enjeux relationnels (OS – conflits – tensions – absentéisme) <p><u>Pour le DS et l'institution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - fiabilité des acteurs et du système / divergence dans les pratiques managériales et dans l'accompagnement par les CSS - communication négative des résultats annuels des CS / répercussions sur la motivation / pas d'alternative de progression
OPPORTUNITIES (opportunités)	THREATS (menaces)
<p><u>Pour les CS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - développement de l'entraide et de la solidarité entre cadre, entre CS et CSS, entre CSS et notion de bénéfice partagé par tous (gagnant – gagnant) <p><u>Pour les CDP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - changements pour impulser la responsabilisation et développer l'implication et l'autonomie dans le quotidien <p><u>Pour le DS et l'institution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - challenge - opportunité de progression et de changement - de leader dans le management des équipes en favorisant la montée en compétences et la QVT des cadres de santé - recrutement facilité, par un affichage de la politique managériale de l'encadrement et de l'accompagnement des acteurs l'encadrement 	<p><u>Pour les professionnels de terrain :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - professionnels de terrain : sentiment de distance avec l'encadrement d'isolement et de non accompagnement des équipes <p><u>Pour les CS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - difficultés de progression, perte de l'attractivité pour le métier, l'ES, des effectifs <p><u>Pour les CDP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CSS : crédibilité, reconnaissance professionnelle <p><u>Pour le DS et l'institution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - institution : décalage / non réponse aux objectifs règlementaires et institutionnels, risques d'épuisement professionnel, recours, fragilité de la QVT des cadres - impact sur le recrutement de CS et impact sur les projets de FF de CS

3 Préconisations

La manière dont le DS conçoit la politique managériale de l'encadrement aura une incidence sur la place qu'occupent les acteurs de l'encadrement. En donnant de la lisibilité aux organisations, à la place de chacun, il impulsera la prise de l'autonomie et de la responsabilisation. Dans cette période de contrainte que vivent les professionnels dans les ES, le mode participatif augure une meilleure compréhension, des relations saines et une collaboration qui pourra progressivement se construire.

3.1 Diagnostic de l'existant pour construire l'accompagnement de l'encadrement, en particulier les CS

Pour le DS, dès la décision prise de développer une politique managériale de l'encadrement, il importe de s'appuyer sur les compétences existantes des personnels déjà en poste et ceux à venir. En effet, elles pourront appuyer la rédaction du projet managérial, valorisant ainsi les expériences de l'encadrement et prenant ainsi en compte les écueils des uns et des autres. Ainsi, il sera nécessaire de mettre en lumière les difficultés auxquelles tout personnel d'encadrement peut être confronté, tout en identifiant les ressources dont il disposera pour y répondre, en limitant la difficulté.

3.1.1 Identification des atouts, des zones de vigilances et des potentielles difficultés de l'équipe d'encadrement

A partir de l'expérience des « anciens et des nouveaux » cadres de santé, il semble raisonnable d'établir pour chacune des activités les points de vigilance et de construire avec les acteurs les outils qui pourront contribuer à l'intelligence du CS dans le traitement de chaque situation dans sa singularité.

Le guide d'auto diagnostic de la HAS peut servir de point de départ pour chacun afin d'identifier la nature des difficultés qui peuvent intervenir, que ce soit pour les FFCS les nouveaux CS, mais aussi les « anciens » qui n'auraient pas été confrontés à ce type de difficultés. Les principes de suppléance et d'entraide entre CS et entre CS et CDP serviront de base aux travaux et à l'écriture du projet managérial de l'encadrement. S'inscrivant dans les orientations nationales en matière de bien-être au travail et prévention des risques professionnels, le respect des personnes servira de fil conducteur aux échanges lors des travaux.

3.1.2 Cartographie des compétences de l'encadrement différentes catégories de cadres (FF – CS – CSS)

La cartographie des compétences d'une équipe est une base fiable en matière de compétences clés pour l'organisation. S'appuyant sur le référentiel des métiers de la fonction publique hospitalière, une grille d'évaluation peut recenser les compétences individuelles par mission ou type d'activité confiée, mais aussi les compétences du collectif cadre.

En établissant cette cartographie et en en assurant le suivi au moins annuel, le DS peut faire une projection dans le futur, permettant ainsi :

- De proposer un diagnostic des compétences collectives et individuelles et ainsi proposer des mesures de renforcement les plus appropriées en fonction des fragilités identifiées
- S'interroger sur le contenu des activités et compétences en identifiant des indicateurs de mesures permettant aux acteurs de progresser
- D'identifier les niveaux de compétences du collectif cadre, mais aussi les personnels qui détiennent les compétences clés et peuvent être ressources au sein de l'ES

D'après le guide pour la cartographie des emplois et des compétences établi par le Centre National de la Fonction Publique Territoriale⁴¹, cette démarche a des effets bénéfiques sur le plan de l'organisation, mais aussi dans les relations inter équipe d'encadrement et pourrait dans un GHT permettre d'envisager une territorialisation de la compétence.

Pour faciliter la réalisation de la cartographie des compétences des professionnels de l'encadrement, un premier point d'étape est nécessaire : il s'agit de construire la fiche de fonction / de poste pour chaque niveau de l'encadrement.

Sur cette question de sémantique entre fiche de poste et de fonction, les avis sont souvent partagés. Le plus important reste la finalité de cet outil. Dans la littérature, la plupart du temps, la fiche de fonction est descriptive du métier de manière générale très souvent, alors que la fiche de poste correspond aux missions particulières et les spécificités du poste que la personne va occuper. Pour l'encadrement, il semble intéressant d'établir les deux dans la mesure où le référentiel métier impose des compétences identiques pour tous. Ceci permettra d'alimenter la cartographie des compétences que tous doivent développer. Pour ce qui concerne la fiche de poste, elle permettra d'établir précisément pour chaque

⁴¹ http://www.cnfpt.fr/sites/default/files/guide_cartographie_emploi_compences_v2_13.02.14.pdf; consulté le 21/09/2017

« poste » d'encadrement les particularités en matière de compétences et ainsi compléter la cartographie.

Les agents concernés ont également un intérêt à disposer de ces deux outils, comme levier d'embauche par exemple ou encore pour négocier une formation leur permettant de répondre avec plus d'efficacité à ses missions.

3.1.3 Déclinaison de la politique managériale relative à l'accompagnement de l'encadrement : grands principes et valeurs partagées

A ce stade de notre réflexion, il nous semble utile d'aborder la notion de management notamment en ce qui concerne la définition du modèle managérial. Aujourd'hui, dans le contexte complexe et incertain des ES, ce modèle ne peut pas être unique, mais bien au contraire multiple et situationnel. Toute la chaîne de l'encadrement doit pouvoir s'adapter aux situations, aux imprévus avec la même efficacité et cela demande de se rassembler autour de valeurs communes. En précisant le rôle de chacun des acteurs au sein de l'équipe d'encadrement, il ne peut y avoir de confusion. Chacun sait où est sa place, et se donne les moyens de répondre aux missions qui lui sont confiées.

Rigueur et sens des responsabilités sont attendus. En pilotant par la confiance, le DS établit des relations de travail où la suspicion est bannie. C'est en montrant la direction à suivre avec exemplarité et bienfaisance que toute la ligne managériale développera ses compétences et participera au développement de l'ES, que ce soit dans l'attractivité pour le métier ou dans la qualité des prestations fournies.

Un management partagé autour de valeurs partagées donne du sens à la politique institutionnelle et s'inscrit dans la durabilité : il s'agit d'une ligne directrice même si elle est discontinuée.

Comme dans tout projet le pilotage, l'organisation et l'évaluation sont attendus. Toutefois, il importe dans le pilotage d'avoir une approche méthodologique : en s'emparant d'outils de qualité par exemple, comme la roue de DEMING avec les 4 étapes clés ⁴²(Plan – Do - Check – Act) et d'un échéancier opérationnel et consultable par tous les acteurs

Le cycle PCDA permet de structurer une démarche d'amélioration continue ou de résolution de problème et de mettre en œuvre les solutions les plus adaptées et pérennes.

⁴² <http://www.certification-iso-9001.fr/definitions/pdca/>, consulté le 1^{er} octobre 2017

3.2 Professionnalisation de l'encadrement

Transformer un soignant en cadre de santé « *cela ne se décrète pas : la professionnalisation débute au cours de la formation IFCS et se poursuit après la prise de fonction* »⁴³ .

Ce processus est source d'enjeux et de bénéfices pour tous. Pour l'ES, il est nécessaire que ce processus permette de « produire » des professionnels qui seront à même d'assumer les tâches relevant de leurs compétences. Il permet aussi de maintenir un équilibre de l'expertise, les « anciens » transmettant aux « nouveaux » et les « nouveaux » apprenant de l'expérience des « anciens ».

Selon le dictionnaire LAROUSSE : le processus est « *un enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à quelque chose ; c'est une suite continue d'opérations, d'actions constituant la manière de faire, de fabriquer quelque chose ; c'est la manière que quelqu'un, un groupe, a de se comporter en vue d'un résultat particulier répondant à un schéma précis* ».

Selon Hans BRANDERBURG et Jean Pierre WOJTYNA, le processus : « *C'est l'ensemble des ressources et des activités liées qui transforment des éléments entrants en éléments sortant. Toute tâche, toute activité qui génère un produit ou un service constitue un processus, ou un enchaînement de processus* ».⁴⁴

Selon R. WITORSKI, « La professionnalisation est donc un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante »⁴⁵ .

La formation d'un professionnel passe alors par des étapes de construction lui permettant d'acquérir savoirs, connaissances, capacités, compétences.

Pour en arriver au résultat de « professionnel », les auteurs parlent tous d'expérimentation dans l'action. Au travers des expériences, en mobilisant ses capacités réflexives et d'analyse, il développe sa façon de penser comme un professionnel. Pour assimiler ces éléments, il faut du temps et de la matière, pour se « transformer ». La professionnalisation est l'aboutissement de cette transformation, de ce processus pour devenir un professionnel.

⁴³ VERBATIM entretien DS 3

⁴⁴ Hans BRANDENBURG, Jean Pierre WOJTYNA, « L'approche processus, mode d'emploi » Edition d'organisation page 22

⁴⁵ WITORSKI R., 2005, Formation, travail et professionnalisation, Collection Action et savoir, Editions L'HARMATTAN. p. 28

Les deux notions se rejoignent dans ce processus : (se) former, c'est acquérir des compétences et acquérir des compétences, c'est se professionnaliser.

Cette idée est relayée par DONNADIEU, GENTHON, VIAL : « Relier les deux dimensions de la professionnalisation, ce n'est pas employer l'un pour analyser, découper l'autre, mais de donner des principes d'intelligibilité des pratiques ».

Toujours pour WITORSKI, la professionnalisation comprend trois orientations différentes : il s'agit de « la professionnalisation des activités », « la professionnalisation des acteurs » et « la professionnalisation des organisations ».

Pour ce qui concerne la professionnalisation des activités, elle se décline par la création de règles d'exercice de ces activités, utiles pour la profession concernée, mais également, la construction de programmes de formation à ces activités.

La professionnalisation des acteurs revêt à la fois la transmission de savoirs et de compétences. Ces compétences sont réputées nécessaires pour la construction d'une identité professionnelle et l'exercice de la profession.

3.2.1 Processus de professionnalisation des CS : un objectif à poursuivre avec tous les acteurs

Dans le champ de la formation professionnelle, le processus de professionnalisation d'un apprenant, ici un CS, le mène vers l'exercice d'un métier qui existe depuis longtemps. Décrit de manière plus ou moins précise, le processus de professionnalisation doit lui permettre à partir d'une formation qu'elle soit théorique ou pratique ou qu'elle alterne les deux, d'être le plus opérationnel et de développer des compétences utiles à l'exercice professionnel quotidien.

A partir de sa fin de formation, le nouveau CS va expérimenter un certain nombre de situations qui lui permettront de mettre en pratique ses apprentissages.

Il ne sera pas un expert, mais plutôt un « novice » comme le décrit Patricia BENNER.⁴⁶ En s'inspirant du modèle d'acquisition des compétences fondé sur l'étude des joueurs d'échecs et des pilotes d'avions décliné par Stuart DREYFUS (mathématicien et analyste des

⁴⁶ Patricia BENNER « De novice à expert : excellence soins infirmiers » Edition Masson (2003)

systèmes) et Hubert DREYFUS (Philosophe), P. BENNER pointe l'acquisition et le développement d'une compétence.

Ce modèle situationnel s'attache tout particulièrement à la fonction infirmière mais peut tout à fait s'appliquer à la fonction CS. Il ne pronostique aucunement de l'intelligence ou des dons des sujets.

Ce qui est intéressant dans le modèle exposé c'est le passage successif de palier de compétences, qui laisse entrevoir une montée en compétence et permet de réinterroger les « certitudes », car une compétence doit pouvoir évoluer en fonction de l'évolution du contexte ou du système.

Ce dernier passe nécessairement par des stades successifs :

- Novice : ils n'ont aucune expérience des situations dans lesquelles ils peuvent se retrouver. Elles peuvent être décrites leur permettant de se préparer et de capitaliser l'expérience nécessaire à l'acquisition des compétences.

- Débutant : les débutants ont déjà expérimenté des situations réelles. Ils ont repéré de leur propre chef ou sur indication d'un tuteur, les points significatifs dans des situations identiques. Ces éléments peuvent ainsi être reconnus grâce des expériences antérieures.

- Compétent : Le CS « compétent » travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Il est capable de percevoir ses actes en termes d'objectifs et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique des situations rencontrées. Toutefois la notion de rapidité et la souplesse ne lui sont pas encore acquises bien qu'il soit capable de faire face et de maîtriser des situations imprévues le cas échéant.

- Performant : Le CS performant comprend la situation en totalité et non morcelée. En se basant sur l'expérience, il est en capacité d'anticiper certaines situations et de prévoir les actions à mener.

- Expert : L'expert est capable de comprendre et de passer à l'acte « sans réfléchir ». Son expérience lui confère une approche intuitive de chaque situation et lui permet d'appréhender un problème en se rendant directement à la solution. Il s'agit là de maîtrise, d'adaptation et de compétence.

Concrètement le DS à partir de ces éléments théoriques pourra construire un plan de professionnalisation programmé. Négocié lors de la prise de poste et contractualisé avec l'encadrement supérieur, ce plan de professionnalisation précise les attendus et les implications de chaque acteur et est accompagné d'un rétro planning. E

Pour accompagner de manière plus singulière le CS, une « bibliothèque situations d'encadrement prévalentes », documentée par l'équipe d'encadrement déjà en poste, pourra servir de point d'appui lors de difficultés pour lesquels les cadres n'ont pas rapidement de levier. Ainsi les expériences de chacun profitent aux novices qui vont l'expérimenter en gagnant en efficacité.

Au cours des premiers mois, des points d'étapes réguliers sont à réaliser entre CDP et CS, puis plus espacés en fonction de l'avancée dans le plan de professionnalisation. En formalisant les principes et les attendus de ce compagnonnage, la politique managériale de l'encadrement prend une dimension institutionnelle et pourra être intégré comme un des points du système qualité.

Un reporting avec le DS valorisera à la fois la progression et confortera certaines ressources (en terme de connaissances ou de personnes) si nécessaire et alimentera la cartographie des compétences.

3.2.2 Une organisation apprenante pour accompagner l'encadrement dans la réalisation de leurs missions

En accompagnant les cadres de santé dans cette prise de conscience de la fluctuation de leurs compétences, le DS prend en considération cette évolutivité dans l'exercice du métier de CS. Cet accompagnement doit être individuel, collectif, mais aussi technique, pour la gestion du quotidien.

Ces paramètres sont à prendre en compte dans l'écriture du projet managérial, mais aussi dans l'affichage institutionnel ainsi que dans l'évaluation annuelle réalisée par le CDP et le chef de pôle.

En donnant de la lisibilité sur ce qui est attendus des cadres de santé, que ce soit en termes de compétences, de tâches, d'opérationnalité, l'acteur peut progressivement développer ses capacités à y répondre dans son quotidien.

A ce titre, le DS a toute son importance dans le balisage de la prise de fonction, en y intégrant des étapes, des niveaux d'acquisitions progressifs. D'ailleurs, le DS de l'ES C travaille le projet managérial ainsi avec son équipe d'encadrement. En s'appuyant sur les expériences vécues des uns et des autres, les CS et les CDP expriment ce qui peut être attendu du cadre qui prend ses fonctions selon une périodicité définie. Cela ne concerne pas seulement l'approche technique du métier, mais aussi toute la dimension humaine de

l'encadrement ainsi que les personnes ressources pour les accompagner. Dans un second temps le DS, compte négocier la prise de poste en ces termes avec le chef de pôle.

Le CDP, lui a une vision transversale des ressources et des compétences au sein de son pôle. Sous sa « houlette », l'entraide peut être développée dans le pôle. En lien avec le DS régulièrement, il sera possible de l'envisager également en inter pôle.

A ce titre plusieurs idées sont à explorer :

- Lors de réunions du collectif CS – CDP, utiliser un temps consacré au partage d'expérience, sous la forme d'analyse de pratique.
Mobiliser le collectif cadre autour d'un retour d'expérience présente un intérêt certain en terme d'apprentissage, de réflexion sur sa pratique et peut être un véritable levier de progression et de cohésion (plus d'analyses, d'idées de solution ou de schémas de réflexion)
- A partir de situations problématiques, organiser des retours sur expérience (RETEX) pour identifier les causes et limiter la récurrence ou l'impact d'une récurrence, s'autoriser à utiliser les erreurs comme outils d'apprentissage
- Construire un livret d'accueil et un guide du tutorat du nouveau cadre de santé, qu'il soit FF ou nouvel arrivant (dans l'établissement ou sur un pôle)

3.3 Evaluation de la politique managériale de l'encadrement

Cette évaluation doit prendre en compte le niveau individuel et collectif. En effet, l'évaluation individuelle de l'encadrement repose sur la collaboration entre professionnelle et sur la confiance. Ainsi en se basant à la fois sur du déclaratif et des outils de suivi, il sera possible d'apprécier l'atteinte des objectifs de la politique managériale. Des outils au service de l'évaluation de l'axe accompagnement de l'encadrement.

3.3.1 Construire des indicateurs de suivi : moyen de reconnaissance et de valorisation des activités quotidiennes

Lors de la déclinaison de la politique managériale de l'encadrement et la construction du plan d'accompagnement, il sera nécessaire de construire un tableau de suivi des activités.

Le groupe de travail se basera sur le référentiel métier des cadres d'unités de soins de la fonction publique hospitalière en ciblant sur chacune des missions, les activités en rapport et les indicateurs de traçabilité dans un tableau de suivi. En poursuivant les travaux sur un

mode participatif, nous attendons l'implication des professionnels, avec une réelle plus-value pour la reconnaissance de leur activité au quotidien.

Ce tableau de suivi permettra au cadre lui-même d'apprécier et de valoriser le volume, la nature et le temps consacré annuellement à ses activités. Renseigné de manière hebdomadaire, c'est un outil de suivi fiable et exploitable.

Pour le CDP cet outil de suivi devrait permettre d'alimenter la cartographie des compétences du collectif cadre, mais aussi d'identifier des zones de vigilance avec la réactivité nécessaire, soit sur le plan de la formation, soit par une aide ponctuelle pour traiter certains dossiers.

Pour le DS, c'est un outil de suivi nécessaire pour apprécier les résultats de la politique managériale de l'encadrement. Dans notre exercice professionnel antérieur en institut de formation, nous avons construit cet outil avec l'équipe d'encadrement (Cf. Annexe n°III), servant à alimenter le projet de formation et le vivier de compétences internes.

3.3.2 Entretien annuel d'évaluation : levier d'objectivation des résultats de la politique managériale

En mettant en place cette politique managériale de l'encadrement, l'entretien annuel d'évaluation⁴⁷ pourra être alimenté sur la base des résultats de leur plan d'accompagnement de professionnalisation, mais aussi le tableau de suivi des activités. En permettant à chacun d'objectiver le bilan annuel réalisé, les perspectives pour l'année suivante pourront être identifiées aisément, de même que les axes d'amélioration.

Là encore le principe de confiance aux évaluateurs et aux évalués est de rigueur et l'ensemble du dispositif repose sur celui-ci.

La valeur professionnelle du cadre et sa manière de servir sont évalués par le supérieur hiérarchique⁴⁸. Elles se fondent sur l'évaluation des résultats et au regard des objectifs et sur des critères qui auront au préalable été établis dans le plan de professionnalisation individualisé.

⁴⁷ CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière

⁴⁸ https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_ressources_humaines/kit_mobilite_12-2010/Guide_4_5_Entretiens.pdf ; consulté le 30/09/2017

3.3.3 Auditer les acteurs de l'encadrement : une plus-value dans l'évaluation des dispositifs et les perspectives d'évolution

Lors de notre formation à l'EHESP, au retour de chacun des stages, la promotion a bénéficié d'un débriefing, ce qui a contribué également à la réflexion sur les pistes d'actions.

Une idée a particulièrement retenu notre attention, dans un ES de type CHU, le DS n'est pas souvent en relation directe avec les CS. C'est le CDP qui occupe pleinement cette place et collabore principalement avec les CS du pôle dont il a la responsabilité. Le DS a organisé annuellement, un temps de rencontre avec chaque personnel d'encadrement paramédical, en dehors de tout contexte d'évaluation, avec pour objectif d'apprécier le « baromètre bien-être au travail », des éléments de qualité de vie au travail et notamment de laisser le cadre s'exprimer sur son degré de satisfaction de l'exercice de son métier. Lorsque les éléments sont négatifs, l'échange se poursuit sur des pistes de remédiations et le délai d'intervention.

Cette situation relatée par une de nos collègues abonde notre réflexion dans la nécessité d'accompagner non seulement lors d'une prise de poste ou d'un changement d'affectation, mais tout au long de la vie professionnelle. Il est certain que progressivement, l'accompagnement est moins visible et moins fréquent, mais il reste important : *« un cadre qui vit mal son quotidien, qui ne se sent pas accompagné et qui ne s'épanouit pas dans l'exercice de ses fonctions, c'est une vraie catastrophe humaine et professionnelle : d'abord pour le cadre lui-même, pour les équipes qu'il encadre, mais aussi pour l'institution. Pour moi c'est un déficit managérial majeur qui doit être évité »*⁴⁹.

Cette expression est essentielle, car elle produit un effet sur la santé au travail des cadres. Comment s'inscrire dans une dynamique de projet, d'innovation si l'exercice quotidien est lourd à porter ? En auditant ainsi, ses collaborateurs, le DS a la possibilité de compléter l'évaluation des risques professionnels, sur le versant qualité de vie au travail (QVT) et contribuer au processus de l'ES en matière de QVT.

En tant que pilote de la qualité de sa politique managériale de l'encadrement, il lui appartient de vérifier son efficacité, pas uniquement sur des indicateurs mesurables et comparables, mais aussi dans l'expression des professionnels. En construisant sa politique sur une organisation apprenante, l'encadrement pourra monter en compétences, malgré les renouvellements de générations et réorganisations.

⁴⁹ Verbatim du DS 2

3.4 Les acteurs impliqués

Dès lors que ce projet est envisagé, il ne peut pas être le seul projet du DS. Tous les acteurs de l'encadrement sont mobilisés, les CS (qui vont principalement en bénéficier et y contribuer) et les CDP (qui vont avoir à le conduire et le valoriser) ont un rôle essentiel dans cet accompagnement. Au travers de cela, ce sont leurs modes de management qui sont bousculés et qui vont devoir d'adapter pour que leurs collaborateurs soient compétents dans l'exercice de leur métier. Nicolas PRUVOT précise dans son article que les relations entre CDP et CS doivent se former, avec un développement de la communication et que c'est le CDP qui doit être le « *facilitateur* »⁵⁰. Le DS quant à lui, pilote cette politique managériale et il est « *manager - entraîneur* »⁵¹ et à ce titre engage une collaboration effective avec le corps médical, car les cadres sont une denrée rare, qui n'est pas interchangeable sans risques et qu'il faut préserver, car les « *les personnes ne sont pas de kleenex que l'on jette à la première difficulté* »⁵².

⁵⁰ PRUVOT, N. ; SOINS CADRES N° 86 Mai 2013 p.44

⁵¹ IBID 43

⁵² VERBATIM DS 3

Conclusion

Pour l'encadrement soignant, les organisations de travail ne sont pas toujours convergentes, ni explicites, dans un système qui a beaucoup changé ces dernières décennies. Une exigence sociale plus forte, une gestion du risque omniprésente, la démarche d'amélioration continue de la qualité, les contraintes de gestion, la réforme de la gouvernance interne sont autant de facteurs qui ont bousculé l'encadrement dans leur quotidien.

Aujourd'hui, le cadre « moderne » se doit de comprendre les enjeux financiers, sanitaires, politiques et stratégiques en apportant sa contribution au projet de soins, de pôle tout en conciliant avec efficacité activités et soins.

Dans la construction de sa ligne managériale, le DS doit envisager l'accompagnement de ses collaborateurs dans une vision prospective des changements à venir, en s'appuyant sur les compétences du collectif cadre constitué et une organisation apprenante évolutive.

A l'ère des GHT, les frontières des établissements s'effacent au profit des territoires et vont à nouveau bouleverser les pratiques managériales. La délimitation des pôles d'activités de soins pourrait elle aussi rejoindre la ligne du territoire et par la même rejoindre le parcours patients au sein de chaque GHT.

Bibliographie

BENOIT T., [consulté le 20/04/2017]. Commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail, Jeudi 18 septembre 2014, [en ligne]. Adresse : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-ceredutemtra/13-14/c1314011.asp>

BINGHAM et MOORE cité par R. GHIGLIONE et al in Les enquêtes sociologiques (Théories et pratiques), Paris, A. Colin, 1991

BOUFFARTIGUE, P. ; Cadres, la grande rupture ; Edition LA DECOUVERTE, 2001

Centre Nationale de l'Expertise Hospitalière. [consulté le 20/04/2017]. Fiche de Synthèse Nouvelle Gouvernance.
<http://www.cneh.fr/Portals/2/PRAXIS/PRAXIS%20daj/Atelier%203/Fiches/Nouvelle%20Gouvernance.pdf>

CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière

DE SINGLY C. pour la Ministre de la Santé et des Sports. [consulté le 6/03/16]. Rapport de la mission des Cadres Hospitaliers. Adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Décret N°2002 -550 du 19 avril 2002 modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 le portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, JO 19 novembre 1958, n°10400.

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers, JO 12 octobre 1975, n°10566-10567

Dictionnaire LAROUSSE en ligne, [consulté le 25/05/2017]
<http://www.larousse.fr/dictionnaires>

Équipe de la Mission Tarification À l'Activité sous la coordination de ANDRÉOLETTI C. [consulté le 9-11-2015]. La Tarification À l'Activité, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_des_grands_lignes_de_la_reforme.pdf

ESTRIC, F ; MIRAVETE, V ; BENTZ, S ; BOURRET, R ; Dispositif d'accompagnement des postulants cadres ; SOINS CADRES N° 93 Février 2015

G.REYRE., du courage d'être manager ; Ed liaisons, 2004

GESTIN A. Manager des générations ou générer des managements ? Soins cadre, 2013, vol 22, n°88,

Hans BRANDENBURG, Jean Pierre WOJTYNA, « L'approche processus, mode d'emploi » Edition d'organisation

HESBEEN, W., Prendre soin à l'hôpital ; INTEREDITIONS MASSON ; PARIS 1997

<http://www.certification-iso-9001.fr/definitions/pdca/>, consulté le 1er octobre 2017

http://www.cnfpt.fr/sites/default/files/guide_cartographie_emploi_compétences_v2_13.02.14.pdf; consulté le 21/09/2017

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>, consulté le 4/09/2017

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>, consulté le 4/09/2017

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=29> ; consulté le 31/03/2017

https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_ressources_humaines/kit_mobilite_12-2010/Guide_4_5_Entretiens.pdf ; consulté le 30/09/2017

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2741654/fr/1-management-strategique-gouvernance ; [consulté le 14/04/2017]

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436565/fr/guide-pour-l-autodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante-janvier-2005

HUBERT J., MARTINEAU F., pour le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. [consulté le 16/05/2017]. Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport Intermédiaire : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf

La documentation Française ; La notion et le statut Juridique du Cadre ; Confédération Française de l'Encadrement et Confédération Générale des Cadres ; Décembre 1995

La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre ; ANAP Novembre 2010

Les 35 heures dans la fonction publique hospitalière (Protocole de cadrage national du 27 septembre 2001). Actualités Sociales Hebdomadaires, 2001, n° 2233

LEWIN K. Psychologie dynamique. Les relations humaines. Paris : Éditions PUF, 1994.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [Consulté le 13/05/17] : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913559>

MINTZBERG, H. ; .Le management ; Editions des organisations. Paris. Octobre 1998 (2^e édition).

MISPELBLOM BEYER, F ; Encadrer un métier impossible ? 3^eme Edition PARIS ; ARMAND COLIN

Organisation Mondiale de la Santé. [consulté le 14-04-2017]. À propos des systèmes de santé, [en ligne]. Adresse : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>

Patricia BENNER « De novice à expert : excellence soins infirmiers » Edition Masson (2003)

PAUL M ; « L'accompagnement dans le champ professionnel », Savoirs 2009/2 (n°20), p. 11

POLTON D. ; Les systèmes de santé occidentaux et leurs évolutions. Cahiers Français, 2012 n°369, pp.15-22

PRUVOT, N. ; SOINS CADRES N° 86 Mai 2013 p.44

REYRE G. ; Du courage d'être manager ; Editions Liaisons 2004

SAINT EXUPERY A. ; Terre des hommes, Edition Le Livre de Poche, 1939

WITORSKI R., 2005, Formation, travail et professionnalisation, Collection Action et savoir, Editions L'HARMATTAN.

Liste des annexes

Annexe I : Fiches métiers des CS – CDP – DS.

Annexe II : Grilles d'entretiens des CS – CDP – DS.

Annexe III : Tableau de suivi des activités des formateurs

Annexe I : Fiches métiers des CS – CDP – DS.

Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

Famille : SOINS

Sous-famille : Management des organisations des soins

Code métier : 05U20

Information générale

Définition :

Organiser l'activité de soins et des prestations associées, Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Développer la culture du signalement et gérer les risques Développer les compétences individuelles et collectives. Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Autres appellations :

Cadre de santé

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé

Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné

- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau

Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthodes de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Connaissances approfondies : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du

domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.
Connaissances opérationnelles : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques,
administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la
gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des
prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix
des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées
aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le
suivi des projets du pôle

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de
formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé

Correspondances statutaires éventuelles :

Cadre de santé paramédicale

Passerelles :

Cadre soignant de pôle
Formateur des professionnels de santé

Cadre soignant de pôle

Famille : SOINS

Sous-famille : Management des organisations des soins

Code métier : 05U10

Information générale

Définition :

Planifier, organiser et coordonner les soins / les activités du pôle
Contribuer à la gestion médico-économique au sein du pôle
Décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle en développant la démarche qualité en relation avec le chef de pôle
Collaborer au pilotage stratégique du pôle
Manager l'équipe d'encadrement de proximité.
Mettre en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes.

Autres appellations :

Cadre de santé de secteur de soins
Cadre supérieur de santé
Responsable paramédical de pôle
Cadre responsable paramédical de pôle
Cadre paramédical de pôle

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé et un exercice de 4 ans en qualité de cadre de santé

Activités

- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et mise en place de l'organisation des services, dans son domaine d'activité
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Planification de la réalisation du projet et/ou étude et/ou produit et des ressources
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting

Savoir-Faire

- Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné

- Argumenter, influencer et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs (interne et/ou externe), dans son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Traduire les orientations, plans d'actions et moyens de réalisation en activités quotidiennes.

Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances opérationnelles
Conduite de projet	Connaissances opérationnelles
Droit de la fonction publique	Connaissances générales
Encadrement de personnel	Connaissances approfondies
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances générales
Gestion des ressources humaines	Connaissances approfondies
Management	Connaissances opérationnelles
Qualité	Connaissances approfondies
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances approfondies

Connaissances opérationnelles : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances générales : Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances approfondies : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Corps médical pour l'élaboration du projet et de la gestion du pôle
équipe de direction pour la gestion et le suivi des projets
services logistiques pour les achats de matériels
fournisseurs pour la veille sur les nouveaux matériels
réseaux pour la gestion des flux d'activités ou de patients
centres de formation pour la planification des stages, ou l'organisation
de formations
service de formation continue pour le plan de formation

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une
des professions paramédicales,
Diplôme de cadre de santé
Diplôme d'état de sage-femme pour les pôles concernés

Correspondances statutaires éventuelles :

Corps des cadres de santé paramédicale (cadre supérieur)

Passerelles :

Formateur des professionnels de santé

FICHE METIER EN COURS "Directeur(trice) des soins (DS) en établissement";

Famille : MANAGEMENT, GESTION ET AIDE A LA DECISION

Sous-famille : Management stratégique

Code métier : 45C30

Information générale

Définition :

Définition provisoire :
"Définir et piloter la mise en œuvre de la politique des soins dans le cadre de la stratégie de l'établissement";

Spécificités :

Coordonnateur(trice) général(e) des soins

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Les diplômes précités

Activités

- Conseil aux décideurs concernant les choix, les projets, les activités du domaine d'activité
- Conseil pédagogique auprès des personnels / utilisateurs / usagers dans son domaine
- Définition et mise en oeuvre de la politique spécifique à son domaine d'activité
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Organisation, animation et suivi d'activités spécifiques au domaine d'activité
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting

Savoir-Faire

- Animer et développer un réseau professionnel
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Conduire et animer des réunions
- Définir, conduire et évaluer la politique relative à son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs

- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- S'exprimer en public
- Traduire les orientations, plans d'actions et moyens de réalisation en activités quotidiennes.

Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Conduite de projet	Connaissances approfondies
Droit hospitalier	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Gestion budgétaire	Connaissances opérationnelles
Gestion des ressources humaines	Connaissances approfondies
Management	Connaissances approfondies
Sociologie des organisations	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Connaissances approfondies : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Connaissances opérationnelles : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Directeur et membres de l'équipe de direction dans le cadre des orientations politiques et stratégiques, Président de la CME et membres du corps médical dans le cadre des projets, des organisations et des activités dans la prise en charge des

patients,

Les responsables de pôles, le conseil des pôles dans le cadre de l'élaboration, la mise en oeuvre et évaluation de la contractualisation
Directeurs des activités de formation aux métiers de soin dans le cadre de l'organisation des stages et de l'évolution des pratiques professionnelles

Partenaires sociaux dans le cadre du dialogue social, des conditions de travail des personnels, des organisations et des évolutions professionnelles,

Service de médecine et santé au travail dans le cadre des conditions de travail et de l'aménagement des postes pour les personnels

Ensemble des acteurs du territoire de santé dans le cadre de la coordination de l'offre de soins

Conseiller technique et pédagogique régional et national en soins

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Diplôme professionnel,

Diplôme d'état,

Brevet professionnel permettant l'exercice dans l'une des professions de santé

Diplôme cadre de santé, certificat de validation du cycle de formation de l'E.H.E.S.P.

Correspondances statutaires éventuelles :

Directeur de soins

Passerelles :

EN COURS

Annexe II : Grilles d'entretiens des CS – CDP – DS.

GUIDE D'ENTRETIEN N°1

Cadres de Santé

Je débuterais l'entretien par une présentation personnelle, du contexte dans lequel s'effectue cet entretien, de la thématique de la recherche ainsi que des conditions de confidentialité.

Ensuite, je demanderais au professionnel de se présenter. Quel est son nom, dans quel établissement exerce-t-il et quelle fonction occupe-t-il au sein de celui-ci ?

1^{ère} série de questions : Définition et vision du rôle du CS

Question 1 : Comment définiriez-vous votre rôle/activités en tant que personnel d'encadrement? Comment vivez-vous cet exercice professionnel ?

2^{ème} série de questions : Facilités et difficultés rencontrées dans l'exercice professionnel

Question 2 : Dans l'exercice de votre métier, pensez-vous qu'il y a des activités plus faciles / plus difficiles que d'autres ? En quoi sont-elles plus faciles / difficiles ?

Question 3 : Ces facilités / difficultés sont-elles liées à votre environnement ? Expliquez en quoi il a été facilitant ou contraignant ?

3^{ème} série de questions : freins et leviers contribuant à l'exercice professionnel

Question 4 : Selon votre expérience, avez-vous identifié des freins à votre exercice professionnel?

Question 5 : À l'inverse, pensez-vous que des leviers existent et qu'ils pourraient s'appliquer dans votre situation ?

Question 6 : Qu'attendez-vous de votre encadrement supérieur et de la direction des soins ?

Conclusion de l'entretien en laissant la place à d'éventuels compléments d'informations.

GUIDE D'ENTRETIEN N°2
Cadres Supérieurs de Santé / Cadre de pôle

Je débuterais l'entretien par une présentation personnelle, du contexte dans lequel s'effectue cet entretien, de la thématique de la recherche ainsi que des conditions de confidentialité.

Ensuite, je demanderais au professionnel de se présenter. Quel est son nom, dans quel établissement exerce-t-il et quelle fonction occupe-t-il au sein de celui-ci ?

1^{ère} série de questions : Définition et vision du rôle du CS

Question 1 : Comment définiriez-vous le rôle/activités des CS de votre pôle?

Comment vivent-ils leur exercice professionnel ?

2^{ème} série de questions : Difficultés rencontrées par les CS

Question 2 : Dans l'exercice du métier de CS, pensez-vous qu'il y a des activités plus / plus difficiles que d'autres ? En quoi sont-elles plus difficiles ?

Question 3 : A quoi sont liées ces difficultés sont-elles ? L'environnement, les contraintes organisationnelles, financières, le recrutement, la formation ?

3^{ème} série de questions : freins et leviers contribuant à l'exercice professionnel

Question 4 : Selon votre expérience, pensez-vous que l'implication et l'autonomie des cadres contribuent à leur professionnalisation ? Comment ? Comment y participez-vous en tant que CDP?

Question 5 : Qu'attendez-vous de la direction des soins concernant la politique managériale de l'encadrement ?

Conclusion de l'entretien en laissant la place à d'éventuels compléments d'informations.

GUIDE D'ENTRETIEN N°3

Directeurs des Soins

Je débuterais l'entretien par une présentation personnelle, du contexte dans lequel s'effectue cet entretien, de la thématique de la recherche ainsi que des conditions de confidentialité.

Ensuite, je demanderais au professionnel de se présenter. Quel est son nom, dans quel établissement exerce-t-il et quelle fonction occupe-t-il au sein de celui-ci ?

1^{ère} série de questions : Définition et vision du rôle de l'encadrement

Question 1 : Qu'attendez-vous de l'encadrement dans votre ES ? Dans les unités de soins ? Dans les pôles ? Comment vivent-ils leur exercice professionnel ?

2^{ème} série de questions : Difficultés rencontrées par les CS

Question 2 : Quelles sont les difficultés que vous avez le plus fréquemment identifiées ? En quoi sont-elles « invalidantes pour les CS » ?

Question 3 : A quoi sont liées ces difficultés ? L'environnement, les contraintes organisationnelles, financières, le recrutement, la formation ?

3^{ème} série de questions : freins et leviers contribuant à l'exercice professionnel

Question 4 : Selon votre expérience, pensez-vous que l'implication et l'autonomie des cadres contribuent à leur professionnalisation ? Comment ? Comment y participez-vous en tant que CDP ?

Question 5 : Comment définissez-vous votre rôle dans l'accompagnement de l'encadrement ? Sur le plan stratégique et dans la mise en œuvre opérationnelle ?

Conclusion de l'entretien en laissant la place à d'éventuels compléments d'informations.

Annexe III : Tableau de suivi des activités des formateurs

Tableau de suivi des activités des cadres formateurs	
SEMAINES	Semaine 1
Fonction accompagnement des étudiants pédagogie directe/ face à face pédagogique 600 heures annuelles	
Enseignement IFSI	
Cours magistraux	
Travaux dirigés/Travaux de groupe	Etude de situation clinique formative, UE optionnelles, journée pédagogique (hors temps déplacements)
Travaux pratiques	
TPG	approfondissement des connaissances et de UE
Enseignement IFAS	
Cours magistraux	
Travaux dirigés/Travaux de groupe	cas concrets formatifs, évaluation formative (hors temps déplacements)
Travaux pratiques	
Enseignement en stage	
Face à face pédagogique	analyse réflexive - DDS - difficultés des étudiants - encadrement formatif (hors temps déplacements)
Suivi pédagogique	
individuel	analyse de situations de stage - objectifs de l'année - bilan de fin d'année - toute rencontre avec l'étudiant
collectif	régulation - bilan trimestriel et de fin d'année - préparation au stage - informations diverses et organisationnelles pré rentrée AS
Guidance mémoire	guidance individuelle et collective
Evaluation continue	
MSP (AS)	
Surveillance Théorique	
Entretien oraux	individuels ou collectifs
Examens/diplôme	
MSP DE	
Argumentation mémoire	
Concours/Sélection IFSI / IFAS	
Entretiens oraux	
surveillance sélection	écrits des concours

Fonction ingénierie de formation	
Pédagogie indirecte	
450 heures annuelles	
Conception dispositif pédagogique	
préparation individuelle des cours	fiche pédagogique - contenus - objectifs - mise à jour des maquettes annuelles - préparation du support pédagogique, préparation de la salle, assister à un cours, photocopie
préparation collective des cours	
préparation des évaluations théoriques	session principale et de rattrapage, élaboration des sujets de concours IDE et AS
correction des évaluations théoriques	
lecture et corrections des divers travaux étudiants	objectifs de stage - mémoire - travaux de groupe - DDS - dossier module 5 AS
coordination des intervenants	contacts téléphoniques - RDV - réunion préparatoire - courrier - suivi
lecture/recherche documentaire	
Missions de coordination	
dans l'année de formation	responsabilité d'année, mise à jour WINIFSI, saisie des notes, CR suivi pédagogique, archivage des UE et des évaluations de l'année, préparation accueil, pré rentrée, appréciation de fin d'année
au sein de la formation	transversalité des UE, groupes de travail entre formateurs des différentes années pour différentes UE
Activités en lien avec l'alternance	
Déplacements	lieux de stages MSP et autres - réunion association, de travail, en région - différents jurys - inter site
Relation avec les terrains de stage	réunion plénière - contacts téléphoniques - rencontre accompagnement des tuteurs
Groupe de réflexion et de recherche en lien avec ingénierie pédagogique	
projet d'année / projet pédagogique	différents travaux / organisation fonctionnement général -
qualité	traçabilité de l'activité du formateur (mise à jour tableaux de bord) - Traçabilité des réunions (Rédaction CR réunion pédago + info)
Réunions	
réunion pédagogique	
réunion d'information	
réunion équipe d'année	questions relatives à la promotion, pratiques pédagogiques, dynamique de promotion hors conception des dispositifs pédagogique, informations et échanges au sein de l'équipe

Participation aux instances	
conseil technique (CT AS) / Pédagogique (CP IDE)	
conseil de discipline (CD)	
Commission d'attribution des crédits (CAC)	
préparation des instances	CT - CP - CD - CAC - CVE
conseil de la vie étudiantes (CVE)	
Jury VAE	présence et préparation
Jury régional	présence et préparation
Fonction "missions transversales" 450 heures annuelles	
Participation à des groupes de travail	
groupe interne au CH	CLIN, CLAN, CLUD, CUMP
groupe extérieur CH	
commissions	CSIRMT, syndicat
réunion cadre CH	
Participation à des associations professionnelles	
CEFIEC	
GERACFAS	
Autres	
Participation à l'encadrement des stagiaires cadres / tutorat du nouveau formateur	
en qualité de formé	
en qualité de formateur	
Participation à des actions de formation continue	
Participation à des actions de représentations	
information promotion de la formation AS et IDE	
Portes ouvertes	
Rencontres avec les tutelles	ARS - DRJSCS - Conseil Régional
Activités liées aux obligations du fonctionnaire	
visite médicale	
entretien annuel d'évaluation	

LAROCHÉ	Céline	4 – 5 Décembre 2017
FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS Promotion 2017		
L'accompagnement de l'encadrement : Un axe à privilégier dans la politique managériale du Directeur des Soins		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : PARIS 7, Faculté de médecine Denis DIDEROT		
<p>Résumé :</p> <p>Les cadres sont des acteurs de l'entre deux, qui au quotidien gèrent beaucoup de contradictions. Faire fonctionner un service à flux tendus, veiller à la qualité des prestations, gérer les conflits..., autant d'activités qui ne sont pas toujours visibles, ni reconnues comme essentielles dans un établissement de santé.</p> <p>Dans l'exercice de leurs fonctions d'encadrement, les professionnels peuvent être confrontés à des difficultés, que ce soit lors la première prise de poste ou en cours d'exercice. Il est de la responsabilité du Directeur des Soins (DS) dans sa politique managériale d'accompagner l'encadrement, en clarifiant les niveaux de responsabilités (proximité – intermédiaire – stratégique), pour répondre aux impératifs organisationnels des institutions. En facilitant et soutenant l'exercice des métiers de l'encadrement par un accompagnement structuré et organisé, le DS contribue par sa stratégie au bon fonctionnement de l'établissement de santé.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Politique managériale - accompagnement de l'encadrement – autonomie – confiance – professionnalisation – évaluation.</p>		
<p><i>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.</i></p>		