



EHESP

Filière Directeurs des Soins

Promotion : **2018 – Marie CURIE**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Innovier pour impliquer les cadres de
santé dans un travail porteur de sens :
une stratégie managériale
du Directeur des Soins**

Jean PERROT

Remerciements

Je tiens à remercier :

Les professionnels et les collègues de mon établissement d'origine qui m'ont aidé à cheminer au fil des ans.

L'ensemble des professionnels interviewés qui a accepté de participer à ce travail par sa disponibilité et son expertise.

Les directeurs des soins qui m'ont apporté leurs conseils et leur guidance.

Les intervenants et les enseignants de l'EHESP qui m'ont accompagné cette année.

Les élèves de la promotion Marie Curie, et en particulier Arielle, Caroline, Céline, Christophe, François, Franck, Luc-Olivier, Michelle, Nathalie, Sylvie pour cette année de complicité, de partage et d'amitié authentique.

Et surtout mon épouse Anne-Marie, et mes quatre filles Aurélie, Elodie, Marie, Pauline pour leur soutien indéfectible durant ces deux dernières années.

Sommaire

Introduction	1
1 Les apports conceptuels indispensables	5
1.1 La stratégie managériale : fer de lance d'une politique volontariste.....	5
1.1.1 Le management : une perspective d'amélioration du fonctionnement.....	6
1.1.2 La cooptation: une entrée informelle dans la carrière de cadre de santé.....	8
1.1.3 L'accompagnement : une adaptation à l'emploi.....	11
1.2 Le projet cadre : un positionnement co-construit	13
1.2.1 La légitimité : une reconnaissance professionnelle.....	13
1.2.2 L'implication : une volonté d'agir.....	15
1.2.3 L'épanouissement : un révélateur de qualité de vie au travail.....	18
2 Le travail de recherche à travers une exploration de terrain	21
2.1 La méthodologie d'exploration mise en œuvre	21
2.1.1 La démarche d'accompagnement institutionnelle déployée.....	21
2.1.2 Les outils sélectionnés et la méthode d'analyse retenue	21
2.1.3 L'enquête exploratoire et les sites choisis	22
2.1.4 La population interviewée.....	22
2.1.5 Les points forts et les limites repérés	23
2.2 Les résultats obtenus par l'analyse	24
2.2.1 Une entrée dans la fonction cadre potentiellement choisie.....	24
2.2.2 Un apprentissage par la pratique	26
2.2.3 Une légitimité à défendre	28
2.2.4 Une prise de fonction fondée sur l'expérience	30
2.2.5 Une implication professionnelle tangible.....	31
2.2.6 Un épanouissement professionnel autour du sens.....	33
2.2.7 Une synthèse nécessaire pour critiquer les hypothèses.....	35
3 La suggestion de préconisations concrètes.....	37
3.1 La stratégie managériale au cœur de l'action.....	37
3.1.1 Le DS et son positionnement institutionnel.....	37
3.1.2 Le projet managérial envisagé	38

3.1.3	Les collaborations nécessaires	39
3.2	La détection cohérente des potentiels.....	40
3.2.1	L'analyse de poste comme préalable	41
3.2.2	Le potentiel managérial évalué	41
3.2.3	Les méthodes d'évaluation mises en œuvre	42
3.2.4	La restitution voulue des résultats.....	42
3.2.5	La coordination incontournable par la direction des soins	42
3.3	L'accompagnement fondamental des professionnels.....	43
3.3.1	Les parcours d'intégration organisés	43
3.3.2	Le tutorat définit.....	44
3.3.3	L'évaluation mise en place.....	45
3.3.4	Le référentiel cadre à formaliser	45
3.3.5	L'accès virtuel dédié	45
3.4	L'implication au travail et sa demande de reconnaissance.....	46
3.4.1	Des groupes d'échanges pragmatiques	46
3.4.2	Une ingénierie de la discussion envisagée	47
3.4.3	Un face à face essentiel	47
3.4.4	Le télétravail comme espace de concentration	48
3.5	La cohérence d'un travail porteur de sens	49
3.5.1	La charte de l'encadrement à débattre.....	49
3.5.2	La supervision comme dispositif de régulation.....	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes	I
	Annexe 1 : Grille d'enquête – Cadres de santé	II
	Annexe 2 : Grille d'enquête – Cadres supérieurs de santé, Directeurs des Soins	III
	Annexe 3 : Procédure d'intégration des nouveaux cadres - (Etablissement A).....	IV
	Annexe 4 : Projet d'accompagnement des professionnels - (Etablissement B)	VII

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CHG	Centre Hospitalier Général
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DG	Directeur Général
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FF	Faisant Fonction de cadre de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
QVT	Qualité de Vie au Travail

Introduction

L'hôpital évolue, réagit aux sollicitudes de son environnement, et s'adapte. Il subit les pressions conjuguées des évolutions technologiques, architecturales, économiques, sociologiques, sociales et politiques. Il s'inscrit dans un système de santé dont la mission est de répondre aux besoins de santé de la population, avec une exigence de qualité et de rationalité. Il assume également sa mission en s'inscrivant dans le mouvement de recomposition de l'offre de soins amenant la nécessité d'opérations de modernisation.

Dans cette dynamique, les pôles d'activités, dans lesquels les unités de soins sont des plaques tournantes essentielles, représentent les lieux par excellence où se coordonnent et coopèrent tous les professionnels hospitaliers. Ils occupent une place privilégiée dans l'établissement, et la qualité de leur organisation a une influence essentielle sur la qualité des soins donnés, et donc sur la qualité de la prise en charge de la personne soignée.

Au fil du temps, les changements à l'hôpital, portés par les différents projets et les nouvelles règles d'organisation et de gestion, rendent les équilibres très fragiles. D'autre part, ces modes d'organisation sont souvent imposés par des relations spécifiées, des procédures, des règles, des recommandations définies, et des programmes structurés à l'avance. En revanche, lors de la survenue de situations inattendues, ils s'établissent de manière ponctuelle, selon les besoins et le degré de l'urgence. Ils ne sont pas définis au préalable et exigent, de la part des acteurs, des initiatives conséquentes qui nécessitent le respect de la politique des unités de soins et de l'établissement.

Tous ces changements, ces transformations, ces impératifs touchent, à la fois l'organisation, les conditions et les relations de travail, les processus de communication, ainsi que les rapports de chacun à ses missions qui fondent les expertises et les identités professionnelles. Dans ce contexte, le Directeur des Soins (DS) en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH) a la mission de garantir l'efficacité de la chaîne d'encadrement des personnels soignants, qu'ils soient infirmiers de rééducation ou médico-techniques, grâce à un dispositif solide de recrutement des professionnels.

En tant que Cadre Supérieur de Santé (CSS), nous avons régulièrement été confrontés à des Cadres de Santé (CS) qui font état d'une charge de travail croissante. Ils ne peuvent plus faire face, ni aux demandes habituelles ni aux demandes supplémentaires, ce qui les conduit à une frustration professionnelle. Or, l'épanouissement professionnel des cadres est une condition au bon fonctionnement des services de soins, à une bonne qualité de prise en charge des patients ainsi qu'à des relations apaisées avec les lignes hiérarchiques.

Les professionnels relèvent des tensions, des malaises, des décalages d'exigence et de temporalité. Les diverses logiques professionnelles, administratives, managériales semblent s'accumuler et se traduire par des contradictions entre registres de valeurs.

"Sur les conditions de travail des cadres (...) trois facteurs principaux sont associés à un degré élevé de burn-out : la charge de travail, le sentiment de solitude, de manque de reconnaissance, le manque de collégialité et le fait de se sentir mal à l'aise dans un rôle ambigu".¹

Dans ce contexte, nous avons établi une problématique qui nous paraît essentielle : "En quoi la stratégie managériale de détection des potentiels "cadre" posée par le DS impacte-t-elle la manière dont les CS s'impliquent dans leurs missions professionnelles ?"

L'engagement dans un projet professionnel pour devenir CS s'exprime souvent par la volonté de s'investir dans d'autres activités que le soin. Certains professionnels participent à des groupes de travail portant sur des thématiques transversales diverses. Au fil du temps, ces travaux leur donnent l'occasion de rencontrer des cadres avec lesquels ils travaillent. Cet investissement a un double effet. D'une part, ils découvrent les tâches des cadres, et d'autre part les cadres les observent « en train de sortir du lot » et ainsi évaluent leurs capacités de prise d'initiatives et de responsabilités. Ce croisement de regards fait naître le projet co-construit de devenir CS. Dans ce sens, il semble que le recrutement par cooptation prévale. Ce modèle de recrutement demande notamment une identification du postulant au groupe professionnel de destination, en prenant en compte ses organisations, ses modes de fonctionnement et ses valeurs. Donc, la réplique de ce qui existe se met en place, et participe vraisemblablement au processus de renforcement de l'intégration professionnelle.

Dès lors, nous nous demandons si le recrutement des agents sur le mode de "Faisant Fonction de cadre de santé (FF)" est toujours réalisé de manière judicieuse. La détection de potentiel managérial est sûrement perfectible pour que ces professionnels puissent se positionner de façon efficace dans un service, face aux différents acteurs du système de soin, tout en assurant leurs missions. Une discussion peut alors s'engager d'où émergent plusieurs points, comme le parcours suivi par ces professionnels dans leur volonté éventuelle de devenir cadre, la détection du potentiel managérial et l'accompagnement nécessaire, l'implication au travail et la reconnaissance professionnelle, les valeurs portées et l'épanouissement au travail, ainsi que la stratégie managériale mise en œuvre.

¹TRUCHOT D., BESTAGNE I., « Le burn-out des cadres infirmiers : la première étude nationale », *Objectif Soins et management*, n°262, pp.18-21.

Cette réflexion, associée à une vaste recherche bibliographique, nous offre la possibilité de formuler deux hypothèses de recherche :

- Le recrutement des CS par cooptation les incite à s'impliquer dans leur activité professionnelle pour asseoir leur légitimité.
- L'implication au travail choisie par les CS est un facteur d'épanouissement professionnel.

Dans l'exercice de son activité professionnelle,

"le DS définit et pilote la mise en œuvre de la politique des soins dans le cadre de la stratégie de l'établissement".² [Il est amené à] "structurer l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux, [et à] assurer le management des équipes d'encadrement".³

Ainsi, le rôle du DS est primordial auprès de l'encadrement. En collaboration avec les CSS, il assure la cohérence des équipes de cadres dont les missions se diversifient et entraînent une recomposition des missions et des activités. Ensemble, ils veillent à ce que les cadres opèrent, entre autres, un positionnement au plus près des équipes et des patients dans la gestion des parcours de soins, la conception d'organisations plus performantes, l'optimisation des moyens humains, l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.

Cependant aujourd'hui, les CS ont des impératifs organisationnels et managériaux qui les projettent loin de leurs services.

"La conséquence est que le rôle de coordination du travail opérationnel fait parfois défaut au moment même où les exigences de coordination de l'activité opérationnelle croissent".⁴

Ils sont occupés par des activités administratives qui les détournent de leur mission de régulation du travail de proximité. Lorsqu'ils s'en libèrent, ils sont accaparés par des réunions d'échanges d'informations et de suivi de projets qui les empêchent de se tourner vers le concret des activités dédiées aux soins. Pour les équipes, cette situation

"suscite une crise de reconnaissance du travail dans la mesure où plus personne n'est là pour les connaître avant de les reconnaître (...) C'est donc le double constat d'un "manager empêché", happé par d'autres exigences que celles du travail et de son animation".⁵

²PODEUR A., Ministère de la Santé et des Sports. Paris. Fra, 2009, «*Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* », Rennes, Presses de l'EHESP, 437p, p.354.

³INSTITUT DU MANAGEMENT, 2011, «*Référentiel de compétences des directeurs des soins* », EHESP, 26p, disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

⁴DETCHESSAHAR M., 2013, «*Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management* », *Soins. Cadres*, n° 85, p.28-32, p.29.

⁵Ibid p.30.

Les CS ont la nécessité de reconstruire le collectif de travail et les espaces d'échanges, afin de se rapprocher des activités de proximité et d'offrir aux équipes l'ensemble des soutiens managériaux qu'elles réclament de leurs vœux.

"Meilleure formation des cadres de proximité, raffinement des méthodes de repérage et de recrutement sont des questions importantes. L'enjeu consiste aussi pour une large part à "désempêcher" les managers et à redonner du temps, des moyens et de la valeur aux activités de conduite de la discussion sur le travail".⁶

Dans ce contexte, la qualité du recrutement des futurs CS doit être un levier pour que les cadres de demain se recentrent sur leur cœur de métier et vivent mieux leur profession. Ils doivent argumenter leurs priorités dans l'organisation de leur travail en sachant expliciter leurs décisions.

"Les hôpitaux ne se donnent pas suffisamment les conditions de détecter des talents de cadres. Pourtant, cette détection devrait pouvoir largement être mise en œuvre dès qu'il s'agit de concours interne et a fortiori lorsqu'une ancienneté professionnelle est exigée pour se présenter au concours".⁷

Ainsi, dans une première partie de ce travail nous porterons un regard sur le cadre contextuel et conceptuel lié à la recherche effectuée, afin d'en apporter un éclairage. Puis, nous consacrerons un temps à l'exploration des questions de travail retenues en analysant le recueil des données obtenues à partir des entretiens. Enfin, nous ferons des propositions d'actions pour envisager des préconisations adaptées à l'environnement et au contexte, afin de les mettre éventuellement en œuvre dans les missions du DS en gestion.

⁶Ibid p.31.

⁷DE SINGLY C., Ministère de la Santé et des Sports. Paris. Fra, 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Vol.1 - Rapport final et propositions.*, Paris, Ministère de la Santé, 125p, p.48.

1 Les apports conceptuels indispensables

Avant d'aller plus loin, nous pensons qu'il est intéressant de s'arrêter quelques instants sur la notion même de concept. Celui-ci est une représentation générale et abstraite d'un objet et il se définit selon sa compréhension et selon son extension. Il est donc nécessaire de considérer un concept en envisageant les caractères qu'il renferme, tout en explorant le champ à l'intérieur duquel il prend sa référence et sa signification. Le concept est ainsi centré sur la représentation, qui est la faculté que chacun d'entre nous possède pour rendre sensible des objets connus. Cette représentation est ensuite soumise à la mémorisation.

Par conséquent, le concept est dépendant d'un environnement spécifique, d'un contexte particulier, d'un moment donné, et surtout il peut être modifié de la même manière qu'il a été construit. Comme nous allons le montrer, la conception est une étape indispensable pour parvenir à un référentiel unique, et éviter les représentations personnelles.

1.1 La stratégie managériale : fer de lance d'une politique volontariste

Tous les établissements de santé sont orientés par une politique générale explicitée dans le projet d'établissement. Celle-ci est le résultat de la culture, des motivations, de l'implication et de l'investissement de tous les professionnels de l'institution. Elle se définit comme l'ensemble des principes directeurs et des grandes règles qui orientent l'action. Elle s'impose à la stratégie en lui fixant des buts à atteindre, des contraintes et des critères à respecter.

La stratégie et la politique sont deux termes souvent interconnectés, mobilisés par l'ensemble des acteurs d'une entreprise qui souvent les confond. Si elles ne sont pas clarifiées, ces deux fonctions provoquent des positionnements complexes, des orientations peu claires et souvent mal perçues. La politique est décision, dans le sens où elle décide les orientations sur la base d'objectifs établis et de valeurs entrepreneuriales validées. La stratégie est action, dans le sens où elle met en place les plans d'actions, déploie et optimise les ressources afin d'atteindre les dits-objectifs. La politique prend ses décisions en fonction de la vision qu'il a de l'avenir de l'établissement et pour lequel il prend position. Le rôle du stratège est alors de définir les actions utiles pour respecter la ligne directrice choisie.

La stratégie s'inscrit elle-même dans une démarche managériale qui implique plusieurs niveaux fondamentaux, telle la finalisation qui définit les métiers, les missions et les buts de l'établissement, puis l'opérationnalisation qui fixe les objectifs et donne les

actions, enfin la médiation qui fixe les allocations de ressources pour atteindre les objectifs définis. Nous allons envisager plusieurs axes d'une telle stratégie.

1.1.1 Le management : une perspective d'amélioration du fonctionnement

Si le terme de management est décliné de l'américain *to manage* qui signifie réussir, se débrouiller, une autre origine est française avec la signification de "ménage". Ce mot prend lui-même racine dans le terme latin *manus*, main au moyen-âge. Cette interprétation renvoie à la notion de commandement, d'autorité, mais aussi à celle de pouvoir. Ce qui distingue un seul rassemblement d'acteurs d'une organisation établie, c'est avant tout l'existence d'une autorité, d'un leader, d'un manager, dont le rôle est d'unir les efforts de chacun dans un but précis. Ici, le terme de management implique l'art de diriger.

"Le terme de "management" évoque l'idée d'aménager et de ménager. L'aménagement consiste à organiser en vue d'une production collective, d'une tâche à accomplir, d'une œuvre à réaliser. Le ménagement consiste à prêter attention à l'ensemble de ceux qui contribuent à cette mission, pour mieux les mobiliser en vue d'un but commun, au profit de tous".⁸

Prenant leurs sources sur les courants tayloriens du début du 20^{ème} siècle, les méthodes de management visent d'abord la productivité donc la performance. Elles fixent des objectifs et choisissent les voies pour les atteindre. Elles coordonnent les initiatives individuelles et orientent l'action collective vers la réalisation d'objectifs communs. Elles s'assurent de la pertinence des moyens employés et vérifient les résultats obtenus. Selon Henry MINTZBERG⁹, le manager détermine la stratégie de son organisation, cherche en permanence à améliorer l'organisation et à l'adapter aux changements, à la structure, répartit les ressources, divise et coordonne le travail. Il régule les activités de son organisation et exerce son autorité. Selon Peter DRUCKER¹⁰, le management vise à transformer les compétences individuelles en compétences collectives pour les rendre efficaces, et dégager ainsi des performances propres à l'entreprise. Pour lui, le management a pour fonction de fixer des objectifs simples, clairs et homogènes partagés par tous les membres de l'entreprise, de permettre le développement et l'épanouissement individuel et collectif, de valoriser l'ensemble de ses ressources pour rendre l'entreprise performante.

⁸DE GAULEJAC V., 2014, *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Points, 353p, p.50.

⁹MINTZBERG Henry : Principal représentant du courant de la sociologie des organisations, universitaire canadien en sciences de gestion, auteur d'ouvrages sur le management.

¹⁰DRUCKER Peter Ferdinand : professeur, consultant américain en management d'entreprise, auteur et théoricien.

"La nécessité d'évoluer vers un management humaniste qui mette véritablement les hommes et leurs connaissances au premier plan n'est pas uniquement motivée par une exigence éthique, cette nécessité répond également à une exigence économique".¹¹

A l'hôpital, le management stratégique renvoie à la politique définie par rapport au contexte et à l'environnement. Il représente l'ensemble des décisions prises par la direction de l'établissement afin de déterminer les grandes orientations, les objectifs, les projets, les actions et les moyens les mieux adaptés pour réaliser la stratégie. Le système de contrôle, lui, permet de vérifier les résultats.

"Il va s'agir pour lui [le cadre] de permettre aux acteurs de remettre en cause leurs intérêts acquis et les équilibres qui en découlent pour les amener à aller vers d'autres positions et d'autres gains que tout projet peut apporter. C'est bien l'intelligence stratégique de la situation qui permet aux cadres d'anticiper les résultats des changements (...) Il [le management] donne aux acteurs des ressources organisationnelles et des capacités stratégiques à changer".¹²

Les employeurs et les salariés détiennent, chacun, des intérêts fondamentaux. Les premiers recherchent l'efficacité pour être compétitifs, et les seconds veulent le meilleur pour eux-mêmes en quête d'épanouissement. En fin de compte, le management stratégique est la discipline qui pose les finalités pertinentes et assume l'évaluation quantitative et qualitative des actions engagées. Il est défini comme la manière d'analyser l'environnement et le potentiel de l'entreprise, de déterminer les objectifs généraux et les actions à entreprendre, de choisir et de coordonner les moyens à mettre en œuvre, enfin de contrôler la réalisation de ces objectifs.

"C'est aujourd'hui, avant tout, l'art de donner sens à la mission institutionnelle, et de piloter les projets collectifs, en conduisant les femmes et les hommes qui participent à leur mise en œuvre dans un esprit dynamique, responsable et solidaire, dans une démarche de valorisation de la performance, en s'appuyant sur des techniques d'organisation éprouvées mais aussi innovantes et sur des outils d'observation fiables".¹³

Aujourd'hui, dans les établissements de santé, le manager est un responsable d'équipe, légitime, innovant, qui sait piloter un projet, le faire partager par les acteurs concernés. Il détecte les potentiels, encourage ses collaborateurs à être inventifs, et peut les inciter à devenir les managers de demain. Au-delà de tous les types de management décrits dans la littérature,

¹¹ BERTEZENE S., 2018, « Un management humaniste ? », *Gestions hospitalières*, n° 573, pp.105-109, p.107.

¹² HART J., FRIEDBERG E., GOUDEAUX A., 2002, *Management hospitalier*, Rueil-Malmaison, Lamarre (Fonction cadre de santé), 180p, p.115.

¹³ TOUPILLIER D., « Vers la direction d'un hôpital de réseaux », *Managers de santé : le magazine des directeurs et cadres de la fonction publique hospitalière*. SMPS, N° 90, p.14.

"Le management de la diversité est fondé sur une hypothèse forte, démontrée souvent de façon seulement contingente et partielle et qui relève peut-être plus de la conviction : la différence entre les êtres humains est une richesse pour chacun d'entre eux et pour les organisations dans lesquelles ils évoluent".¹⁴

1.1.2 La cooptation¹⁵: une entrée informelle dans la carrière de cadre de santé

La définition communément retenue du mot cooptation, du latin *cooptatio* ou admission dans une famille, choix, représente un mode de désignation par lequel, au sein d'un groupe, les membres actuels choisissent les nouveaux membres.

Dans le monde de l'entreprise, la cooptation consiste à encourager les salariés à présenter des profils qui, selon eux, ont des compétences et des qualités humaines susceptibles d'intéresser les responsables. Peu coûteuse, mobilisatrice et favorisant l'engagement des salariés, la cooptation semble réunir tous les atouts d'un mode de recrutement efficace. Elle permet de limiter les erreurs de recrutement et les incompatibilités d'un candidat par rapport à la culture de l'entreprise. La règle du jeu est simple et séduirait 36 % des entreprises selon une récente étude de l'APEC (Association Pour l'Emploi des Cadres)¹⁶, pour le recrutement de leurs cadres. *In fine*, cette étude¹⁷ montre que 7 % de postes cadres seraient pourvus par la cooptation des salariés.

"La cooptation, c'est une opération gagnant-gagnant pour tout le monde. C'est une méthode qui a fait ses preuves, à tous points de vue, et qui correspond parfaitement à notre époque, car nous vivons à l'ère de la recommandation, grâce aux réseaux sociaux. (...) Le salarié se sent valorisé car on lui fait confiance, et le recruté aussi, parce qu'on a pensé à lui pour un poste. Ensuite, les recruteurs sont certains qu'on leur propose des candidats correspondant à leurs attentes en termes de compétences et d'expérience, mais aussi, d'état d'esprit. (...) Aujourd'hui, les nouvelles méthodes de management sont basées sur la confiance et l'autonomie, des principes qui fonctionnent et qui font que les salariés sont heureux dans leur entreprise, et ont envie de la recommander. Cette confiance accordée, si elle est sincère, est un levier fort en termes de marque employeur. Il faut laisser les salariés devenir les ambassadeurs de leur entreprise, ceux qui vont attirer de nouveaux talents, ce sont les mieux placés pour cela". (Entretien avec Antoine Perruchot, dirigeant de Keycoopt. Propos recueillis par Jeanne Magnien - 02 mai 2018 - Le journal des entreprises).

¹⁴BARTH I., MARTIN Y.-H., 2014, *La manager et le philosophe. Femmes et hommes dans l'entreprise : les nouveaux défis*, Paris, Le Passeur éditeur, 305p, p.283.

¹⁵DIVAY S., 2018, « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 36, n° 1, pp.39-64.

¹⁶ L'APEC a été créée en 1966 et est administrée par les partenaires sociaux (MEDEF, CGPME, UPA, CFTD Cadres, CFE-CGC, FO-Cadres, CFTC Cadres, UGICT-CGT).

¹⁷APEC, Sourcing cadres, 2016, "Comment les entreprises recrutent leurs cadres", n°30, 40p.

Ainsi, par ce mode de recrutement, les entreprises font confiance à leurs salariés pour proposer des candidatures pertinentes qui correspondent à l'image de la société. Ce sont les salariés eux-mêmes qui vont rechercher les candidats à l'embauche. Ce processus valorise à la fois le salarié qui prend conscience de son importance, et le candidat qui a une image assez réelle de l'entreprise. Pour une cooptation réussie, il faut que les candidats satisfassent au poste à pourvoir mais également à l'image de l'entreprise.

Si la cooptation développe la culture d'entreprise et renforce le sentiment d'appartenance, le risque d'endogamie est toutefois bien réel. Il peut survenir avec un développement de réseaux souterrains en dehors des processus organisationnels, une suspicion de favoritisme ou de népotisme d'une part, et une uniformisation et un appauvrissement des profils d'autre part, du fait du recrutement de candidats partageant la même formation initiale. Si la cooptation est l'unique canal de recrutement, des conflits d'intérêt risquent de se former au sein de l'entreprise dont la cohésion pourrait alors en pâtir. Le service des ressources humaines pourrait aussi avoir des difficultés à passer outre des accointances trop fortes. Il est donc essentiel d'intégrer la cooptation à une stratégie de recrutement plus globale, afin d'identifier les qualités requises pour satisfaire les besoins de l'entreprise. Enfin, pour éviter qu'un programme de cooptation ne soit perçu comme du piston organisé, un certain formalisme et des précautions s'imposent.

"Une entreprise sera plus performante, plus efficace, plus innovante si elle fait travailler ensemble des personnes qui sont différentes les unes des autres, renonçant à des pratiques de clonage (...), toutes pratiques qui ont su, par ailleurs, faire leurs preuves, il faut aussi le dire".¹⁸

Depuis plusieurs années, l'hôpital est sans cesse confronté au défi de soigner le mieux possible toute personne à tout moment et au meilleur coût. Il engage de profondes transformations liées à la réorganisation, à la réduction des déficits, à la modernisation, tout en proposant une offre de soins de qualité. Les dirigeants doivent alors compter sur des collaborateurs qui relaient leurs décisions. De par son positionnement, le cadre est un représentant de l'institution. Il doit témoigner des valeurs qu'elle défend auprès des équipes. Il s'inscrit dans une chaîne de confiance comme il existe une chaîne de commandement. Cet engagement entraîne la performance sociale et, par-là, la performance de l'organisation.

"La performance représente un enjeu majeur pour les hôpitaux compte tenu de leur état de finances dans un contexte économique changeant. Par conséquent, la performance du système de soins n'échappe pas à l'hôpital : ce dernier doit sans cesse rechercher le meilleur rapport entre la qualité des prestations et leur coût tout en

¹⁸BARTH I., MARTIN Y.-H., 2014, op cit, p.283.

garantissant un égal accès aux soins. Il s'agit là d'un défi à relever pour l'établissement et le cadre de santé".¹⁹

Dans cet environnement, le mode de recrutement de cadres performants devient un enjeu primordial.

Cependant, les personnels soignants qui envisagent la fonction d'encadrement s'engagent dans un parcours où se mêlent conditions légales de promotion professionnelle et démarches informelles dictées par des logiques locales. Si l'on considère la filière infirmière, cela s'appliquant également aux autres filières soignantes, il peut arriver qu'un professionnel trouve un sentiment de lassitude dans son travail au bout de quelques années d'exercice. Il manifeste alors l'envie de découvrir d'autres facettes de son activité et recherche des échappatoires dans sa profession afin de lutter contre un sentiment de routine. Il s'investit dans des travaux de groupes, des collectifs de travail, des missions transversales qui lui offrent la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. Petit à petit, il se démarque de ses collègues et prend l'habitude de côtoyer d'autres acteurs institutionnels, dont les CS. Alors, souvent, il est encouragé, valorisé par ses pairs, et cette reconnaissance le pousse à emprunter la voie de l'encadrement même si, au départ, il n'y avait pas personnellement porté attention.

"La désignation est une élection par les pairs ou futurs pairs qui veillent à la reproduction du corps de cadres de l'hôpital. Cadres de santé, cadres supérieures et directrices des soins, chacune à son niveau effectue un travail de veille et d'incitation auprès des infirmières qui "sortent du lot", c'est à dire qui font montre d'un engagement volontaire et spontané dans les tâches non prescrites, de nature organisationnelle et transversale, détachées des soins techniques prodigués au lit des patients".²⁰

Au-delà de ce mode de désignation, les professionnels affirment leur choix à travers la perception de la fonction d'encadrement transmise par les cadres rencontrés au fil des ans dans les services fréquentés. Les modèles et contre-modèles de CS croisés complètent leur vision de cette fonction managériale. Ces deux processus les confirment dans leur choix, et les incitent à se déclarer et à postuler à un poste d'encadrement. Toutefois, la décision finale est prise par les équipes d'encadrement et par la direction des soins qui parachèvent ce parcours de cooptation. Reste au candidat de confronter sa volonté à la réalité du terrain par l'occupation d'un poste de FF, le plus souvent dans un service hospitalier.

"Ce poste « fantôme » ne repose sur aucune base réglementaire et ne procure aucune reconnaissance salariale particulière ; il n'a qu'une existence informelle et

¹⁹PIED R., 2015, « La confiance comme outil managérial », *Gestions hospitalières*, n° 548, pp.398-401, p.401.

²⁰DIVAY S., op cit, p.47.

transitoire. L'employeur y voit une mise à l'épreuve d'une durée d'au moins un an (et une source d'économies) ; pour la salariée, il s'agit d'un essai au cours duquel elle pourra tester sa motivation et sa capacité à endosser le rôle attendu".²¹

En revanche, cette période crée des liens de dépendance entre le professionnel incité et choisi, et celui qui l'a désigné. Le FF veut être à la hauteur et ne pas décevoir. Il se sent redevable de sa nouvelle position, ce qui influe son implication dans le travail. Face à l'ensemble de ces enjeux, ce cadre en devenir ne doit pas rester seul et il doit pouvoir compter sur des professionnels ressources.

1.1.3 L'accompagnement²² : une adaptation à l'emploi

"La notion d'accompagnement déborde largement les champs disciplinaires et les secteurs professionnels. Cette notion cache en fait une tension entre deux pôles : d'un côté, la dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui et les figures qui interrogent le sens, et de l'éthique de ce rapport ; de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et les logiques qu'elle combine, comme autant de critères d'adéquation à une situation sociale spécifique".²³

D'après PAUL M., la définition commune du verbe « accompagner », s'exprime en trois éléments. Elle souligne qu'il faut se joindre à quelqu'un, pour aller où il va et en même temps que lui. Cette définition nous enseigne que la relation première est de se joindre à quelqu'un, que la démarche est de l'ordre d'un mouvement qui se règle à partir de l'autre, pour aller où il va. La notion d'accompagnement est une notion floue, car elle doit cette caractéristique au fait qu'en s'ajustant à chaque situation, par définition singulière, elle s'invente avec chaque personne qu'il convient d'accompagner. Dans la littérature existent plusieurs modèles d'accompagnement qui correspondent aux besoins des professionnels de santé, que sont la recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels.

"De plus, l'accompagnement est l'acte commun de l'accompagnant et de l'accompagné. Cette situation est unique puisque l'un et l'autre s'engagent dans un agir commun : accompagner et être accompagné. Ces deux formes active et passive du verbe

²¹DIVAY S., GADEA C., 2015, « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles », *Gouvernement et action publique*, n°4, pp.81-99, p.91.

²²PAUL M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan (Savoir et formation), 352p.

²³Ibid p.8.

accompagner font le sens du concept d'accompagnement, puisqu'elles désignent les deux versants d'un même agir".²⁴

L'accompagnateur dispose d'une attitude d'aide volontaire et intentionnelle ainsi que de compétences professionnelles ciblées. A travers une vision d'accueil de l'autre, il conduit, guide et escorte. Il s'ajuste à la personne et à sa problématique. Il donne du temps, s'investit personnellement dans la relation, respecte une certaine éthique et s'impose une retenue puisqu'il s'agit d'éveiller l'autre à sa propre capacité à se prendre en charge. L'accompagné, quant à lui, fait preuve d'un réel engagement, gage d'authenticité de l'accompagnement. Il bâtit son projet professionnel, s'engage dans une évolution de sa vision et de sa pratique professionnelle, de son rapport à l'établissement hospitalier et de son identité. L'accompagnement devient une démarche de professionnalisation qui entraîne la réflexion sur des situations de travail que l'accompagné sera amené à gérer. La relation entre les deux acteurs doit rester équilibrée, de confiance réciproque. Elle devient une relation d'aide, d'écoute, de respect mutuel, d'accueil et d'échanges.

Ici, l'accompagnement aboutit à un apprentissage managérial. L'association de la formation et du tutorat par les pairs, permet d'acquérir des ressources nouvelles, mais de les combiner et de les mobiliser de façon pertinente, en actions et situations de travail.

L'accompagnement est aussi vu comme une facilitation des apprentissages autonomes. En cela l'accompagnateur, paradoxalement, chemine avec l'accompagné censé devenir autonome. Il est une réponse dans un contexte de transition professionnelle, où il se centre sur les compétences et les savoir-faire. Il devient une adaptation aux objectifs et aux priorités de la personne accompagnée, au regard de sa propre problématique. Il participe à l'analyse, avec l'accompagné, de situations vécues, et recherche avec lui les chemins vers un avenir possiblement accessible.

"La posture éthique de l'accompagnement résulte d'une détermination à rechercher d'autres modalités de relation que celles du pouvoir, de la domination, de la répression, de l'exploitation, de l'imposition, de la manipulation, de l'humiliation, de l'infantilisation de l'autre par la séduction ou la peur, ou sa réduction à « un objet de soin »".²⁵

²⁴WIEL G., LEVESQUE G., 2009, *Penser et pratiquer l'accompagnement - Accompagnement et modernité*, Lyon, Chronique sociale (Savoir penser), 108p. p.21.

²⁵PAUL M., 2012, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. », *Recherche en soins infirmiers*, n° 110, pp.13-20.

La transmission des savoirs issus de la pratique se fait ici par un triple processus²⁶ où se succèdent la contractualisation, l'appropriation et l'évaluation. Il est intéressant de voir que l'évaluation constitue une activité intégrée à l'accompagnement. Même si elle place le tuteur dans une situation parfois difficile, elle doit être clarifiée dès le début. L'accompagnement insiste alors sur la nécessité d'une auto-évaluation de l'accompagné, préalable à l'évaluation par le tuteur. Le plus souvent il s'agira d'une co-évaluation.

Aujourd'hui, occuper une nouvelle fonction représente un enjeu fort pour les acteurs quels qu'ils soient. De nombreux dispositifs d'accompagnement existent mêlant méthodes individuelles et collectives, temps de formation, analyses de pratiques, compagnonnages, tutorats.

"La montée en puissance des pratiques d'accompagnement au cours des années 90 s'accompagne de leur diversification : counseling, coaching, sponsoring, mentoring côtoient tutorat, conseil, parrainage ou compagnonnage".²⁷

Devenir cadre ou cadre supérieur de santé est une étape essentielle dans la vie professionnelle des acteurs. Le nouveau manager a besoin d'apprendre son métier et aussi d'être aidé, soutenu et accompagné. La mise en place d'un projet institutionnel adapté et individualisé prépare de futurs collaborateurs compétents.

1.2 Le projet cadre : un positionnement co-construit

1.2.1 La légitimité : une reconnaissance professionnelle

"La légitimité repose sur la capacité d'une personne à faire admettre son autorité sur les membres d'un groupe social n'étant pas uniquement fondé sur le droit (...) La légitimité est avant tout la reconnaissance, par celui sur qui s'exerce le pouvoir, du bien fondé de celui qui l'exerce".²⁸

Pour un CS, la légitimité s'acquiert par une position statutaire qui confère un diplôme et une place dans l'institution. Mais elle réside également dans la capacité à se faire reconnaître par autrui comme légitime dans son positionnement et son autorité. La légitimité est le résultat de l'influence de trois axes. Le premier est juridique et ce sont la loi et le droit qui fixent le cadre. Le second est éthique car le pouvoir légitime devrait être

²⁶ MAHLAOUÏ S., LORENT P., 2011, *"La transmission des savoirs issus de la pratique en entreprise - Tutorer des stagiaires futurs cadres de l'intervention et de l'action sociale."*, [visité le 12.06.2018], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00803204>

²⁷ PAUL M., 2004, op cit, p.23.

²⁸ LOCHET N., 2012, « Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? », *Soins. Cadres*, n° 82, pp.43-46.

juste et équitable. Le troisième est "de raison" puisque le pouvoir est légitime dans la mesure où il est raisonné, sensé et fondé sur une argumentation.

Par son étymologie, la légitimité se rapporte à la loi. Celle-ci se détermine selon un ensemble de prescriptions établies par l'autorité souveraine, applicables à tous et définissant les droits et les devoirs de chacun. HATZFELD H.²⁹ sollicite les normes culturelles pour affirmer les principes de la loi. Effectivement, pour lui, les lois fondées sur le bon droit, celles que certains groupes sociaux reconnaissent comme code de conduite sont instituées par les hommes, mais ne revêtent pas le même degré de formalisme que les lois établies par l'état. Elles font appel à un code culturel, à un code d'honneur. Ces lois ne confèrent pas la légalité, mais instituent plutôt de la légitimité. Pour fonder cette légitimité, l'auteur mobilise la notion de valeur qui détermine un degré de considération que porte une personne à une autre, en fonction de son savoir-faire ou de son savoir-être. Mais la reconnaissance des valeurs d'une personne ne suffit pas à caractériser sa légitimité. Il est important d'associer au caractère de la légitimité les notions de droit et de pouvoir.

"La légitimité peut-être définie comme le droit reconnu à une personne (ou à un collectif) de dire ou de faire quelque chose, au nom d'un principe auquel est accordé une valeur".³⁰

Max WEBER a mis en évidence trois fondements de la légitimité qu'il catégorise comme suit. La légitimité légale c'est *"l'autorité fondée sur l'obéissance. C'est le pouvoir tel que l'exerce le serviteur de l'état moderne"*³¹ qui se fonde sur la compétence et la validité du statut, organisée, hiérarchisée, bureaucratisée. La personne a du pouvoir grâce à sa fonction, son statut, qui représente l'autorité légale et ne repose pas sur sa personne, son charisme. La légitimité traditionnelle repose sur le caractère obligatoire de la règle ancestrale, sur le poids de la tradition. C'est *"l'autorité de l'éternel hier, c'est à dire celle des coutumes sacrifiées par leur validité immémoriale et par l'habitude enracinée en l'homme de les respecter"*³². Enfin, la légitimité charismatique est *"fondée sur la grâce personnelle et l'extraordinaire de l'individu : le charisme"*³³. Issue des caractéristiques spécifiques et exceptionnelles d'une personne, elle ne suit pas de logique formelle. Elle est également liée à son inscription institutionnelle.

"C'est celle qu'a un homme (ou un collectif) dans ses actes et ses paroles, du fait de son appartenance à une institution. Elle peut être obtenue par sa nomination -

²⁹HATZFELD H., 1998, *Construire de nouvelles légitimités en travail social.*, Paris, Dunod (Action sociale), 240p, p.80.

³⁰Ibid p.90.

³¹WEBER M., 1963, *Le savant et le politique*, Plon, Paris, 186p, p.127.

³²Ibid p.126.

³³Ibid p.126.

respectant les règles de droit - à un poste (...). Elle est presque toujours officialisée par un document, une signature ou un cachet".³⁴

Cette légitimité ne saurait exister sans envisager le phénomène de la légitimité des compétences. Celle-ci permet la décision efficace dans les situations caractérisées par la confrontation aux aléas, aux innovations et aux prises d'initiatives.

"Elle repose sur un ensemble de connaissances théoriques et pratiques, et de capacités relationnelles permettant de caractériser une situation et de formuler des propositions adaptées".³⁵

Le FF est un acteur à part entière dans l'établissement. Au-delà de ses missions d'encadrement, il doit connaître et maîtriser les règles institutionnelles. S'il souhaite, et comment faire autrement, être reconnu et légitime aux yeux des équipes, il démontre son autorité, ses compétences, connaît et maîtrise le système relationnel de l'institution et instaure un mode efficace de communication.

"Outre la légitimité, leur position (des faisant-fonctions) n'est pas sans poser des problèmes de reconnaissance, qu'elle soit de statut ou relationnelle, vis à vis des directions, des pairs et des équipes".³⁶

1.2.2 L'implication : une volonté d'agir

"Intéressons-nous aux œufs au bacon ! Pour faire des œufs au bacon, il faut : des œufs et du bacon ! Jusque-là nous devrions être d'accord... Qui dit œuf, dit poule et qui dit bacon, dit cochon. La poule a participé activement pour nous fournir les œufs qui nous permettent de les casser dans la poêle. On peut donc dire qu'elle s'est impliquée. Elle a donné une partie d'elle-même. Elle peut, d'ailleurs, continuer à vivre normalement et s'impliquer plusieurs fois. Il n'en va pas de même pour le pauvre cochon ! Il a véritablement donné de sa personne, d'une façon totale, définitive et irrémédiable. Il a fait plus que donner de sa personne. Il a donné « sa personne ». Il s'est engagé".³⁷

Il est des termes dont la signification varie au gré des époques, des modes et des terminologies, sans parler des effets de traduction langue anglaise - langue francophone. Ainsi, en va-t-il d'implication et d'engagement. Selon NEVEU J.P.³⁸, le premier se rapporte

³⁴HATZFELD H., 1998, op cit, p.106.

³⁵Ibid p.118.

³⁶BOURGEON D., BAZILE R., BERNARDEAU N., et AL., 2015, *Faire fonction de cadre de santé*, Rueil-Malmaison, Lamarre (Fonction cadre de santé), 200p, p.42.

³⁷LEVY F., Implication et engagement, [visité le 14.08.2018], disponible sur internet : <http://www.frederic-levy.fr/le-blog/153-implication-et-engagement-est-ce-la-même-chose.html>.

³⁸CHARLES-PAUVERS B., COMMEIRAS N., "Les déterminants psychologiques de la performance au travail", 56p, p.19, [visité le 21.05.2018], disponible sur internet : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/note_436.pdf

plus aux rapports "*individu / organisation*", tandis que le second illustre plutôt la relation "*individu / emploi*". Il précise que la plupart des chercheurs français ont adopté le terme plus général d'implication au travail, englobant ainsi toutes les formes d'implication, que ce soit dans l'emploi, dans l'organisation, mais aussi dans la carrière, la profession.

Cependant, des recherches récentes utilisent le terme

*"d'engagement organisationnel pour faire référence exactement au concept même "d'implication organisationnelle", et utilisent [en même temps] le terme "d'implication au travail" en le présentant parmi les variables corrélées à l'engagement organisationnel".*³⁹

*"Le concept d'engagement est d'avantage utilisé en France sous le nom d'implication".*⁴⁰

Ces problèmes de terminologie poussent les auteurs à utiliser l'un ou l'autre de ces termes et,

*"pour éviter les confusions, les notions d'implication, d'attachement, d'allégeance et d'engagement seront considérées comme synonymes".*⁴¹

Pour la suite, il nous semble alors opportun de proposer d'utiliser le terme d'implication ou d'engagement de façon similaire.

*"L'implication au travail est un lien psychologique qui reflète la volonté d'un individu de se consacrer à un objet particulier et de se responsabiliser vis-à-vis de celui-ci. L'objet peut ainsi être l'organisation, et le concept mobilisé est alors celui d'engagement organisationnel, ou un objectif particulier, renvoyant alors à la notion d'engagement ou d'implication vis-à-vis de cet objectif, ce qui est le thème qui nous intéresse ici. La définition (...) recouvre la notion d'effort mis en œuvre et maintenu dans le temps pour atteindre l'objectif et prend en compte tous les types d'objectifs, qu'ils soient imposés, autodéterminés ou négociés".*⁴²

D'autre part, selon LANGEVIN P. et MENDOZA C.⁴³, l'implication d'un manager vis-à-vis de ses objectifs est tributaire des dispositifs de contrôle mis en œuvre, en particulier pour la fixation des objectifs et pour le suivi de la performance du manager. L'utilisation d'une démarche participative pour la définition des objectifs d'un manager agit directement et positivement sur son implication à atteindre ces objectifs, mais également via la confiance qui s'établit entre le manager et son supérieur hiérarchique.

³⁹ROJOT J., ROUSSEL P., VANDENBERGHE C., 2009, *Comportement organisationnel. Volume 3. Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*, Bruxelles, De Boeck (Méthodes & Recherches), 396p, p.275-306.

⁴⁰Ibid pp.5-13.

⁴¹BIETRY F., LAROCHE P., 2011, « L'implication dans l'organisation », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°81, pp.19-38.

⁴²LANGEVIN P., MENDOZA C., 2014, « Impliquer les managers à atteindre leurs objectifs : participation, feedback et confiance. », *Comptabilité - Contrôle - Audit*, n°20, pp.43-71.

⁴³Ibid.

Par ailleurs, un feedback de qualité, régulièrement fourni au manager quant à sa performance, augmente assez fortement cette confiance, et cela contribue également à augmenter son implication.

Dans ce sens, les hôpitaux ont donc intérêt à utiliser ces deux dispositifs, démarche participative et feedback, puis à faciliter le développement de cette confiance. D'une part, ils doivent s'efforcer de mettre en place des règles précises prévoyant un réel échange entre le cadre et son supérieur. De même, il est essentiel de développer des systèmes de feedback permettant à chaque cadre d'obtenir régulièrement des informations sur son travail. Enfin, les acteurs hospitaliers peuvent également agir au niveau des responsables hiérarchiques en organisant un travail de communication, voire de formation. Cela encourage les professionnels à appliquer une démarche participative dans la phase de définition des objectifs de leurs collaborateurs. Il convient également de sensibiliser les CS à l'importance du feedback donné, ce qui suppose que chaque responsable prenne le temps nécessaire pour analyser les résultats avec ses collaborateurs dans le cadre d'un dialogue. Quoi qu'il en soit, l'implication au travail peut être assimilée au désir de bien faire, de s'investir totalement pour ce que l'on fait ou pour une cause qui paraît essentielle.

Pour PHANEUF M.⁴⁴, le mode de fonctionnement d'une personne impliquée montre que le vecteur de son enthousiasme prend racine dans sa motivation et son souci d'intégrité personnelle. L'engagement est alors favorisé par sa volonté d'actualiser ses valeurs d'ouverture à l'autre, d'autonomie d'action et de sens de l'éthique, afin de donner une signification valable à ses interventions. Selon l'auteur, l'implication au travail demande une recherche de compétences, un sens des responsabilités affirmé, une capacité relationnelle sans faille et une dimension éthique essentielle. Elle est conditionnée par différents objectifs, dont la nécessité de se rendre utile, de s'accomplir dans une carrière intéressante, de s'épanouir et bien sûr de gagner sa vie. D'autre part, une implication de qualité demeure toujours primordiale et correspond à des normes élevées de conscience professionnelle, de rigueur technique et scientifique.

Enfin, l'auteur souligne que l'engagement est généralement reconnu comme l'une des conditions du professionnalisme. La personne impliquée dans son travail possède l'autonomie, la capacité de penser par elle-même et d'émettre ses opinions, ainsi que l'énergie, non seulement d'assumer son rôle, mais aussi de réaliser les changements nécessaires et la force de les conduire à bien. Elle est la personne sur laquelle il est possible de compter et c'est aussi celle qui suscite la confiance de ses collaborateurs. Les acteurs impliqués investissent volontairement du temps, des efforts et des initiatives supplémentaires pour contribuer au succès de l'institution. En plus d'être motivés,

⁴⁴PHANEUF M., L'engagement professionnel, [visité le 14.09.2018], disponible sur internet : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/01/L_engagement-professionnel.pdf

dévoués et loyaux, ils trouvent un sens à leur emploi et insufflent leur enthousiasme, leur passion et leur énergie.

D'après PEOC'H N.⁴⁵, les trois dimensions essentielles de l'implication sont l'échange dans lequel le sujet serait sous l'influence des récompenses reçues en échange de son travail, l'identification où le sujet s'implique dans son travail car il souhaite être membre du groupe, et l'internalisation qui traduit la congruence des valeurs individuelles et organisationnelles.

Au-delà de cette approche, un leadership compétent, passionné et efficace est important pour l'implication des agents. Ceux-ci ont la possibilité d'utiliser adéquatement leurs compétences et sont encouragés à les étendre pour progresser. Ils croient en la valeur et en l'importance du travail qu'ils accomplissent. Leurs efforts sont reconnus et récompensés. Ils ont des responsabilités, prennent des initiatives adaptées et concilient vie professionnelle et vie familiale. Enfin, un environnement de travail dans lequel les gens se sentent appréciés, entendus et où règne un sens de l'humain est essentiel à une implication pérenne.

1.2.3 L'épanouissement : un révélateur de qualité de vie au travail

Si le concept de bonheur a suscité l'intérêt des philosophes depuis la Grèce antique, cette époque est bien le point de départ de l'étymologie et de l'évolution du sens du concept de bien-être. L'intérêt pour les managers du concept de bien-être au travail est plus récent et date des années 1930, où certains responsables d'entreprises ont mis l'accent sur le lien entre bien-être au travail et performance.

"Certains chercheurs considèrent le sentiment de bien-être au travail comme utopique et lui préfère l'étude de la qualité de vie au travail ou de la satisfaction au travail. Aussi, la difficulté de conceptualiser le bien-être au travail rend son opérationnalisation quelque peu difficile. (...) Le bien-être au travail est un concept multidimensionnel et est considéré comme étant subjectif et personnel".⁴⁶

Selon ABAIDI - BEN NASR J., le concept de bien-être au travail fait ressortir six axes que sont l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, le contrôle de son environnement, les buts dans la vie et la croissance personnelle, et enfin le sens de la vie. Au-delà d'une approche centrée sur l'individu, le concept de bien-être au travail est un construit multidimensionnel à six dimensions, où l'on retrouve

⁴⁵PEOC'H N., 2012, « Dossier : Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives ? - Qualité de vie au travail. Conceptualisation, évaluation et impact sur l'implication organisationnelle des professionnels de santé. », *Revue hospitalière de France*, n° 549, pp.38-42.

⁴⁶ABAIDI - BEN NASR J., 2015, *Le Bien-être au travail : Construction et validation d'une échelle de mesure [en ligne]*, Thèse de doctorat en sciences de gestion : Université de La Rochelle, [visité le 07.07.2018], disponible sur internet : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01661455/document>

l'environnement, l'ambiance, la reconnaissance, l'épanouissement au travail, les caractéristiques du poste, et la bienveillance de l'entreprise.

Ainsi, l'épanouissement au travail est une composante essentielle du bien-être au travail. Il renvoie à la possibilité que possède le salarié de développer son plein potentiel à travers ses tâches, la considération et la reconnaissance qui lui sont données. En effet, il ne peut concevoir un sentiment de bien-être sans avoir le sentiment d'être épanoui. Cette dimension renvoie à la perception d'avoir accompli un travail, à la fois important et intéressant lui permettant de se réaliser en tant qu'individu.

Le management doit participer à l'enrichissement du travail demandé par la majorité des salariés. L'activation de leviers particuliers améliore la vie au travail.

"Pouvoir travailler dans un environnement humanisé ; pouvoir donner du sens à ses activités (se sentir missionné) ; être reconnu, c'est-à-dire vraiment considéré comme un collaborateur ; pouvoir garder le contrôle de son activité ; ce sont bien là les conditions d'un travail humain".⁴⁷

Il nous semble maintenant important de réaliser un focus sur la notion de Qualité de Vie au Travail (QVT).

"La notion de QVT renvoie à des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement comme collectivement et permettent, à travers le choix des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public.

L'amélioration de la QVT est une démarche qui regroupe toutes les actions permettant d'assurer cette conciliation. Il s'agit d'un processus social concerté permettant d'agir sur le travail (contenu, organisation, conditions, contexte) à des fins de développement des personnes et des services. Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci, déterminent la perception de la QVT qui en résulte".⁴⁸

Pour le Professeur MORIN. E.M., *"la QVT est un état général de bien-être des personnes dans leur milieu de travail. On la décrit généralement à l'aide des indicateurs suivants : le sens du travail l'engagement organisationnel ou le sentiment d'appartenance à l'organisation, le sentiment de dignité et d'accomplissement dans son travail, et l'atteinte de l'équilibre entre le travail et la vie privée".⁴⁹*

⁴⁷BARTH I., MARTIN Y.-H., 2014, op cit, p.71.

⁴⁸MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE, «*Accord national interprofessionnel (ANI) - Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle*», 19 juin 2013, Paris, 18p, pp.2-3.

⁴⁹ MORIN E.M., 2006, «*Donner un sens au travail*», *Santé mentale et engagement organisationnel*, 46p, p24-25, [visité le 28.06.2018], disponible sur internet : <http://docplayer.fr/docview/40/21773181/#file=/storage/40/21773181/21773181.pdf>

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la QVT⁵⁰ désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui concilient à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés, et la performance globale des établissements. La clé de voûte de la QVT réside dans le pouvoir d'agir sur son travail, où le travail, son organisation, sa transformation sont au centre du dialogue professionnel au sein des services, et du dialogue social au sein des instances représentatives du personnel. Elle repose également sur une politique managériale qui installe une véritable culture de service, qui fait vivre des valeurs partagées, qui fait circuler l'information et qui anticipe les évolutions.

"La QVT est en effet un processus à long terme (...) : d'un côté, l'ensemble des perceptions subjectives des professionnels d'une organisation donnée sur leur environnement de travail - autrement dit une somme d'évaluations individuelles, mais socialement situées, de leurs conditions de travail ; de l'autre, l'ensemble des stratégies et des procédures définies par cette même organisation dans le cadre de sa politique institutionnelle d'amélioration des conditions de travail.

Elle est donc à la fois un principe et un objectif à atteindre dans le champ politique et, sur le terrain, un ordre négocié entre des paramètres cliniques, humains et économiques pourtant réputés inconciliables".⁵¹

Enfin, la HAS, en partenariat avec l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) travaille sur le sujet afin d'étayer la notion de QVT, et de proposer des repères aux acteurs impliqués, professionnels, managers et représentants du personnel. Les liens entre QVT et qualité des soins ont conduit la HAS à intégrer la QVT comme une des dimensions à prendre en compte dans le cadre de la certification. La QVT fait donc l'objet d'une thématique spécifique pour la certification V2014 et d'une fiche "Renseigner le Compte Qualité sur la thématique QVT".⁵²

A travers ces différents éléments, il ressort que l'épanouissement au travail, dimension du bien-être au travail, est un révélateur de la QVT.

⁵⁰ HAS, ANACT, 2017, «*La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins : Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux*», Saint Denis La Plaine, HAS, 25p, p.7.

⁵¹FHF, 2018, «*Qualité de vie au travail - les actions à partager, les engagements attendus.* », Rapport, 66p, p.22.

⁵² HAS, 2014, «*Renseigner le compte qualité sur la thématique - Qualité de vie au travail* », 6p, [visité le 19.08.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/20140703_fiche_qvt_cq.pdf

2 Le travail de recherche à travers une exploration de terrain

"La recherche professionnelle est une attitude d'ouverture et de questionnement sur ce que l'on découvre et sur ce que l'on peut faire au sein de sa pratique. Tout soignant est apte à développer cette attitude et à apprendre à s'en servir".⁵³

"Les savoirs professionnels existent mais il convient de les caractériser car ils peuvent varier en fonction des positionnements théoriques et des situations sociales des praticiens. Par ailleurs, l'absence de lisibilité dans ce domaine provient du fait que ces savoirs (...) manquent d'explications".⁵⁴

2.1 La méthodologie d'exploration mise en œuvre

2.1.1 La démarche d'accompagnement institutionnelle déployée

Les recherches bibliographiques et les séances d'apports méthodologiques proposées par des enseignants chercheurs de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ont abouti à l'identification de l'objet d'étude. Des avis et des conseils individualisés nous ont permis d'identifier la question centrale, d'argumenter l'intérêt professionnel du sujet, et de construire la pensée en élaborant des hypothèses. Les ateliers animés par des DS ont affiné et précisé les idées. Un accompagnement et un questionnement tenu par un « professionnel ressource » nous ont donné la possibilité de préciser les thèmes de l'étude, de mieux cibler la bibliographie, puis d'élaborer la grille d'entretien (Annexe 1 et Annexe 2).

2.1.2 Les outils sélectionnés et la méthode d'analyse retenue

Afin de mener à bien notre travail de recherche, nous avons choisi d'utiliser une démarche qui se fonde sur une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs.

"Cette technique combine des questions courtes, précises, directes, sans équivoque, et des questions plus ouvertes, laissant une marge de liberté à l'interviewé afin qu'il puisse s'exprimer spontanément, avec son propre mode de pensée".⁵⁵

Lors de chaque entretien, un enregistrement suivi de retranscription est réalisé. Les idées principales développées puis relevées sont classées et regroupées par catégorie afin de faciliter l'analyse qualitative des données. Celles-ci sont alors confrontées aux éléments du modèle conceptuel, puis une mise en perspective contribue

⁵³OZBOLT - GOODWIN J., 1980, « La recherche infirmière en soins infirmiers - base scientifique de la pratique », *Cahiers de l'AMIEC*, N° 6, pp.121-126.

⁵⁴BOISSART M., 2017, *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation*, Noisy-le-Grand, Setes (Recherche), 376p, p.193.

⁵⁵WENNER M., 2010, *Sociologie et culture infirmière*, Paris, Seli Arslan, 224p, p.214.

à critiquer les hypothèses et ainsi à répondre à la problématique initiale, avant la proposition de préconisations professionnelles.

Pour obtenir le discours le plus authentique possible, une question centrale est posée pour débiter, puis la poursuite de l'entretien se fait sur un mode conversationnel.

*"Parfois ce style prend réellement corps, le cadre de l'entretien est comme oublié : on bavarde autour du sujet. De tels moments indiquent que l'on a réussi à provoquer l'engagement et jouent un rôle positif de respiration, pour l'enquêteur comme pour l'enquêté".*⁵⁶

Par la suite, le corpus des entretiens est traité selon la méthode de l'analyse thématique à partir des thèmes dégagés. Nous mettons également en parallèle des éléments du discours des personnes interviewées avec des documents relatifs à la politique de recrutement des CS, donnés par chaque établissement (Annexes 3 et Annexe 4).

2.1.3 L'enquête exploratoire et les sites choisis

Lors de l'un de nos stages, nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec deux CSS. Ces entretiens exploratoires avaient pour finalité de confirmer la pertinence du questionnement et de dégager des éléments destinés à affiner l'objet de la recherche.

Ainsi, nous avons choisi de réaliser l'enquête qualitative dans un Centre Hospitalier Général (CHG). Un DS, animateur d'atelier autour de la construction du mémoire, nous a conseillé d'élargir l'échantillonnage des enquêtés à un second établissement de même taille. En effet, lors des entretiens exploratoires, certains invariants ressortaient dans les discours, vraisemblablement dus à la culture de l'établissement. Il paraissait alors judicieux d'explorer deux sites différents afin de se soustraire à cet aléa. Nous avons donc choisi un second CHG, similaire au premier dans son organisation et son offre de soins.

2.1.4 La population interviewée

Nous avons décidé de réaliser les entretiens nécessaires auprès d'une Coordinatrice Générale des Soins (CGS), d'une DS, de deux CSS et de quatre CS dans le premier établissement (A), puis d'une CGS, d'une CSS et d'une CS dans le second établissement (B). Ces onze actrices ont pu faire valoir leur parole et critiquer leur collaboration. Ce sont toutes des femmes qui font partie de la filière Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), non par notre volonté, mais au hasard des personnes rencontrées. Toutes ont exercé en tant que FF en début de carrière.

⁵⁶KAUFMANN J.-C., 2013, *L'entretien compréhensif*, 3e édition, Paris, Armand Colin (128), 126p, p.47.

"Ainsi, les cadres de santé représentent 63 % des cadres hospitaliers, et sur les 24 359 cadres de santé, 86 % sont des cadres infirmiers (selon les données DREES de 2016)".⁵⁷

Chaque entretien a été mené individuellement. Avec l'accord des participantes, les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement, d'une prise de notes et ont été programmés sur rendez-vous pour une durée de 49 minutes à 1h06. L'anonymat a été préservé. Nous avons choisi de repérer ces professionnelles comme suit :

	Etablissement A				Etablissement B
Coordonnatrice Générale des soins	CGSA				CGSB
Âge / ancienneté dans le fonction	62 / 21				42 / 2
Directrice des soins	DSA				
Âge / ancienneté dans le fonction	52 / 10				
Cadre supérieure de santé	CSA1	CSA2		CSB	
Âge / ancienneté dans le fonction	57 / 5	49 / 9		54 / 3	
Cadre de santé	CA1	CA2	CA3	CA4	CB
Âge / ancienneté dans le fonction	39 / 8	42 / 7	34 / 6	36 / 8	45 / 12

2.1.5 Les points forts et les limites repérés

Pour la réalisation de ce mémoire, nous nous sommes attachés à respecter la méthodologie d'un travail de recherche explorée en atelier à l'EHESP. Pour autant, nous sommes conscients des limites, notamment liées à un échantillon de petite taille. Ainsi, les onze questionnaires analysés sur deux établissements ne donnent pas un caractère général à l'analyse et n'aboutissent bien évidemment à aucune conclusion scientifique. De même, le choix des établissements enquêtés n'a pas la prétention d'être représentatif de l'institution hospitalière. Ce choix se veut pragmatique et a été guidé par la proximité lors de nos stages. Les résultats recueillis ne représentent qu'une tendance, ne sont pas reproductibles et ne sont donc pas généralisables.

Tout au long de notre réflexion, l'implication de six DS a été un levier intéressant pour affiner l'objet de la recherche et confronter des points de vue qui se sont révélés plutôt complémentaires que concurrentiels. L'enquête exploratoire a permis de définir les thèmes de la recherche et d'élargir la population ciblée à un second établissement. Les personnes interviewées ont montré de l'intérêt au travail initié et se sont alors rendues disponibles pour que l'entretien se passe dans de bonnes conditions, sans interruption.

⁵⁷DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2016, « Portrait des professionnels de santé », *Panoramas de la DREES - Santé*, 158p, pp.25-37.

2.2 Les résultats obtenus par l'analyse

Les entretiens apportent de nombreux éléments de réponses. Néanmoins, lister les résultats n'est pas suffisant pour leur donner du sens, et l'analyse devient alors indispensable pour les décoder, les comprendre et les interpréter. Elle oblige au questionnement, à la confrontation des discours et des idées, et suscite la réflexion propre au contexte et aux concepts explicités. Ainsi, dans cette partie, nous détaillerons une analyse par thématique et par grade professionnel, afin de mieux discerner le vécu, les attentes et le positionnement des acteurs.

2.2.1 Une entrée dans la fonction cadre potentiellement choisie

A) L'analyse de l'expression des cadres de santé

Pour les cadres interrogées, le projet de s'orienter vers la fonction d'encadrement succède à une période pendant laquelle elles investissent des missions transversales. Elles ont différentes responsabilités hors du soin. **"J'avais des responsabilités comme le tutorat des étudiants, la formation des nouveaux arrivants, la participation à des travaux institutionnels (CA2)".** Elles soulignent être à la recherche de nouvelles activités autres que le soin. Elles ont la volonté d'évoluer et souhaitent s'impliquer dans le service d'une autre manière. **"Cela s'est fait sur l'idée d'apporter quelque chose à l'équipe, je voulais collaborer avec mes collègues d'une autre façon (CA3)".**

Outre cet investissement personnel, leur projet prend forme grâce à l'intervention de certains cadres de l'établissement. **"C'est moi qui ai eu l'idée, la volonté de me lancer, et j'ai été poussée par ma cadre qui trouvait mon projet intéressant ... C'est ma cadre qui m'a poussée. Elle m'a dit de préparer un projet, elle m'a donné la trame (CA1-CA4)".**

Les cadres créent les conditions de la motivation des professionnels et les orientent dans leur choix. **"Les missions transversales m'avaient donné l'idée de ce que peut faire un cadre (CA3)".** Souvent les CS en titre se comportent comme des modèles qu'il ne faut pas décevoir. **"Elles ont toutes été pour moi une référence, un modèle. Je ne sais pas si je pourrai en faire autant, enfin j'espère y arriver ... Sans copier, j'aimerais faire ce qu'elles font, aussi bien ça serait super, je ferai comme elles (CA1-CA3)".** Pour d'autres, c'est le contre-modèle qui prévaut. La construction professionnelle se fait à l'encontre de ce qui est vécu, mais le mécanisme reste le même. **"J'avais un cadre totalement absent, et ça nous mettait en difficulté. Donc je voulais être cadre pour faire tout ce qu'il ne faisait pas, c'est ça qui m'a poussé. (CB)."**

Toutes les cadres interrogées ont fait part de leur projet de devenir cadre, oralement, à leur cadre de proximité en cours d'année et lors de l'entretien professionnel.

Ensuite, lors d'un appel à candidature, elles ont rédigé un courrier de motivation et un *curriculum vitae* (CV) précédant un rendez-vous donné par la CGS. Un projet professionnel n'était pas demandé. Leur courrier était accompagné d'un avis favorable du cadre de proximité et du CSS. Elles ont toutes été confortées dans leur choix par la CGS et retenues pour être en mission d'encadrement au vu de leur potentiel identifié.

B) L'analyse de l'expression des cadres supérieures

Dans les deux établissements concernés, les CSS font état de l'existence d'une stratégie de recrutement des CS et d'un dispositif d'accompagnement. **"C'est la direction des soins qui s'occupe des recrutements ... Il y a un échange, je peux donner mon avis de façon informelle (CSA1-CSA2)."** D'ailleurs cela est corroboré par les documents qui m'ont été remis sur le sujet (Annexes 3 et 4). Si c'est la direction des soins qui coordonne le dispositif, les CSS participent en formulant une appréciation sur les postulants, et participent ainsi à une présélection. Elles donnent également leurs avis sur les profils recherchés dans leur pôle. **"On rencontre la CGS pour faire le point, pour discuter du profil en fonction des fiches de postes (CSA2)."** Toutefois, dans l'établissement B, le positionnement est plus prégnant puisqu'un commentaire défavorable entraîne un arrêt de la procédure. **"On a cette marge-là, si je ne donne pas un avis très favorable, le candidat n'est même pas vu en entretien par la CGS (CSB)".** Dans cet hôpital, une réflexion existe depuis plusieurs années sur cette sélection car, outre un dossier avec lettre de motivation, CV, avis de l'encadrement, un entretien est effectué par la CGS. De plus, un devoir sur table est demandé, dont le sujet à trait au monde de la santé et au fonctionnement de l'institution. **"C'est l'ensemble qui fait la décision, on évite les recrutements trop simples comme ça (CSB)."**

C) L'analyse de l'expression des directrices des soins

Pour les directrices, la stratégie repose sur des points incontournables. En conséquence, chaque équipe doit avoir un cadre de proximité, la formation par l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) est obligatoire, la détection des potentiels "cadre" intéresse tous les métiers paramédicaux, un professionnel en position d'encadrement doit entretenir et interroger sa pratique à travers des ateliers managériaux mis en place dans l'établissement. Le recrutement des FF et des cadres est centralisé par la direction des soins. **"C'est une vision centralisée. Les cadres sup ne participent pas du fait de leur trop grande hétérogénéité, et cela n'est pas une position de principe mais de contexte (CGSA)."**

Pour l'établissement A, la stratégie de recrutement est essentielle. Une démarche novatrice vient d'être mise en place où la direction des soins est assistée d'un organisme externe spécialisé en ressources humaines pour fiabiliser la recherche de compétences.

"Ce sujet est tellement complexe qu'on essaie d'innover, de trouver des méthodes atypiques pour améliorer notre performance dans ce domaine. (DSA)."

Les agents intéressés par la fonction cadre postulent de façon spontanée ou répondent à un appel à candidature. Même si certains se lancent d'eux-mêmes, un nombre conséquent est encouragé par l'encadrement sous forme de cooptation. **"Le cadre lui dit « oui fait le » parce qu'il aura détecté quelque chose à l'entretien professionnel annuel. En définitive, quelque part, il le choisit (CGSA)."** Le circuit de la demande n'est pas formalisé dans l'établissement A et celui du B repose sur un choix fort des CSS, même si la CGS décide en dernier ressort. **"Au moins les 3/4 sont poussés par le cadre ou le cadre sup. Il faut faire plus de formalisme ... Si des cadres apprécient le demandeur, ils forcent leur avis dans le dossier. (DSA-CGSB)."**

2.2.2 Un apprentissage par la pratique

A) L'analyse de l'expression des cadres de santé

Toutes les actrices interviewées ont occupé un poste de FF. Elles ont répondu à une offre d'emploi, ont postulé en indiquant leur volonté d'être cadre. Mais, force est de constater que ces agents intéressées pour exercer des missions d'encadrement se voient affectées sur un poste qui ne répond pas tout à fait à leur souhait. Elles demandent à être cadre, et il leur est répondu qu'elles seront déjà FF. Cette réponse, néanmoins attendue, connue et institutionnelle, est acceptée. Ce chemin particulier de FF est admis, car intégré par les agents comme étant dans le processus de formation.

"Aujourd'hui, c'est parfois l'étape « faisant fonction de cadre » qui permet de repérer ceux qui ont les talents de cadre. Cette étape est problématique car elle place des non cadres en situation de responsabilité, sans statut clair et avec toutes les dérives possibles".⁵⁸

L'ensemble des cadres a exercé des missions de FF, sans en avoir la fiche de poste. Elles se référaient à celle établie pour le poste de cadre en titre. **"Je n'avais pas de fiche de poste à proprement parlé. J'avais la gestion du quotidien au feeling ... J'ai fait ma propre fiche petit à petit (CB-CA4)."**

Cependant, les CS soulignent qu'un accompagnement de proximité s'est mis en place avec les cadres du pôle, mais également la CSS qui prenait le temps de passer les voir régulièrement, échangeait avec elles sur leurs difficultés, leur positionnement et les différentes problématiques du quotidien. **"J'étais bien accompagnée par la cadre supérieure, je pouvais l'appeler, faire un bilan avec elle, avoir des conseils (CA2)."**

⁵⁸DE SINGLY C., 2009, op cit p.48.

Les personnes ayant répondu précisent que leur expérience de FF a été riche d'enseignements. En effet, elles soulignent que ce temps de découverte leur a permis de se construire professionnellement et d'affirmer leur choix de carrière. **"C'est une période importante car on peut se tromper dans ce qui est attendu du métier de cadre (CA1)."** Elles ont pu prioriser leur travail, réguler leurs activités, prendre des responsabilités et des décisions, être autonomes, mieux comprendre le fonctionnement des équipes de soins. **"Ça a été formateur au niveau du management car je devais faire cohabiter l'ensemble des problématiques dans l'intérêt du patient (CB)."**

B) L'analyse de l'expression des cadres supérieures

Selon elles, tous les futurs cadres de leurs établissements occupent un poste de FF, sans en avoir la fiche de poste puisque la seule existante est celle des cadres diplômés. Cela reste handicapant pour les apprenants. Les CSS les accompagnent et suivent leur progression en s'aidant du référentiel cadre élaboré. **"Ça nous permet de voir avec elles ce qu'on attend en fonction des besoins, des compétences développées, de leur expérience et de leurs marges de progression (CSA2)."** Elles organisent les formations nécessaires à la prise de poste et leur donnent les outils adéquats. Elles leur demandent de trouver un tuteur personnel qui saura les aider dans la gestion quotidienne du service, ce qui ne dédouane pas les collègues cadres en titre de s'impliquer dans cet accompagnement. **"Si le tuteur est d'un autre pôle, souvent ça ne se passe pas bien. Il ne connaît pas le mode de fonctionnement, n'a pas la même vision, et n'est pas adapté à la politique que je mets en place. (CSB)."**

C'est une période pendant laquelle elles acquièrent les compétences nécessaires à leur futur métier. Ainsi, elles vérifient si ce travail leur convient, si leur projet est fondé. Elles apprennent à prendre des responsabilités et des décisions, à évaluer, à analyser. **"Apprendre à prendre du recul, voir la problématique dans sa globalité, trouver des solutions, prendre le meilleur, pas d'emblée être dans la réactivité ... Je pense que pour appréhender le cœur du métier, il faut le vivre (CSB-CSA2)."** Quoi qu'il en soit, l'implication des FF et des CS est la même. Elles veulent prouver leurs capacités pour ne pas décevoir et il est à noter qu'aucune ne veut mettre fin à ses missions.

C) L'analyse de l'expression des directrices des soins

Dans les deux établissements, les agents sélectionnés occupent un poste de FF, choisi par la CGS, en fonction du poste et du profil du candidat. **"Il y a une espèce d'engagement, de contrat moral. On a une sorte de contrat de départ pour que l'agent n'abandonne pas trop vite. Et nous on le garde (CGSA)."** La fiche de poste est celle du cadre, il n'y en a pas de spécifique. Un accompagnement est mis en place avec un tuteur choisi par le FF et avec le CSS. **"Il existe une procédure d'accompagnement,**

de compagnonnage des FF (DSA)." Puis des formations spécifiques et des analyses de la pratique sont organisées.

Les abandons n'existent pas. Tous les FF seront CS. **"Effectivement, il n'y a pas d'échec, donc faut bien recruter. Je ne suis pas timorée sur le fait de ne pas me lancer avec des personnes qui ne semblent pas avoir les capacités (CGSA)."**

Pour les DS, l'expérience de FF permet une immersion dans la fonction cadre. Les professionnelles sont tout de suite dans l'action et elles vivent une situation très proche de la réalité du métier. **"Elles apprennent le boulot en voyant les autres faire. Elles ont vu leur cadre et maintenant elles font le travail pour elles-mêmes (CGSA)."** Elles découvrent la vie institutionnelle, leur place dans le service. Elles s'approprient assez vite la fonction. Elles ont des compétences très proches de celles des cadres en titre. **"FF, c'est indispensable car le concours IFCS, n'importe qui peut l'avoir, avec une bonne prépa c'est faisable, il n'est plus sélectif (CGSB)."** Les directrices soulignent la forte responsabilité qui est la leur dans la façon de sélectionner et d'accompagner.

2.2.3 Une légitimité à défendre

A) L'analyse de l'expression des cadres de santé

Après une période de nécessaire adaptation, les actrices rencontrées précisent qu'elles se sont senties rapidement légitimes grâce à leur travail acharné. **"Je me suis sentie légitime après 3 mois car au début les infirmières ne me reconnaissaient pas vraiment comme leur cadre. J'étais bien dans ce que je faisais, je bossais fort, alors ça a été (CA1)."**

Pour elles, la légitimité passe également par l'institution, par le parcours de recrutement et par les collègues. **"Je me suis sentie légitime car j'avais passé un entretien avec la directrice des soins... En réunion, ma cadre sup, la directrice des soins me voyaient comme les autres et me demandaient pareil (CA3-CA2)."**

Enfin, il semble important que la FF soit bien dans son positionnement personnel afin de renvoyer une image solide, et ainsi renforcer sa légitimité. **"Mon comportement, ma façon d'être, ma façon de travailler, je suis devenue leur référente ... Finalement j'ai été vite acceptée et légitime par ma posture, le fait d'être posée, pas m'énerver, prendre le temps d'échanger, de discuter, d'être là très souvent (CA3-CB)."**

Pour terminer, il est nécessaire de préciser qu'aucune n'a eu envie d'arrêter son projet. **"Je suis partie, ça m'a tout de suite plu, et je me suis sentie bien dans cette fonction. (CA3)."**

B) L'analyse de l'expression des cadres supérieures

Pour les CSS, les FF sont reconnues par les équipes médicales et paramédicales. La présélection légitime cette fonction puisque les établissements souhaitent mettre en place un repérage développé des potentiels plus actif que par le passé. La cooptation existe de fait, ce qui demande une reconnaissance institutionnelle pour une légitimité forte. Mais cela reste fragile et les CSS interviennent assez souvent pour accompagner les FF et les aider dans leur fonction. **"Il y a des FF qui sont aussi compétents que des cadres, travaillent autant et même plus ... C'est pas le diplôme qui fait la légitimité, c'est une question de personnalité (CSA1-CSA2)."**

Les CSS les sollicitent de façon adaptée, mais reconnaissent qu'elles font peu de différences au fil du temps, vu la volonté des FF de s'impliquer. **"Dans les réunions d'équipes, les FF il y a pas de différence, et moi j'en fais pas ... Elles sont très disponibles, montrent qu'elles sont en position de cadre, elles apportent beaucoup de choses, elles sont créatrices et peuvent être motrices (CSA1-CSB)."**

Enfin, aucune des cadres supérieures interrogées n'a connu de FF décidant d'abandonner la fonction, et elles sont toutes devenues cadres.

C) L'analyse de l'expression des directrices des soins

Pour les DS, la légitimité dépend de la posture adoptée, de l'aptitude à se positionner et de la force de travail. Au-delà du diplôme, la légitimité est liée à la capacité à s'organiser, à manager, à se faire respecter, à communiquer, à réaliser le travail demandé dans les temps impartis, à bien connaître l'établissement. Les qualités du cadre renforcent cette reconnaissance professionnelle, comme la façon de faire, le tempérament, la place trouvée au sein de l'équipe, la capacité à prendre du recul, le regard critique, l'analyse, l'accompagnement du changement.

Sur ces points, les directrices ne font pas de différence entre les FF et les cadres. Elles accordent leur confiance aux uns et aux autres. **"Il n'y a pas de différence. Je vois ça avec le temps. On attend la même chose (CGSB)."**

Les deux CGS précisent que la légitimité pourrait être renforcée par la suppression du terme de FF, pour ne parler que de CS. Toutefois, elles soulignent que la réticence à ce changement viendrait des cadres en titre. **"La légitimité est liée au parcours qu'on suit à un moment donné, et tout le monde doit le suivre ... C'est un passage obligé, une sorte de parcours initiatique (CGSB-CGSA)."**

Au cours de leur carrière, elles n'ont rencontré qu'un ou deux FF ayant renoncé à leur projet. **"De toute façon, si un se lance dans ce projet, il doit y avoir une continuité, sauf raison grave de santé. Autrement, c'est un signal d'alerte (DSA)."**

2.2.4 Une prise de fonction fondée sur l'expérience

A) L'analyse de l'expression des cadres de santé

La prise de poste au retour de l'IFCS demeure relativement simple. Les cadres connaissent l'établissement dans lequel elles reviennent. Elles ont eu un entretien avec la CGS avant d'intégrer l'école, et un engagement mutuel, informel, a été formalisé dans la perspective d'un travail en commun. Au sortir de la formation, un simple rendez-vous est pris, sans aucune formalité ou obligation nécessaire comme l'élaboration d'un projet professionnel. Après avis du chef de service, la CGS affecte la nouvelle cadre dans un service.

Cette prise de poste est facilitée par l'expérience acquise en tant que FF. Cette expérience offre la possibilité de prendre du recul par rapport aux nouvelles missions exercées, de faire le point sur ce qu'il est souhaitable de mettre en place dans un nouvel environnement de travail. **"La période de FF m'a permis de mieux appréhender mon arrivée dans le service, les choses nouvelles, les difficultés, et de m'apporter des méthodes, des outils de travail (CB)."**

Pour les cadres interviewées, l'exercice du management d'équipe est amélioré dans l'approche des problématiques, la manière d'être, la posture adoptée. **"Je ne manage plus au sentiment comme au début, j'ai mis ça de côté même si on n'est pas des brutes. Je me sers de mon expérience, des choses qui se sont passées plus ou moins bien ... Ce que j'ai appris comme FF c'est le relationnel, la gestion, le management (CA4-CB)."**

Le retour de l'IFCS assure une métamorphose intellectuelle puisque le diplôme est obtenu au terme de la formation. Cette titularité signifie que les cadres ont la maîtrise du contenu des enseignements dispensés. Ils peuvent faire valoir l'efficacité et la pertinence de leur rôle dans l'encadrement, et dans l'exercice de leurs responsabilités, en matière de gestion des équipes et des activités. **"Le changement existe en terme de posture. Mais il n'y a pas de changement plus que ça. Les gens ne m'ont pas plus reconnue, c'était équivalent. C'est dans ma tête que j'étais vraiment cadre (CA2)."**

B) L'analyse de l'expression des cadres supérieures

Au sortir de l'IFCS, la prise de poste reste simple. Les nouveaux CS connaissent l'établissement, les interlocuteurs principaux. La CGS les reçoit pour un entretien formel, et ils échangent autour de leur affectation en fonction de leurs souhaits et des postes disponibles, sans aucune autre formalité. Cependant, aucun agent ne retourne dans le service où il exerçait en tant que FF. **"Elles sont prévenues au départ que le changement de pôle est prévu pour tout le monde. Faut le savoir dès le début et le faire valider pour ne pas être surpris (CSB)."** Dans le pôle, un cadre référent est

nommé, mais il est très peu sollicité. Si la CGS affecte l'agent, elle ne le revoit pas pour un bilan particulier, et le nouvel arrivant est alors pris en charge totalement par le CSS.

Il est souligné qu'un CS affecté dans un pôle, alors qu'il était FF dans un autre pôle, peut se heurter à des difficultés d'adaptation, être confronté à un état d'esprit différent, lié entre autres à la politique impulsée par la CSS. **"Dans un nouveau pôle, les points de vue sont différents. Ça fonctionne bien si les cadres s'entendent bien (CSB)."**

C) L'analyse de l'expression des directrices des soins

Pour leur retour dans l'établissement à la sortie de l'IFCS, les directrices donnent un rendez-vous aux nouveaux cadres, puis elles les affectent en fonction de leur profil, des besoins de l'institution, et de l'avis éventuel des CSS. **"Je les reçois, on trouve des compromis, mais je décide ... Il n'y a rien de formalisé, rien d'écrit. Ils ne retournent pas d'où ils viennent ... On réfléchit ensemble pour l'affectation. C'est moi qui fait l'affectation (CGSA-DSA-CGSB)."**

La période de FF est utile pour bien appréhender les enseignements de l'IFCS. Sur la base de leur pratique, les nouveaux CS ont alors la possibilité de s'appuyer sur leur vécu, de s'enrichir des difficultés rencontrées par l'analyse, de combler les lacunes détectées dans leurs connaissances, d'apprendre la théorie nécessaire. Ce qui est cherché à l'IFCS est issu de la pratique en tant que FF. **"Ces années en tant que FF sont utiles pour faire l'école. Là, on trouve ce qu'on cherche. Et ce qu'on cherche est issu de sa pratique avant d'y entrer (CGSA)."**

Ce que les cadres ont appris en tant que FF est très intéressant pour leur retour. Ils savent déjà en quoi consiste le travail, l'organisation managériale, et connaissent les outils de l'établissement. Ils ont construit un réseau professionnel qui les aide beaucoup à la prise de poste. **"Reste les spécificités du pôle, les enjeux particuliers, les objectifs particuliers. Je leur donne une feuille de route pour les premiers mois, et c'est le cadre sup qui prend la relève (CGSB)."**

2.2.5 Une implication professionnelle tangible

A) L'analyse de l'expression des cadres de santé

L'implication au travail est clairement soulignée comme intense par les cadres sollicités. Elles disent que cette implication est globalement constante, certes avec des hauts et des bas, mais qu'elle reste importante au fil du temps. La dynamique de travail se construit dans la durée et elles insistent sur ce temps nécessaire, les ressources personnelles à mobiliser et l'équilibre à trouver. Elles identifient des retentissements sérieux au niveau personnel, mais soulignent que cela peut être le prix à payer. Elles ne

veulent pas décevoir ceux qui leur ont fait confiance. **"La vie familiale est un peu de côté. On m'a confié des missions, on me fait confiance depuis longtemps, je ne peux pas décevoir ... On m'a confié des responsabilités, on me regarde et j'assume, même si parfois ça crée des soucis à la maison (CA4-CB)."** La volonté est grande de s'impliquer en étant attentive aux équipes, en voulant transmettre des valeurs, en étant moteur dans les projets, en étant force de proposition.

Toutefois, elles témoignent d'un manque de reconnaissance de leur hiérarchie qui peut les mettre mal à l'aise, et les pousser quelques fois au découragement face aux missions à tenir. Elles savent pourtant faire des choix argumentés, s'autorisent à prioriser leurs différents projets pour rester efficaces. Pour elles, l'éloignement ressenti de la direction des soins les bride dans leur autonomie. Elles ont l'impression de fonctionner dans une certaine relation de confiance, mais sans en avoir la certitude. **"Le retour sur investissement est nul aussi bien de la cadre sup que de la direction. On ne me soutient pas dans ce que je fais ... J'aime ce que je fais. J'ai une sensation de manque de compréhension de la directrice. Elle est éloignée de nos services ... Il faut qu'elle comprenne nos attentes et celles des équipes. (CA4-CA3-CA2)."**

B) L'analyse de l'expression des cadres supérieures

Pour elles, l'implication des cadres est qualifiée de forte. **"En général, on s'investit parce qu'on y trouve un intérêt, alors il y a un enjeu, un but à atteindre (CSA2)."** Malgré les contextes hospitaliers souvent compliqués, les cadres ont encore l'envie d'avancer, de progresser, d'améliorer l'organisation de leur service. Comme lorsqu'elles étaient FF, leur implication est grande. **"Il y a cette envie d'avancer, de progresser, d'améliorer, même si tout est compliqué (CSA2)."** Face à ceux qui les connaissent depuis longtemps, les CS veulent prouver leurs capacités, prouver qu'elles y arrivent. Elles ont de l'énergie, l'envie de faire bouger les choses, de répondre à tout ce qui est demandé. **"J'essaie de faire attention à ce que je leur demande, à la quantité de travail. Elles aiment s'investir, avoir des missions transversales, mais faut faire attention (CSA1)."**

De nouveau, les CSS sont attentives à la charge de travail, à la notion d'équipe de cadres, afin que l'usure professionnelle n'apparaisse pas. **"Face à la solitude du cadre, à la charge de travail, il faut s'impliquer en étant intégrée à une équipe, à un pôle. J'essaie de faire passer cet état d'esprit pour mieux les accompagner (CSA2)."**

C) L'analyse de l'expression des directrices des soins

L'implication professionnelle est bien sûr variable en fonction des agents. Pour les directrices interrogées, la grande majorité des cadres est impliquée dans son travail. Elles savent organiser, communiquer, avoir l'esprit critique, identifier les problématiques, mais surtout être dans le contrôle. **"Un cadre impliqué doit s'investir dans le contrôle. Il**

doit regarder correctement ce qui se passe dans son service (DSA)." Pour elles, les cadres impliqués font remonter les informations. Ils s'intéressent à leur service et à l'institution. **"Ceux qui s'impliquent beaucoup ne sont pas faciles à manager. Ils se sentent indispensables. Je ne peux pas leur dire d'en faire moins, ça ne colle pas (CGSA)."**

L'implication est également piégeante. Les directrices soulignent le fait qu'elles ont tendance à solliciter les plus volontaires, et pour avoir certains résultats ne pas contacter ceux qui restent en retrait. **"On reste dans le pragmatisme et pour que les projets avancent, on se tourne vers ceux qui en ont envie. D'un autre côté, il faut faire attention à l'épuisement professionnel, je sais bien. Dilemme (CGSB)."**

Enfin, les DS font ressortir l'idée que l'implication d'un cadre dépend également du dynamisme des CSS. Il faut que ces derniers mettent en place une dynamique d'équipe avec les cadres de leur pôle. Les CS montrent un positionnement clair, ils sont responsables et autonomes et ont des projets d'amélioration. **"L'implication est liée à des objectifs clairement posés pour être productive. Les heures accumulées ne sont pas un indicateur d'implication réussie (DSA)."**

2.2.6 Un épanouissement professionnel autour du sens

A) L'analyse de l'expression des cadres de santé

Parmi les cadres concernées dans ce mémoire, quatre disent être épanouies dans leurs missions. Elles ont trouvé une sérénité, ont de nouveaux projets, et plusieurs ont envie d'avoir des activités nouvelles. Elles insistent sur le côté intéressant et valorisant de leur travail dans l'institution, mais également auprès de leurs familles et de leurs amis. **"J'aime le travail que je fais et j'apprécie le fait d'être utile. Pour ma famille c'est positif de savoir que je m'investis à l'hôpital ... J'ai le sentiment que mon travail correspond à mes attentes, et enfin j'estime avoir un bon équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle (CA1-CB)."** La conception, la conduite et le suivi de nouveaux projets restent des moteurs essentiels de leur épanouissement, tout autant que la reconnaissance et l'autonomie.

Cependant, elles redoutent que cet épanouissement reste précaire et fragile face aux injonctions qu'elles reçoivent, et qu'il s'évanouisse au moindre problème. **"Le burn-out des cadres, le stress, j'ai des collègues dans cet état, mais moi j'ai pu trouver un équilibre ... Il y en a qui veulent tout faire bien et toutes seules, et d'un seul coup elles se rendent compte qu'elles disjonctent et alors c'est trop tard. Elles saturent (CA2-CB)."**

Ces différents points soulignent que les interviewées s'épanouissent dans leur travail pour autant qu'elles en trouvent un intérêt, un but. Le sens trouvé devient un axe

fort de l'expression de cet épanouissement. **"Oui, aujourd'hui je me sens épanouie, fortement investie, car je sais où je vais ... Ce qui est bien c'est que j'ai des buts que je définis soit personnellement, soit avec l'équipe (CB-CA)."**

A contrario, une cadre (CA3) manifeste son non épanouissement. Elle remet en question sa présence et pense quelques fois à changer de métier car l'évolution actuelle des hôpitaux ne la satisfait pas. **"On se demande où on va. Les cadres sont pressés comme des citrons, et les équipes c'est pareil."** La perte de repères et de sens est patente. **"Je ne sais plus où donner de la tête. Ça m'était jamais arrivé, mais je suis perdue."** Par contre, elle souligne qu'elle n'est pas isolée et que le collectif de cadres lui permet de tenir le coup et de se ressourcer. **"J'en parle avec mes collègues, et la cadre sup. Je me sens entendue et ça fait du bien d'en parler avec les autres (CA2)."**

B) L'analyse de l'expression des cadres supérieures

Les CSS pensent que les CS sont relativement épanouies professionnellement. Elles paraissent bien ancrées dans leurs missions, leur service, leur pôle et dans l'institution. Elles arrivent à donner du sens à leur travail et à préserver les valeurs auxquelles elles tiennent. Elles sont autonomes dans leur service et prennent leurs responsabilités. **"Je les sens bien dans leur travail. Je n'en vois pas qui soient en souffrance. Je les épauler, les accompagner et passer plus de temps avec celles en difficultés (CA2)."** Dans les périodes délicates, les CSS partagent les difficultés, accompagnent, écoutent et transmettent. Elles alertent alors la direction des soins.

C) L'analyse de l'expression des directrices des soins

Pour les DS, les cadres sont globalement contentes de leur travail, elles apprécient leur métier et ne souhaitent pas en changer. Le terme "épanoui" leur semble fort et elles n'ont pas mené d'étude spécifique sur ce sujet. Elles restent donc sur la réserve. **"Certains sont sûrement contents d'être au boulot, d'autres moins (DSA)."** Pour elles, les CS sont souvent inquiets de leurs conditions d'exercice, de la fatigue des équipes et de la qualité de prise en charge des patients. **"Le cadre doit pallier le déficit de prise en charge des patients en essayant de faire les liens nécessaires pour que les équipes aient toutes les informations indispensables à leur travail (DSA)."**

Pour un potentiel épanouissement, le CS ne doit pas être isolé. Il doit partager ses problématiques en équipe. Ses activités sont à prioriser afin d'éviter une implication trop forte nécessitant de grandes journées. **"La durée ne fait pas la qualité ni le bonheur à l'hôpital ... Certains surinvestissent sûrement. T'es impliqué et tu en fais trop, sans laisser quelques activités à d'autres, tu prends des risques (CGSA-CGSB)."** Les DS font également état de quelques cadres en usure professionnelle. Cet état est souvent lié à une surcharge de travail, plutôt qualifiée de dispersion par elles. **"Celui qui veut tout faire, être partout, celui-là finit mal (DSA)."**

2.2.7 Une synthèse nécessaire pour critiquer les hypothèses

Au travers de l'analyse de ces entretiens, et du point de vue d'un DS en gestion, nous remarquons qu'il est essentiel de prendre en compte un certain nombre de remarques pour enrichir la compréhension du système. Dans le cadre de la question de recherche "*En quoi la stratégie managériale de détection des potentiels "cadre" posée par le DS impacte-t-elle la manière dont les CS s'impliquent dans leurs missions professionnelles ?*", la confrontation des hypothèses de travail, avec les éléments théoriques et ceux recueillis sur le terrain, nous amène à les critiquer pour dégager des préconisations venant enrichir la dynamique managériale.

Les agents qui entrent dans la fonction cadre ont eu, très souvent, des missions transversales et des responsabilités dans leur établissement. Montrant ainsi leur volonté de s'engager, leur projet de devenir cadre a été consolidé ou sollicité par les équipes d'encadrement. Cette aide ciblée participe d'un choix informel dans une cooptation assumée. Les candidats s'appuient sur des modèles ou des contre-modèles pour s'engager mais ne veulent pas décevoir leurs pairs. Présent dans de nombreux établissements, ce procédé de recrutement par cooptation demande une méthode solide en complément pour aboutir à une sélection efficiente pour l'avenir.

Les futurs cadres occupent tout d'abord des fonctions de FF. Ils n'ont pas de réelle fiche de poste, mais bénéficient d'un accompagnement, vraisemblablement perfectible. Cette période est riche d'enseignements et d'apprentissages par la pratique, et offre la possibilité de vérifier la pertinence du choix. Ce choix s'avère judicieux dans la grande majorité des cas, puisque les abandons des apprenants restent marginaux. Cet état de fait démontre et renforce la responsabilité du recruteur pour l'avenir et la nécessité d'effectuer un recrutement efficient.

La légitimité se construit petit à petit, avec les compétences présentes et acquises, avec la personnalité de chacun, mais aussi grâce à la validation institutionnelle. Ces nouveaux managers font preuve de fortes capacités de travail, d'envie et de volonté pour ne pas décevoir ceux qui les ont cooptés. Ils sont souvent considérés comme de véritables cadres et demandent une reconnaissance forte par leurs responsables hiérarchiques, au-delà des équipes.

Dans ce sens, nous pouvons penser que la première hypothèse est validée. Ainsi, **"le recrutement des cadres de santé par cooptation les incite à s'impliquer dans leur activité pour asseoir leur légitimité"**. Toutefois, les témoignages démontrent également que cette implication a de nombreux autres moteurs.

Titulaire du diplôme cadre, et retournant dans leur établissement, la prise de poste des anciens FF est relativement simplifiée. L'apprentissage accompli pendant la période

de FF, associé à l'acquisition de connaissances à l'IFCS, donne au CS une vision adaptée de son nouveau métier. Ces expériences factuelles rendent ces professionnels plus aptes à exercer leurs missions.

Leur implication professionnelle est très solide, et la notion d'équipe "cadre" est essentielle pour eux. Les CS ne veulent pas décevoir ceux qui leur font confiance depuis plusieurs années, même si leur charge de travail peut quelquefois empiéter sur leur sphère privée. Ici, ils regrettent de ne pas bénéficier de témoignages de reconnaissance plus importants de la part de leur hiérarchie. Cependant, il est nécessaire de souligner que la régulation de cette implication dépend également du dynamisme des encadrants.

L'épanouissement au travail est un indicateur de qualité de vie. Pour que cet état reste pérenne, les CS veulent mieux limiter leur champ professionnel, mettre en place de nouveaux projets, mais également trouver un sens à leur action. Pour cela, le collectif de travail devient un lieu d'expressions et d'échanges essentiels pour maintenir un dynamisme d'innovation.

De nouveau, nous pouvons penser que la seconde hypothèse est validée et que **"l'implication au travail choisie par les cadres de santé est un facteur d'épanouissement professionnel"**, même s'il n'est pas le seul, bien évidemment.

"Le manager clairvoyant qui sait choisir les ressorts de motivation qu'il doit tendre, qui veille à sélectionner les bon leviers pour agir sur ces ressorts et qui les actionne comme il faut, va développer une puissance qui fera avancer de façon incomparable ses problématiques managériales".⁵⁹

"La possibilité pour les salariés de prendre du plaisir dans le travail est un facteur de performance. Intégrer cette évidence est un enjeu majeur pour le management".⁶⁰

Alors, la stratégie de détection des potentiels cadres, définie par le DS dans un collectif de directions, contribue à la recherche de professionnels engagés pour l'avenir. La qualité de leur recrutement et de leur accompagnement, associée à une implication professionnelle choisie et à la construction d'un collectif "cadres" porteur de sens, participe à la mise en place d'un épanouissement professionnel de longue durée.

Face à cette complexité, les stratégies managériales choisies par le DS sont garantes de pertinence, de cohérence et d'innovation. Bases d'un projet de management potentiellement mis en œuvre dans un exercice futur, des préconisations sont déclinées dans la troisième partie de ce travail.

⁵⁹CHARPENEL G., 2015, *Le plaisir, nouvel enjeu du management*, Paris, Maxima Laurent du Mesnil, 182p, p.181.

⁶⁰Ibid p.36.

3 La suggestion de préconisations concrètes

Au titre d'un mémoire professionnel, et afin de rester dans des préconisations utiles, nous avons décidé de faire preuve de pragmatisme et d'innovation, tout en restant dans une réalité d'actions concrètes et pratiques. Les réflexions qui suivent se veulent factuelles et inscrites dans le réel, donc éminemment adaptables.

Etre pragmatique est une chose reconnue comme positive dans le monde professionnel. En effet cela signifie que, dans une situation complexe, nous savons évaluer les différentes conséquences possibles des actions entreprises et faire évoluer la situation. Pour cela, il est souhaitable d'utiliser les bonnes compétences à un instant " t " sans "sur réfléchir, sur penser", ce qui mène le plus souvent à l'inaction et à la paralysie. Bien sûr, la vérité d'un moment peut changer et se transformer en fonction d'une situation, mais seules les actions qui en découlent comptent et sont réelles. Le pragmatisme permet d'avancer dans la recherche de solutions, sans perdre de temps sur l'investigation d'une vérité absolue qui ne modifierait en rien les résultats obtenus.

3.1 La stratégie managériale au cœur de l'action

3.1.1 Le DS et son positionnement institutionnel

Le décret n°2014-7⁶¹ confirme le positionnement du DS comme membre de l'équipe de direction. En sa qualité de président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT), il est membre de droit du directoire. Cette disposition le consolide dans ses prérogatives stratégiques, et ainsi

*"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".*⁶²

Dès lors, cette posture lui demande d'explicitier ses pratiques managériales, d'autant que le DS, à travers sa connaissance pointue des organisations de soins, accompagne les professionnels dans leurs évolutions vers plus de compétences, d'autonomie et d'efficience.

*Le DS "élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical"*⁶³.

⁶¹MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, journal officiel, n°0007 du 9 janvier 2014, texte 11.

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

Par ces dispositions, nous constatons que le projet de soins est une composante essentielle du projet d'établissement, et aujourd'hui de nombreuses institutions orientent leurs réflexions et leurs actions vers un projet médico-soignant, démontrant ainsi la collaboration et les imbrications étroites entre les pôles médicaux et soignants.

3.1.2 Le projet managérial envisagé

Outre la colonne vertébrale essentielle aux missions de l'hôpital, que représente un projet médico-soignant, le projet managérial s'impose comme un volet nécessaire à la définition du travail et à l'organisation des activités au service du patient, dans une démarche efficiente. Il est nécessaire

"de définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision".⁶⁴

Véritable innovation, ce projet vise à accompagner les acteurs de la gouvernance des pôles d'activité, afin de promouvoir un pilotage optimal des organisations au service de la qualité des prises en charge. Avec l'hétérogénéité des organisations soignantes, le projet managérial est essentiel pour intégrer l'encadrement intermédiaire et supérieur dans une meilleure définition et prise en compte de l'optimisation des organisations.

Dans le rapport de la mission Cadres Hospitaliers, il est précisé :

"La mission préconise un engagement fort de tous les établissements hospitaliers dans une réelle politique managériale en les invitant à définir leur organisation, à se fixer des priorités pluriannuelles concernant l'encadrement dans un projet managérial, et à veiller à respecter et faire respecter les règles du jeu posées".⁶⁵

De même, la HAS évoque la politique et ses objectifs dans les établissements.

"La stratégie de l'établissement de santé est définie. Elle a été élaborée de façon concertée, dans le respect des valeurs préalablement définies. Les différentes politiques sont déclinées en cohérence avec les orientations stratégiques. Le projet d'établissement prend en compte les besoins de la population tels qu'ils sont définis dans les schémas de planification et le projet médical de territoire, les valeurs et les missions de l'établissement, un engagement dans le développement durable, la dimension éthique de la prise en charge des patients, un projet managérial, les projets validés des unités et des pôles".⁶⁶

⁶⁴DE SINGLY C., 2009, op cit, p.14.

⁶⁵DE SINGLY C.,2009, op cit, p.9.

⁶⁶HAS, 2014, « Certification des établissements de santé - Management stratégique », 14p, [visité le 19.06.2018], disponible sur internet :https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/management_strategique_-_guide_ev_v2014.pdf.

Dans ce cadre, le rôle des CGS et des DS est de fédérer les cadres paramédicaux de pôle autour d'objectifs partagés, intégrant les difficultés rencontrées par chacun. Pour cela, la formalisation de la ligne managériale est incontournable avec l'explicitation des rôles, des missions, des activités, des fiches de poste de chaque CSS au travers un organigramme lisible.

3.1.3 Les collaborations nécessaires

Membre de l'équipe de direction, le DS participe à la construction de ce projet de management. Il s'investit avec l'ensemble des acteurs de l'institution, que sont les équipes de direction, l'encadrement supérieur, les cadres de proximité et l'encadrement médical, pour qu'un sens clair et partagé soit donné dans ce dispositif. Son implication structure l'organisation de la direction des soins et de l'équipe d'encadrement, clarifie les rôles et les zones d'autonomie de chacun.

"La stratégie managériale du DS s'inscrit dans une dynamique institutionnelle de politique de management. Les trois niveaux d'acceptation d'un projet sont le niveau de la direction générale, directoire et Commission Médicale d'Etablissement (CME), le niveau des directions adjointes et notamment la DRH, et enfin le niveau de l'encadrement de pôle et de proximité à qui est plus particulièrement destiné ce projet. L'absolue nécessité de mettre avant tout en relation ces trois niveaux est un gage de réussite du DS".⁶⁷

Dans ce contexte, le DRH est un partenaire de premier plan et la collaboration DRH / DS est essentielle pour donner du sens aux politiques mises en place.

"Positionner le DRH dans sa triple mission : pilotage de la politique des ressources humaines, responsabilité de la gestion collective et individuelle des professionnels, management et coordination de l'expertise, du conseil et de l'accompagnement aux chefs et cadres de pôle, sous l'autorité du chef d'établissement, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le DS.

Donner au DS les leviers d'actions nécessaires pour animer et coordonner les CSS et les CS, pour développer la politique de qualité et de sécurité des soins et promouvoir le programme d'actions relatif au projet de soins et aux innovations dans le domaine paramédical, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le DRH".⁶⁸

Enfin, le DS prend en compte la dimension du CSS et positionne celui-ci comme un acteur stratégique incontournable, avec des responsabilités spécifiques, un devoir de faire évoluer les organisations soignantes et une implication dans les projets.

⁶⁷FRANZI B., 2013, *Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement*, EHESP, 59p, p.39.

⁶⁸TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, «*Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*», Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, 133p, pp.21-22.

Pour définir sa stratégie managériale et en s'appuyant sur la CSIRMT, le CGS constitue un comité de pilotage, composé des DS de l'établissement, du DRH, de CSS, de CS et d'un représentant de la CME. Plusieurs groupes projets sont mis en œuvre. Ils font l'objet d'appels à candidatures, comportent des représentants des catégories professionnelles précitées et de personnes ressources suivant les points traités. Au fur et à mesure des avancées, ce projet est présenté au directoire, aux différentes directions, au Comité Technique d'Etablissement (CTE), au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), à la CME, ainsi que dans les diverses réunions d'encadrement. Il est intégré au projet d'établissement et au projet social.

Il est fondamental de mémoriser que ce type de stratégie peut s'ouvrir à l'ensemble des cadres d'un établissement en travaillant conjointement avec toutes les directions et toutes les instances.

3.2 La détection cohérente des potentiels

Le DS veille à ce que les professionnels opèrent un positionnement au plus près des équipes dans la gestion des parcours de soins, la conception d'organisations plus performantes, l'optimisation des moyens humains, l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. Il est de son ressort de mettre en place un dispositif de management efficace le conduisant à porter un avis argumenté sur un candidat "cadre" dans une action concertée avec les CSS. Il doit alors tester la motivation d'un agent à occuper un poste de manager.

La prise de fonction cadre est un changement de métier, pour lequel il faut maîtriser de nouvelles compétences et s'adapter rapidement à un poste. Dans ce contexte, la qualité du recrutement des futurs CS est un levier permettant aux cadres de demain de se recentrer sur leur cœur de métier et de mieux vivre leur profession.

Pour le DS, un objectif essentiel est de développer la qualité du management, des pratiques managériales, du rôle et de la valorisation de l'encadrement, et donc la qualité des recrutements "cadres de santé". Ainsi, lorsque des postes de cadres sont disponibles, la direction des soins lance un appel à candidature sur intranet, telle une bourse à l'emploi. Les candidats retenus sont convoqués pour un entretien de sélection. Celui-ci permet d'évaluer que la représentation de la fonction cadre du candidat est en adéquation avec les besoins de l'établissement, que le candidat adhère aux valeurs de l'institution, et qu'il possède les capacités recherchées pour la fonction, telles que des capacités d'organisation, de décision, d'analyse, d'adaptation et de pédagogie. Tout cela se fait en lien avec les cadres de proximité et supérieurs.

Pour le recrutement de nouveaux cadres, la cooptation est une méthode répandue dans de nombreux établissements. Partant de ce constat, il est essentiel de mettre en

place des dispositifs efficaces de détection des potentiels, sachant qu'une immense majorité des FF deviendront CS. Ce travail se fait en collaboration avec le DRH et, éventuellement, des prestataires externes spécialistes des ressources humaines. Ce projet est élaboré avec l'équipe de CSS qui le déclineront et le porteront dans les pôles.

3.2.1 L'analyse de poste comme préalable

A travers sa fonction et par l'intermédiaire des CSS, le DS dispose d'une cartographie des postes de CS de l'établissement. Cela lui permet de comprendre, pour chaque service, les spécificités de l'organisation, de l'environnement, des problématiques propres à l'activité et au contexte, des difficultés potentielles identifiées, des exigences du pôle en termes de contenu de fonction et de profils de candidats.

Cette étape essentielle nécessite des réflexions approfondies engagées avec le cadre de pôle et le chef de pôle. Ainsi, apparaissent tous les éléments de compréhension pour étayer une décision d'affectation de poste. Cela donne la possibilité d'explicitier, au candidat potentiel, les aptitudes à investir pour qu'il soit efficace dans sa fonction. Nous relevons ici les capacités de gestion (analyse de tableau de bord), les capacités à accompagner le changement et à faire évoluer des processus, la gestion de projet, les aptitudes organisationnelles (planification de l'activité), les aptitudes managériales (animer, fixer des objectifs, contrôler, motiver, accompagner), la capacité à travailler en transversalité dans des équipes pluridisciplinaires.

3.2.2 Le potentiel managérial évalué

Les objectifs d'une évaluation de potentiel managérial sont de porter une appréciation sur le « savoir agir » en situation professionnelle dans une fonction d'encadrement, de détecter le potentiel face aux exigences de la fonction ciblée et de ses évolutions, de cerner l'adéquation du style personnel avec l'environnement de travail et les exigences du poste, et de repérer les motivations, projets et centres d'intérêt.

Les outils utilisés doivent éclairer, au regard du poste à pourvoir, les dimensions d'adaptabilité intellectuelle (sens de l'analyse et de la synthèse), les capacités de réalisation (sens de l'organisation, capacité à s'impliquer dans la réalisation des objectifs, autonomie, prises d'initiatives, décisions à prendre), les principaux traits de personnalité susceptibles d'intervenir dans le travail (contrôle émotionnel, relation aux autres, autorité, capacités à négocier), les capacités d'adaptation, l'ouverture d'esprit.

3.2.3 Les méthodes d'évaluation mises en œuvre

Elles peuvent reposer sur des tests mesurant les aptitudes intellectuelles générales, spécifiques, et choisis en fonction du poste, de ses enjeux et des aptitudes à démontrer pour réussir, comme les capacités de raisonnement, l'adaptabilité intellectuelle.

Par ailleurs, des inventaires "dits" de personnalité cernent le mode de fonctionnement dans le travail ainsi que les principales caractéristiques de personnalité.

Un entretien individuel approfondi analyse la dynamique du parcours professionnel et les différentes expériences. Il identifie les compétences acquises, mesure la teneur des motivations et des aspirations ainsi que leur adéquation avec le poste ciblé. Il s'appuie sur des mises en situations professionnelles et observe les comportements adoptés.

Un écrit est réalisé pour évaluer les capacités d'analyse sur des sujets comme la connaissance de l'établissement, son fonctionnement, les projets mis en place, les grandes lois de santé, la qualité de vie au travail, ainsi que les grands principes de fonctionnement du système hospitalier et du système de soins.

Ce dispositif apparaît comme un vecteur de pédagogie et de pratique réflexive.

3.2.4 La restitution voulue des résultats

Un compte rendu confidentiel d'évaluation, individuel, est rédigé pour chaque candidat. Il devient un outil d'aide à la décision, synthétique et argumenté. Il émet un avis d'adaptabilité au poste ciblé, en veillant à valoriser les points forts de la candidature ainsi que les points de progrès. Il intègre une analyse du parcours professionnel et de sa dynamique, les motivations du candidat, une analyse du style personnel dans le travail. Il éclaire l'adéquation au poste ciblé.

D'autre part, le candidat doit connaître les points forts et convaincants de son dossier, mais également identifier les points sur lesquels il lui faudra progresser pour prétendre aux fonctions qu'il cible. Une restitution orale est effectuée en garantissant une discrétion de l'échange. Une mini synthèse reprenant les points forts, les points de progrès et les résultats aux tests d'aptitudes est remise au candidat avant le rendez-vous, permettant de disposer d'une base pour l'échange.

3.2.5 La coordination incontournable par la direction des soins

La première partie du recrutement n'est pas effectuée par le DS et son équipe, mais soit par les services de la DRH, soit par un organisme extérieur. Un entretien professionnel institutionnel est mis en place par le DS en fin de cursus de recrutement. Sa finalité est de bien analyser les motivations, la conception de la fonction cadre et les

compétences acquises dans le métier d'origine pouvant être réinvesties dans la fonction d'encadrement. Le DS porte alors un avis sur le dossier de recrutement.

Pour que l'ensemble du travail ne soit pas déconnecté de la réalité professionnelle, un débriefing, avec les différents acteurs de l'évaluation, a lieu une fois les divers comptes-rendus réceptionnés par la direction des soins et la DRH. Cet échange pose toutes les questions complémentaires, nécessaires à la compréhension des avis émis, et donc assoit la décision du DS et/ou du DRH quant à la suite à donner aux différentes candidatures. En effet, il ne faut pas oublier que ce dispositif s'adresse à des professionnels non-cadres, sans expérience de ce type. Il s'agit de détecter un potentiel, de se faire une idée des compétences des candidats. Ce dispositif se module avec l'intérêt métier dans un contexte hospitalier, en lien avec l'ensemble de la chaîne de l'encadrement, le niveau professionnel recherché, et l'établissement concerné.

Après une mise en œuvre pour l'encadrement de proximité, les principes de ce dispositif pourront être réfléchis, adaptés et utilisés pour le recrutement des CSS.

3.3 L'accompagnement fondamental des professionnels

Prendre un nouveau poste représente un enjeu fort pour les professionnels. Sentiment d'insécurité, perte de repères, charge mentale intense sont souvent évoqués. Accéder à un poste d'encadrement signifie nouveaux statut et posture, sources d'enjeux, voire de tension identitaire.

"Dans ce cadre, la prise de poste doit être accompagnée pour des raisons éthique et pragmatique. Éthique par respect pour le professionnel, pragmatique dans une visée optimale des organisations, et dans un souci de qualité et de sécurité".⁶⁹

3.3.1 Les parcours d'intégration organisés

La conception et l'organisation d'un tel cheminement sont de la compétence du DS à qui il revient de les expliciter pour une meilleure mise en œuvre. Il favorise la réflexion collective autour de ce thème afin de partager les expériences, de faciliter la prise de recul et de production de sens, mais également d'encourager l'appropriation par les différents acteurs.

Des temps spécifiques sont identifiés. Un entretien d'accueil est réalisé par le DS qui présente l'établissement, les instances et le projet de soins. Il formule les objectifs attendus. Puis, un entretien se déroule avec le CSS qui présente le pôle et le service d'affectation. En fonction de l'environnement et du contexte, des journées animées par le

⁶⁹DESMARAIS C., ABORD DE CHATILLON E., MASCLAUX J.-L., et AL., 2018, « Accompagner la prise de fonction », *Soins Cadres*, n° 105, p.13.

DRH et le DS sont nécessaires à la présentation de la politique de l'établissement et des outils de gestion des ressources humaines. De même, la politique qualité-gestion des risques, et son organisation, est présentée par la direction appropriée. D'autres journées sont consacrées à la prise en main des logiciels utilisés dans l'établissement, et sont animées par la direction du système d'informations et par des cadres référents. Enfin, en fonction du nombre de professionnels arrivants, des rencontres sont organisées au fil de l'eau avec les responsables des pôles administratifs, cliniques et médico-techniques.

Quoi qu'il en soit, ce temps consacré à la connaissance de la structure et des acteurs qui l'animent est primordial pour une intégration réussie.

3.3.2 Le tutorat définit

Le rôle du tuteur est d'accompagner le professionnel afin qu'il trouve ses repères par une relation de confiance profitable qui ne juge pas ni n'évalue. Il conduit le futur cadre à prendre des décisions adaptées et efficaces ainsi qu'à savoir faire évoluer les situations. Il apporte une aide technique, méthodologique, relationnelle, économique et institutionnelle, ainsi qu'une bonne connaissance des organisations. Il propose son point de vue sur les situations complexes rencontrées par le FF, et il aide à la mise en œuvre de projets en apportant une expertise. Sa propre expérience contribue à la maturation et à la concrétisation du projet professionnel de l'apprenant.

"Le rôle prescrit du tuteur est d'aider à faire progresser le tuteur en se focalisant sur les fonctions de suivi, d'accompagnement, plutôt que sur sa capacité à transférer une expertise. Le tuteur détermine avec le tuteur des objectifs d'apprentissage qui permettront de définir un parcours de formation, à partir d'un repérage et d'une analyse des besoins. Le tutorat est vécu comme un moment symboliquement fort d'apprentissage expérientiel".⁷⁰

Un intérêt supplémentaire à cette mission est d'inciter le tuteur à interroger sa propre pratique et à créer un climat relationnel dans les équipes d'encadrement, climat qui favorise la coopération et la collaboration tout en confrontant les points de vue.

Le tuteur et le tuteur se choisissent mutuellement afin de mettre en place une relation de confiance. Ils sont issus du même secteur et s'engagent à se rencontrer régulièrement. Ils mesurent l'atteinte des objectifs, réajustent, et regardent le chemin parcouru depuis la prise de fonction. Toutefois, la constitution de ce binôme est validée par le DS et le CSS du secteur.

⁷⁰Ibid p.28.

3.3.3 L'évaluation mise en place

Elle fait partie intégrante du dispositif d'accompagnement. Elle est de nature formative, ce qui aide le postulant cadre à s'évaluer par des bilans d'étapes réguliers et à visualiser la progression de son projet.

La première phase se situe dès la prise de poste et mesure le degré d'engagement dans le projet cadre et les chances de réussite. Elle propose l'inscription à des formations, la participation à des travaux institutionnels, et la clarification du rôle de CS par des rencontres formelles avec des cadres diplômés. Un référentiel de compétences, réalisé par la direction des soins, sert de support à cette évaluation. Le DS et le CSS collaborent à cette évaluation.

La seconde phase, à partir d'objectifs fixés par le DS et le CSS, mesure l'atteinte de ces objectifs et propose des réajustements. Elle est organisée par le CSS en collaboration avec le tuteur. Ici, le référentiel d'activités et la fiche de poste servent de supports.

Une rencontre est prévue avec le DS afin de mesurer le chemin parcouru dans l'appropriation du rôle de cadre, et d'envisager les suites à donner à l'expérience de FF.

3.3.4 Le référentiel cadre à formaliser

Les missions des CS se diversifient et entraînent une charge de travail importante. Ces professionnels restent pourtant accaparés par la gestion quotidienne d'un service, alors qu'ils devraient opérer un repositionnement au plus près des équipes et des patients dans la gestion des parcours de soins, la conception d'organisations plus performantes, l'optimisation des moyens humains, l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. Pour qu'ils puissent se recentrer sur leurs priorités, un référentiel d'activités et de compétences est nécessaire. Nous proposons qu'il s'articule autour de neuf domaines d'activités dans lesquelles s'exercent les compétences du cadre : Qualité et sécurité des soins - Organisation du service - Gestion des ressources humaines - Fonction maître de stage - Animation d'équipe - Gestion de projets - Gestion médico-économique - Rôle transversale, participation à la vie du pôle et de l'établissement - Spécificités liées au domaine d'activité.

3.3.5 L'accès virtuel dédié

Pour améliorer leur prise de fonction, les professionnels ont besoin d'améliorer leur connaissance des circuits internes, des personnes ressources et des outils nécessaires. Le nombre d'informations à intégrer est important et il nous paraît utile de mettre à disposition de ces agents les chemins d'obtention de telles informations. La réalisation

d'un classeur virtuel sur ce sujet est un moyen intéressant pour répondre à ces besoins. Sa mise à jour devient très aisée par les moyens numériques d'autant que la centralisation est possible. Ainsi, ces fiches sont gérées par la direction des soins, entrent dans le cadre de la gestion documentaire de l'établissement et s'enrichissent progressivement des évolutions de l'institution. Si une page intranet est dédiée prioritairement aux nouveaux encadrants, elle est accessible par l'ensemble de l'encadrement ce qui participe à l'intérêt qui leur est porté. Les thématiques abordées dans ce document sont classées selon les neuf grands domaines d'activité du référentiel.

De même, les documents autour de la présélection des cadres de santé (lettre de motivation, CV, évaluation), les procédures de tutorat et d'accompagnement, le référentiel d'activités sont mis à disposition sur ce site pour que chaque agent puisse en avoir connaissance et étayer un projet professionnel éventuel.

3.4 L'implication au travail et sa demande de reconnaissance

Comme nous l'avons vu, les acteurs impliqués investissent volontairement du temps, des efforts et des initiatives supplémentaires pour contribuer au succès de l'institution. En plus d'être motivés, dévoués et loyaux, ils trouvent un sens à leur emploi et insufflent leur enthousiasme, leur passion et leur énergie dans leur travail. Leurs efforts sont reconnus et récompensés. Ils ont des responsabilités, prennent des initiatives adaptées et concilient, au mieux, vie professionnelle et vie familiale. Enfin, un environnement de travail dans lequel les acteurs se sentent appréciés, entendus, et où règne un sens de l'humain, est essentiel à une implication pérenne. La reconnaissance par les équipes, certes, mais aussi par les pairs et par la direction des soins, est donc essentielle à une implication professionnelle efficiente.

"La reconnaissance et le management qui va avec ne vont pas de soi. La reconnaissance n'est pas spontanée dans le monde du travail, elle est même perturbante, car elle oblige chacun à se remettre en cause, à se repositionner dans un groupe (...), à aller vers les autres, différents, malgré toutes les difficultés de communication que cela peut poser".⁷¹

3.4.1 Des groupes d'échanges pragmatiques

Tout d'abord, des groupes d'échanges autour de la pratique professionnelle sont animés par des intervenants compétents en psychologie du travail, qu'ils soient extérieurs à l'établissement, du service de santé au travail ou des professionnels formés à l'animation de groupe. Le choix de l'animateur est déterminant en sachant que l'absence

⁷¹BARTH I., MARTIN Y.-H., 2014, op cit, p.289.

de lien hiérarchique libère la parole. Ici, il importe de déterminer les objectifs, les modes de fonctionnement d'un tel groupe en déclinant la durée, la fréquence, les règles négociées collectivement, le tout repris dans un véritable contrat liant tous les membres.

Ce type de groupe lutte contre l'isolement professionnel des cadres, et prévient la souffrance au travail. Il favorise une communication transversale et participe à développer un soutien social. Centré sur le travail, il apporte une discussion sur les missions des cadres, sur leurs contradictions, sur les situations difficiles, sur les tensions existantes et cela avec l'appui des pairs et de ceux qui partagent les mêmes expériences. Selon DETCHASSAR M.⁷², les acteurs sont préservés lorsque leur activité est régulièrement explicitée, débattue, discutée. Mais il est essentiel que le DS veille à l'organisation de ces échanges, tant sur la forme que sur le contenu, car le temps cadre est précieux.

3.4.2 Une ingénierie de la discussion⁷³ envisagée

Concevoir et animer des espaces de discussion, c'est faire du management, à condition que des moyens humains et matériels y soient consacrés et que les résultats de la discussion soient entendus par les directions. Ces temps d'échanges sont centrés sur le travail et ils sont fréquents pour ne pas s'éloigner des problèmes quotidiens. Ils sont animés par des cadres formés qui partagent avec le groupe une professionnalité similaire. La discussion s'appuie sur des outils pour éclairer les opinions des participants. Elle s'inscrit dans le long terme pour que la confiance se développe et que les débats s'enrichissent.

Un dispositif de discussion peut s'envisager et être structuré, avec une réunion institutionnelle associant tous les cadres, toutes les directions et présidée par le Directeur Général (DG). Une réunion régulière est organisée entre le DS et les cadres de pôle, puis entre le CSS et les cadres de son pôle. L'objectif d'une telle organisation est de donner aux CS une vision globale, porteuse de sens, sur la connaissance, la lisibilité et la compréhension des enjeux auxquels les établissements sont confrontés.

Enfin, des outils symboliquement forts comme le "safety walkrounds / rencontre sécurité du patient"⁷⁴ ont la possibilité de créer des échanges de discussion entre les équipes de managers issues de la gouvernance et les équipes médico-soignantes.

3.4.3 Un face à face essentiel

Cependant, la reconnaissance professionnelle requiert du supérieur hiérarchique une implication forte. Dans ce sens, nous proposons la mise en place de rencontres

⁷²DETCHESSAHAR M., BERTRAND T., CHEVALLET R., et AL, 2011, « Dossier : Management et santé. », *Revue française de gestion*, vol. 37, n° 214, pp.63-164.

⁷³ Ibid.

⁷⁴HAS, ANACT, 2017, op.cit p.19.

individuelles entre le DS et de petits groupes de CS afin qu'un contact plus personnel se noue et apporte un sentiment de reconnaissance pour le cadre. Cette dernière débouche alors sur une valorisation professionnelle, une motivation accrue et un gain de confiance personnelle. Ici, le DS utilise sa fonction symbolique qui lui permet de faire preuve de bienveillance, de compréhension, dans le sens d'un processus de reconnaissance de l'autre.

Auparavant, une rencontre a lieu entre le DS et le CSS pour qu'ils puissent, ensemble, évoquer la situation des différents cadres du pôle, sans que le CSS ne se sente dépossédé de son management. Le DS par cette présence forte valorise, aide, conseille, clarifie les objectifs de la direction des soins, entend les difficultés, rassemble, associe et coordonne les professionnels.

3.4.4 Le télétravail⁷⁵ comme espace de concentration

L'implication professionnelle des cadres est importante et procure une charge de travail notable. Les CS éprouvent souvent la difficulté de travailler sereinement, sans dérangement, pour effectuer des activités demandant calme et réflexion. Dans une volonté de reconnaître cette difficulté d'un cadre sans cesse sollicité, nous proposons d'instituer quelques journées de télétravail. Cette possibilité offre au cadre une reconnaissance en lui permettant d'organiser sa journée de travail comme il l'entend, et d'effectuer des activités professionnelles choisies.

"Pour évaluer si un agent peut être autorisé à exercer ses activités en télétravail, il est nécessaire de déterminer des critères d'éligibilité liés à la fois au savoir-faire et au savoir-être de l'agent demandeur et à la nature des activités exercées".⁷⁶

Bien évidemment, sa mise en œuvre, pour être pleinement réussie, suppose une réflexion sur l'organisation du collectif de travail. Cette réflexion s'appuie sur le cadre réglementaire issu du Décret n°2016-151⁷⁷. Ce mode de travail repose à la fois sur le volontariat et la confiance. Il constitue une opportunité d'améliorer l'efficacité des organisations, si sa mise en œuvre est accompagnée et suivie. C'est l'opportunité d'adapter les modes de management à la réalité des rapports professionnels, et de recentrer la relation hiérarchique sur les résultats et la qualité du travail accompli. Bien sûr, ces changements ne vont pas d'eux-mêmes, et il faut accompagner les agents et les encadrants pour préparer ces évolutions dans le dialogue et la confiance.

⁷⁵DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2016, « Guide télétravail - Guide d'accompagnement de la mise en œuvre dans la fonction publique », DGAFP, 71p.

⁷⁶Ibid p.16.

⁷⁷MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature, journal officiel n°0036 du 12 février 2016, texte 63.

3.5 La cohérence d'un travail porteur de sens

Le Professeur MORIN E.M. relie la question de la santé au travail à celle du sens au travail⁷⁸. Pour lui, le sens se comprend d'abord comme la signification, c'est-à-dire comme la représentation qu'une personne se fait du travail et la valeur qu'elle lui attribue. Le sens est également l'orientation qu'une personne donne à son travail, ce qu'elle recherche à travers lui. Enfin, le sens peut être conçu comme la cohérence recherchée par une personne entre sa raison d'être intime et son travail. De plus, l'auteur relève six caractéristiques pour le travail porteur de sens. Il est utile pour les autres ou pour la société (utilité) ; il est accompli de façon responsable, dans sa réalisation mais aussi dans les conséquences qu'il génère (rectitude morale) ; il procure du plaisir à la personne qui l'exécute car il correspond à ses champs d'intérêts (développement) ; il permet à chacun d'exercer sa propre capacité de jugement et de créativité pour apporter des solutions (autonomie) ; il est supervisé par un cadre qui exprime clairement ses attentes, offre son soutien quand on est aux prises avec des difficultés, et avec qui il est possible de discuter ouvertement des problèmes pour les résoudre (qualité des relations avec le management) ; enfin, il doit être réalisé dans un milieu qui stimule les relations humaines positives (qualité des relations au sein de l'équipe).

"Un individu est en mesure de trouver du sens à son travail lorsque sont réunies trois conditions : la qualité des relations humaines avec ses collègues et avec sa hiérarchie, le sentiment d'utilité à la société, la qualité du travail réalisé".⁷⁹

3.5.1 La charte de l'encadrement à débattre

Le sens de l'action est donné par les valeurs qui renforcent la cohésion, structurent les modes de collaboration, gèrent la complexité. La valeur⁸⁰ se positionne en appui d'une stratégie ou d'un projet, elle est en conformité avec l'organisation et la culture d'entreprise, elle fait sens, elle est compréhensible par tout le monde, elle doit pouvoir être pilotée. Dans ce sens, l'institution fédère tous les acteurs, quels qu'ils soient, autour d'un sens commun, facilite l'adhésion à un changement, anime une équipe au quotidien, introduit de la simplicité face à la complexité des modes d'organisation.

⁷⁸ MORIN E.M., 2010, « Colloque institutionnel de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) "Santé psychologique : des solutions pour mieux intervenir dans les milieux de travail" - Donner un sens au travail », 225p, [visité le 15.06.2018], disponible sur internet : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/Colloque-IRSST-2010.pdf>

⁷⁹ LECOMTE J., 2007, *Donner un sens à sa vie*, Paris, Odile Jacob, 326p, p.15.

⁸⁰ BOYER F., *Innovation Managériale - Le management par les valeurs*, [visité le 12.09.2018], disponible sur internet : <http://www.innovationmanageriale.com/collaboration-intelligence-collective/le-management-par-les-valeurs-mode-demploi/>

"Forcément très générales, les valeurs ne sont pas véritablement opérationnelles. C'est pourquoi, l'étape suivante nécessite de les décliner en normes de comportements dans telles ou telles situations. Les normes précisent et opérationnalisent les valeurs".⁸¹

"Dans le contexte des établissements de santé (...) ces valeurs, liées aux missions de l'établissement, permettent de fonder les arbitrages et les décisions nécessaires au bon fonctionnement. Les établissements sont invités à mener une démarche autour de la définition des valeurs en évitant les écueils du formalisme ou du détournement".⁸²

Dans cet esprit, la création d'une charte de management consiste à expliciter des règles communes dans un groupe social et à transmettre des valeurs qui lui sont propres. Ce texte de référence met en place un cadre pour l'action, demande une adhésion de tous les acteurs et donne les axes pour un fonctionnement optimisé. La force d'un tel texte est de donner une ligne de conduite cohérente pour l'encadrement, un positionnement collectif et un moyen de stimuler des comportements fédérateurs.

Pour être opérationnelle, une telle charte est nécessairement élaborée par un collectif de travail. Concernant l'encadrement, cette volonté de faire ensemble demande aux professionnels de s'engager dans la définition des valeurs à mettre en exergue, à respecter, à transmettre. Une véritable négociation se met en place pour cette action de management qui est alors considérée comme une pédagogie du vivre ensemble. Ce document n'oublie pas d'encadrer les activités, grâce à des règles connues de tous.

"Ces règles sont le moyen de déployer une véritable politique managériale. Dès l'instant où elles sont énoncées et connues, elles encadrent l'activité et limitent les risques d'abus ou de débordement dans l'exercice des fonctions. Ce point est particulièrement important pour les cadres, dont l'une des missions est de prendre des décisions".⁸³

Si son élaboration est l'œuvre d'un collectif, ce travail est d'abord explicité au DG. Sa valeur ajoutée est débattue en réunion de direction, puis soumise au débat dans les instances. Le binôme DS / DRH est porteur de ce projet qui engage l'établissement et qui dévoile la philosophie de l'encadrement.

"Les valeurs sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façons collectives, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes".⁸⁴

⁸¹ ROMA T., 2011, *Une stratégie managériale en réponse aux attentes des cadres de santé*, EHESP, 56p, p.42.

⁸² Ibid p.41.

⁸³ Ibid p.42.

⁸⁴ HAS, 2014, « Manuel de certification des établissements de santé », 112p, p.15, [visité le 09.07.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf#page=15

Une charte managériale est porteuse de sens si elle offre la possibilité à chaque professionnel d'être fier de travailler dans l'établissement, de se sentir concerné par les réussites de son groupe professionnel mais aussi de l'ensemble de l'institution, et d'être reconnu pour ses compétences. En se dotant d'une telle charte, l'hôpital souligne sa volonté de faire évoluer les comportements, pour mettre le bien-être de ses agents au cœur de ses actions. Cette charte aide l'encadrement à mieux orienter ses pratiques, mais également l'ensemble des personnels à se référer à des principes écrits et partagés.

"Définir une ambition collective et l'adopter, participer à l'épanouissement des professionnels, encourager la réussite des équipes, conduire les changements utiles sont les axes forts d'une telle charte qui s'articulent autour de la responsabilité, de l'anticipation, de l'écoute, du respect, du partage".⁸⁵

3.5.2 La supervision comme dispositif de régulation

Depuis plusieurs années, la supervision est une activité professionnelle du psychologue, essentielle à la régulation de sa profession en ce qui concerne la transmission des connaissances, l'évaluation, et la protection du public. Cette intervention est appliquée par un membre d'expérience de la profession à un membre moins expérimenté de la même profession. Cette relation a un caractère évaluatif, perdure dans le temps et a plusieurs objectifs, dont l'amélioration du fonctionnement professionnel et la surveillance de la qualité des missions effectuées. Elle est mise en place pour partager les interrogations personnelles et les difficultés, pour identifier les enjeux psychologiques, pour trouver les mots justes dans les conflits, pour aider à se détacher de toutes les situations problématiques, afin que le supervisé puisse s'épanouir au travail.

Dans ce cadre, nous proposons d'imaginer la mise en place d'une telle méthode qui serait novatrice au bénéfice de l'encadrement. En effet, la supervision professionnelle est un dispositif d'accompagnement individuel ou collectif qui offre la possibilité de réfléchir sur le fonctionnement professionnel afin de mieux en gérer les exigences. Pour cela, il serait utile de s'appuyer sur des situations concrètes et quotidiennes, et ainsi aborder le savoir, le savoir-faire et le savoir-être du professionnel, son potentiel, les questions d'éthique, et tout ce qui aide à comprendre la pratique et les règles de fonctionnement. Elle pousse le supervisé à s'interroger sur ses attitudes, ses points de vue, ses actions, et développe la prise de distance afin de gérer les situations complexes.

"Une supervision doit avoir un aspect normatif où le superviseur accepte la responsabilité de vérifier que le travail du supervisé est professionnel et déontologique (...); un aspect formatif où le superviseur agit de façon à donner au supervisé un

⁸⁵COMMUNAUTE URBAINE DE BORDEAUX, 2018, La charte du management à la CUB, [visité le 28/08/2018], disponible sur internet : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/P09FX%20(1).pdf

feedback ou un sens d'action permettant au supervisé de développer ses compétences, ses connaissances théoriques, ses qualités personnelles (...); un aspect de soutien où le superviseur est là pour écouter, réconforter, confronter le supervisé lorsque interviennent les inévitables doutes, incertitudes et autres questions personnelles".⁸⁶

A l'hôpital, la supervision collective a toute sa place, et devient supervision d'équipe. Elle reprend l'amélioration des compétences professionnelles, des conditions de travail, de l'ambiance entre les acteurs, de l'organisation des activités à réaliser. Elle engage un questionnement sur les valeurs, les priorités, les objectifs, les conceptions, les processus de pensée et les modalités de communication. Les séances explorent les relations avec l'ensemble des membres de l'équipe, la circulation de l'information et les modes de prises de décisions, la place de chacun, la clarification des zones de compétences, les rapports interprofessionnels, les situations de travail et d'évaluation des pratiques professionnelles.

"Il s'agit de l'accompagnement d'une équipe de personnes impliquées dans une activité dont l'intensité est susceptible de mettre à mal l'appareil psychique. L'enjeu psychologique est de ne pas laisser l'activité dans laquelle la personne s'est engagée la définir et la démunir jusque dans sa vie personnelle. La supervision implique une part d'analyse de la pratique réalisée par les membres de l'équipe afin d'ajuster cette pratique et d'en rester maître (...) Par ailleurs, la supervision va au-delà de l'analyse de la pratique, en permettant de travailler sur les implications affectives des personnes qui s'y engagent".⁸⁷

Reste à trouver, ou à former, le superviseur capable de prendre en charge de tels processus, tout en veillant à ne pas déresponsabiliser les CSS dans leur accompagnement et leur management des cadres de proximité. En effet, la personne idoine assure sa mission en encourageant la réflexion, l'analyse, la recherche de sens et la critique constructive. Elle propose un inventaire de situation, allant de l'individuel au sociétal, en passant par le relationnel, le fonctionnement de groupe, l'organisationnel et l'institutionnel. Le superviseur associe les approches théoriques et les niveaux d'analyses concrètes. Il construit la réflexion au carrefour des professions, statuts, rôles et fonctions, déontologie et éthique professionnelle. Il décrypte les logiques relationnelles, organisationnelles et institutionnelles. Il aide à comprendre les motivations personnelles et interpersonnelles. Il accompagne le professionnel dans ses étapes, ses orientations et ses questionnements.

⁸⁶STRUB- DELAIN M., « Bien-être au travail et intelligence collective : la supervision », [visité le 19.07.2018], disponible sur internet : http://mariettestrub.blogspot.com/2013/01/la-supervision_7897.html

⁸⁷ Ibid.

Conclusion

Le DS participe pleinement à la mise en place d'une stratégie managériale innovante par ses activités de coordination, d'expertise et de conseils, auprès des CSS, des CS de proximité, mais également des directions et du directoire. Son rôle est primordial auprès de l'encadrement et des équipes. Ses compétences managériales doivent être solides. Il assure la cohérence des collectifs de cadres dont les missions se diversifient et entraînent une charge de travail croissante. Les organisations doivent être posées, adaptées et évolutives.

Une stratégie efficiente est une clé d'un management de qualité. La mobilisation de l'ensemble des personnels pour définir les objectifs de soins, s'assurer qu'ils sont expliqués et compris pour permettre leur appropriation, doit être appuyée. Le leadership du DS lui permet une prise de décision adaptée au plus proche des secteurs d'activité, concernant leurs organisations et leurs fonctionnements. Mais au-delà des éléments importants qui structurent la direction des soins, une gestion optimisée, une harmonisation des pratiques et une mutualisation des ressources humaines sont à promouvoir. Porter une attention particulière aux professionnels d'encadrement offre une meilleure coordination des acteurs, dans l'objectif de favoriser la reconnaissance des équipes.

"En période d'incertitude, la première attente des collaborateurs concerne à priori l'apport régulier par leur manager de preuve de sens, à savoir une émulsion subtile mêlant le rappel de la direction à suivre (objectif, but, ligne de mire), l'utilité de ce qui leur est demandé (contribution) et la place occupée par eux, en tant que personnes, dans ce processus (reconnaissance)".⁸⁸

Au cours de notre travail de recherche, nous avons pu constater que la détection du potentiel "cadre" des professionnels, par cooptation, est un élément habituel et bien ancré dans les pratiques des établissements. Les acteurs nous ont signifié à plusieurs reprises que l'immense majorité des professionnels FF devenait CS et que les échecs restaient marginaux. Dans cet esprit, il devient alors essentiel de mettre en place des dispositifs efficaces et de qualité, pour que les agents recrutés dans des missions de management soient les plus à même de remplir leurs missions. Cependant, au-delà du recrutement, un accompagnement est essentiel pour que ces professionnels s'impliquent dans leur travail grâce à une véritable volonté d'agir et à une reconnaissance de leur professionnalisme. Insérés dans un environnement de travail plus humain, ils peuvent trouver un sens à leur emploi, contribuer au succès de l'institution et s'épanouir en conciliant vie professionnelle et vie personnelle.

⁸⁸GABILLIET P., 2010, *L'éloge de l'optimisme*, Paris, Saint-Simon, 146p, p.111.

"Il convient de favoriser les mécanismes de reconnaissance collective et individuelle afin d'inciter au développement de projet d'amélioration de la qualité de service (...) Le renforcement et la reconnaissance des compétences managériales sont essentiels à l'accompagnement des communautés hospitalières. Le management doit dans ce contexte être appuyé et soutenu, à travers les référentiels de compétences, la détection des professionnels, la sélection, l'accompagnement".⁸⁹

Ainsi, le DS avec l'équipe de CSS, en collaboration avec les équipes de direction et en particulier le DRH, doit pouvoir tester la motivation d'un agent à occuper un poste de manager. Il lui revient d'imaginer un dispositif le conduisant à émettre un avis raisonné sur un candidat. La prise de fonction cadre est un changement de métier pour lequel il faut appréhender de nouvelles compétences et s'adapter rapidement à un nouveau poste. Sans pour autant être un expert technique référent d'un métier de soin, de rééducation ou médico-technique, le CS doit suffisamment maîtriser les pratiques pour pouvoir les évaluer, les organiser et les superviser. Le DS dans un souci de qualité de vie des équipes d'encadrement, de pérennisation des emplois, d'attractivité des postes, et de constitution d'une chaîne du management efficace, positionnée, dynamique et motivée met en place la juste gestion des ressources humaines nécessaire. Il identifie les compétences des encadrants, s'intéresse à la stabilité des cadres dans leur poste, ainsi qu'aux marges de manœuvre leur revenant.

La prise de conscience du changement ne s'effectue que par rapport à la permanence, celle-ci étant aussi difficilement perceptible que celui-là. La coexistence de logiques différentes est un phénomène fréquent, et les acteurs privilégient l'une par rapport à l'autre selon leur formation, leurs objectifs, le contexte dans lequel ils se trouvent et leur histoire personnelle.

"Dans une communauté humaine, cette capacité d'organisation ne peut émerger que si les conditions d'intelligibilité collective sont réunies, et si les membres de cette communauté peuvent donner sens à leur action".⁹⁰

"Si l'on veut implanter durablement la vague récente d'innovations de gestion dont l'objectif louable était la rationalisation et l'optimisation des moyens, sans doute faut-il désormais être tout aussi innovant sur le terrain du management, celui des méthodes d'animation et de gouvernement des hommes".⁹¹

⁸⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Ma santé 2022, un engagement collectif - Dossier de presse, 50p, p.36, [visité le 19.09.2018], disponible sur internet : file:///C:/Users/Utilisateur/Desktop/Santé%202022/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

⁹⁰ GENELOT D., LE MOIGNE J.-L., 2017, *Manager dans (et avec) la complexité*, 3e édition, Paris, Eyrolles, 405p, p.229.

⁹¹ DETCHESSAHAR M., 2013, op cit, p.29.

Bibliographie

OUVRAGES

- ✚ BARTH I., MARTIN Y.-H., 2014, *La manager et le philosophe. Femmes et hommes dans l'entreprise : les nouveaux défis*, Paris, Le Passeur éditeur, 305p.
- ✚ BOISSART M., 2017, *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation*, Noisy-le-Grand, Setes (Recherche), 376p.
- ✚ BOURGEON D., BAZILE R., BERNARDEAU N., et al., 2015, *Faire fonction de cadre de santé*, Rueil-Malmaison, Lamarre (Fonction cadre de santé), 200p.
- ✚ CHARPENEL G., 2015, *Le plaisir, nouvel enjeu du management*, Paris, Maxima Laurent du Mesnil, 181p.
- ✚ DE GAULEJAC V., 2014, *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Points, 353p.
- ✚ GABILLIET P., 2010, *L'éloge de l'optimisme*, Paris, Saint-Simon, 146p.
- ✚ GENELOT D., LE MOIGNE J.-L., 2017, *Manager dans (et avec) la complexité*, 3^{ème} édition, Paris, Eyrolles, 405p.
- ✚ HART J., FRIEDBERG E., GOUDEAUX A., 2002, *Management hospitalier.*, Rueil-Malmaison, Lamarre (Fonction cadre de santé), 180p.
- ✚ HATZFELD H., 1998, *Construire de nouvelles légitimités en travail social*, Paris, Dunod (Action sociale), 240p.
- ✚ KAUFMANN J.-C., 2013, *L'entretien compréhensif*, 3e édition, Paris, Armand Colin (128), 126p.
- ✚ LECOMTE J., 2007, *Donner un sens à sa vie*, Paris, Odile Jacob, 326p.
- ✚ PAUL M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, L'Harmattan (Savoir et formation), 352p.
- ✚ ROJOT J., ROUSSEL P., VANDENBERGHE C., 2009, *Comportement organisationnel. Volume 3. Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel.*, Bruxelles, De Boeck (Méthodes & Recherches), 396p.
- ✚ WEBER M., 1963, *Le savant et le politique*, Plon, Paris, 186p.
- ✚ WENNER M., 2010, *Sociologie et culture infirmière*, Paris, Seli Arslan, 224p.
- ✚ WIEL G., LEVESQUE G., 2009, *Penser et pratiquer l'accompagnement - Accompagnement et modernité.*, Lyon, Chronique sociale (Savoir penser), 108p.

PERIODIQUES

- ✚ BERTEZENE S., 2018, « Un management humaniste ? », *Gestions hospitalières*, n° 573, pp.105-109.

- ✚ BIETRY F., LAROCHE P., 2011, « L'implication dans l'organisation », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°81, pp.19-38.
- ✚ DESMARAIS C., ABORD DE CHATILLON E., MASCLAUX J.-L., et al., 2018, « Accompagner la prise de fonction », *Soins. Cadres*, n° 105, p.13.
- ✚ DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins. Cadres*, n° 85, pp.28-32.
- ✚ DETCHESSAHAR M., BERTRAND T., CHEVALLET R., et AL, 2011, « Dossier : Management et santé. », *Revue française de gestion*, vol. 37, n° 214, p.63-164.
- ✚ DIVAY S., 2018, « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 36, n° 1, pp.39-64.
- ✚ DIVAY S., GADEA C., 2015, « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles », *Gouvernement et action publique*, n°4, pp.81-99, p.91.
- ✚ LANGEVIN P., MENDOZA C., 2014, « Impliquer les managers à atteindre leurs objectifs : participation, feedback et confiance. », *Comptabilité - Contrôle - Audit*, n°20, pp.43-71.
- ✚ LOCHET N., 2012, « Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? », *Soins. Cadres*, n° 82, pp.43-46.
- ✚ OZBOLT - GOODWIN J., 1980, « La recherche infirmière en soins infirmiers - base scientifique de la pratique », *Cahiers de l'AMIEC*, N° 6, pp.121-126.
- ✚ PAUL M., 2012, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. », *Recherche en soins infirmiers*, n° 110, pp.13-20.
- ✚ PEOC'H N., 2012, « Dossier : Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives ? - Qualité de vie au travail. Conceptualisation, évaluation et impact sur l'implication organisationnelle des professionnels de santé. », *Revue hospitalière de France*, n° 549, p.38-42.
- ✚ PIED R., 2015, « La confiance comme outil managérial », *Gestions hospitalières*, n° 548, pp.398-401.
- ✚ TOUPILLIER D., « Vers la direction d'un hôpital de réseaux », *Manageurs de santé : le magazine des directeurs et cadres de la fonction publique hospitalière. SMPS*, n° 90, p.14.
- ✚ TRUCHOT D., BESTAGNE I., « Le burn-out des cadres infirmiers : la première étude nationale », *Objectif Soins et management*, n°262, pp.18-21.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- ✚ MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature, journal officiel n°0036 du 12 février 2016, texte 63.
- ✚ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, journal officiel, n°0007 du 9 janvier 2014, texte 11.

RAPPORTS / GUIDES

- ✚ APEC, Sourcing cadres, 2016, "Comment les entreprises recrutent leurs cadres", n°30, 40p.
- ✚ COMMUNAUTE URBAINE DE BORDEAUX, 2018, La charte du management à la CUB, [visité le 28/08/2018], disponible sur internet : [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/P09FX%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/P09FX%20(1).pdf)
- ✚ DE SINGLY C., Ministère de la Santé et des Sports. Paris. FRA, 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Vol. 1 - Rapport final et propositions.*, Paris, Ministère de la Santé, 125p.
- ✚ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2016, « Portrait des professionnels de santé », *Panoramas de la DREES - Santé*, 158p.
- ✚ DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE LA FONCTION PUBLIQUE, 2016, « Guide télétravail - Guide d'accompagnement de la mise en œuvre dans la fonction publique », DGAFP, 71p.
- ✚ FHF, 2018, « Qualité de vie au travail - les actions à partager, les engagements attendus. », Rapport, Paris, 66p.
- ✚ HAS, 2014, « Certification des établissements de santé - Management stratégique », 14p, [visité le 19.06.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/management_strategique_-_guide_ev_v2014.pdf.
- ✚ HAS, 2014, « Manuel de certification des établissements de santé », 112p, p.15, [visité le 09.07.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf#page=15
- ✚ HAS, 2014, « Renseigner le compte qualité sur la thématique : Qualité de vie au travail », 6p, [visité le 19.08.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/20140703_fiche_qvt_cq.pdf

- ✚ HAS, ANACT, 2017, «*La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins : Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux*», Saint Denis La Plaine, HAS, 25p.
- ✚ INSTITUT DU MANAGEMENT, 2011, «*Référentiel de compétences des directeurs des soins*», EHESP, 26p, disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>
- ✚ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, «*Ma santé 2022, un engagement collectif - Dossier de presse*», 50p, p.36, [visité le 19.09.2018], disponible sur internet : file:///C:/Users/Utilisateur/Desktop/Santé%202022/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf
- ✚ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE, «*Accord national interprofessionnel (ANI) - Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle*», 19 juin 2013, Paris, 18p.
- ✚ PODEUR A., Ministère de la Santé et des Sports. «*Paris, 2009, Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*», Rennes, Presses de l'EHESP, 437p.
- ✚ TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, «*Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*», Ministère du travail de l'emploi et de la santé», CNG, 133p.
- ✚ TRUCHOT D., BESTAGNE I., «*Le burn-out des cadres infirmiers : la première étude nationale*», *Objectif Soins et management*», n°262, pp.18-21.

MEMOIRES / THESES

- ✚ ABAIDI - BEN NASR J., 2015, *Le Bien-être au travail : Construction et validation d'une échelle de mesure* [en ligne], Thèse de doctorat en sciences de gestion : Université de La Rochelle, [visité le 07.07.2018], disponible sur internet : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01661455/document>
- ✚ FRANZI B., 2013, *Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement*, EHESP, 59p.
- ✚ ROMA T., 2011, *Une stratégie managériale en réponse aux attentes des cadres de santé*, EHESP, 56p.

CONGRES

- ✚ CHARLES-PAUVERS B., COMMEIRAS N., "Les déterminants psychologiques de la performance au travail", 56p, [visité le 21.05.2018], disponible sur internet : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/note_436.pdf

- ✚ MAHLAOUI S., LORENT P., 2011, "*La transmission des savoirs issus de la pratique en entreprise - Tutorer des stagiaires futurs cadres de l'intervention et de l'action sociale.*", [visité le 12.06.2018], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00803204>
- ✚ MORIN E.M., 2006, « Donner un sens au travail », *Santé mentale et engagement organisationnel*, 46p, [visité le 28.06.2018], disponible sur internet : <http://docplayer.fr/docview/40/21773181/#file=/storage/40/21773181/21773181.pdf>
- ✚ MORIN E.M., 2010, « Colloque institutionnel de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) "Santé psychologique : des solutions pour mieux intervenir dans les milieux de travail" - Donner un sens au travail », [visité le 15.06.2018], 225p, disponible sur internet : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/Colloque-IRSST-2010.pdf>

SITES INTERNET

- ✚ DELAIN M., Bien-être au travail et intelligence collective : la supervision, [visité le 19.07.2018], disponible sur internet : http://mariettestrub.blogspot.com/2013/01/la-supervision_7897.html
- ✚ BOYER F. Innovation Managériale - Le management par les valeurs, [visité le 12.09.2018], disponible sur internet : <http://www.innovationmanageriale.com/collaboration-intelligence-collective/le-management-par-les-valeurs-mode-demploi/>
- ✚ LEVY F., Implication et engagement, [visité le 14.08.2018], disponible sur internet : <http://www.frederic-levy.fr/le-blog/153-implication-et-engagement-est-ce-la-meme-chose.html>
- ✚ PHANEUF M., L'engagement professionnel, [visité le 14.09.2018], disponible sur internet : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/01/L_engagement-professionnel.pdf

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'enquête - Cadres de santé

Annexe 2 : Grille d'enquête - Cadres supérieurs de santé, Directeurs des soins

Annexe 3 : Procédure d'intégration des nouveaux cadres - (Etablissement A)

Annexe 4 : Projet d'accompagnement des professionnels - (Etablissement B)

Annexe 1 : Grille d'enquête – Cadres de santé

<p>Question de départ : En quoi la stratégie managériale de détection des potentiels « cadre » posée par le Directeur des Soins impacte-t-elle la manière dont les cadres de santé (CS) s'impliquent dans leurs missions professionnelles ?</p>
<p>Déterminants sociaux : âge, région d'origine</p> <p>Quel est votre parcours professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ancienneté dans l'établissement, le service, le poste • Postes occupés, tâches/missions transversales effectuées
<p>Hypothèse 1 : Le recrutement des CS par cooptation les incite à s'impliquer dans leur activité professionnelle pour assoir leur légitimité</p>
<p>Comment est arrivé votre souhait d'être cadre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix personnel, incitation, désignation • Formalisation de cette décision : lettre, entretien, réponse à la demande <p>Avez-vous connu des cadres qui vous ont marqué ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxquels vous vouliez ressembler (ou non) <p>Avez-vous occupé un poste de FF ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de poste, missions claires, accompagnement, tuteur <p>Qu'avez-vous appris de cette expérience de FF ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles activités, compétences, responsabilités, difficultés • Tâches effectuées aujourd'hui <p>Quel est votre temps de travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps investi, charge de travail, vie personnelle <p>Vous êtes-vous senti légitime sur cette mission ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance, autonomie, dépendance, place • Responsabilités, relations avec CS, CSS, DS • Envie d'arrêter
<p>Hypothèse 2 : L'implication au travail choisie par les CS est un facteur d'épanouissement professionnel</p>
<p>A votre prise de poste comme CS diplômé, aviez-vous un projet professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste, en lien avec votre poste actuel • Fiche de poste, projet de service, de pôle <p>Votre passé de FF est-il utile dans votre pratique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de connaissances et compétences, expérimentation sur le terrain • Environnement, règles institutionnelles, communication • Expérience, positionnement <p>Que pensez-vous de votre implication au travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix, participation au choix du service où vous exercez en ce moment • Temps passé au travail / vie privée, organisation de vos activités, contraintes • Interlocuteurs, communication <p>Vous sentez-vous épanoui dans votre activité professionnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sens, valeurs, reconnaissance, charge mentale • Stress, anxiété, arrêt de travail • Autonomie, identification des tâches, feedback, contraintes <p>Qui accompagne, contrôle, évalue votre implication ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • CSS, DS / Référentiels • Rencontres, analyse de la pratique, apports conceptuels et d'outils méthodologiques, formation continue • Limites de votre fonction, organisation mise en place

Annexe 2 : Grille d'enquête – Cadres supérieurs de santé, Directeurs des Soins

<p>Question de départ : En quoi la stratégie managériale de détection des potentiels « cadre » posée par le Directeur des Soins impacte-t-elle la manière dont les cadres de santé s'impliquent dans leurs missions professionnelles ?</p>
<p>Déterminants sociaux : âge, région d'origine</p> <p>Quel est votre parcours professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ancienneté dans l'établissement, le service, le poste • Postes occupés
<p>Hypothèse 1 : Le recrutement des CS par cooptation les incite à s'impliquer dans leur activité professionnelle pour asseoir leur légitimité</p>
<p>Avez-vous une politique de recrutement des cadres dans l'établissement, Si oui, qu'elle est-elle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur ce sujet, comment collaborez-vous avec les CSS / DS <p>Comment les professionnels font-ils connaître leur choix d'être cadre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix personnel, incitation, désignation • Formalisation de cette décision : lettre, entretien • Réponse à la demande <p>Occupent-ils tous un poste de FF ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de poste, missions claires, accompagnement, tuteur <p>Que pensez-vous qu'ils apprennent de cette expérience de FF ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles activités, compétences, responsabilités, difficultés <p>Quel est leur temps de travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps investi, charge de travail, vie personnelle <p>Selon vous, quelle légitimité ont-ils sur ce poste ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance, autonomie, dépendance, place • Responsabilités / cadres diplômés • Relations avec CS, CSS, DS • Envie d'arrêter
<p>Hypothèse 2 : L'implication au travail choisie par les CS est un facteur d'épanouissement professionnel</p>
<p>A la prise de poste d'un CS diplômé, demandez-vous un projet professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste, en lien avec le poste • Fiche de poste, projet de service, de pôle <p>Leur passé de FF est-il utile dans leur pratique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de connaissances et compétences, expérimentation sur le terrain • Environnement, règles institutionnelles, communication • Expérience, positionnement <p>Que pensez-vous de leur implication au travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choix, participation au choix du service où ils exercent • Temps passé au travail / vie privée, organisation de leurs activités, contraintes • Interlocuteurs, communication <p>Pensez-vous qu'ils soient épanouis dans leur activité professionnelle ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sens, valeurs, reconnaissance, charge mentale • Stress, anxiété, arrêt de travail • Autonomie, identification des tâches, feedback, contraintes <p>Qui accompagne, contrôle, évalue leur investissement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • CSS, DS / Référentiels • Rencontres, analyse de la pratique, apports conceptuels et d'outils méthodologiques, formation continue • Travail de rattrapage des incohérences, découragement face aux contradictions • Limites de leur fonction, organisation mise en place

Annexe 3 : Procédure d'intégration des nouveaux cadres - (Etablissement A)

Intégration des faisant fonction de cadre de santé

L'acquisition de la compétence pour un cadre de santé est complexe, car elle ne se situe pas seulement dans la réalisation des activités qui lui sont confiées. En effet, elle se caractérise par « *l'intelligence des problèmes, l'intelligence pratique des situations, le pouvoir de décision, la responsabilité face aux actes de décisions, la faculté à assumer des domaines de responsabilité et la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs* ». Les nouveaux cadres ont à acquérir une nouvelle posture : ils travaillent au sein d'une équipe, mais connaissent un isolement relatif lié à leur place de responsable d'unité qui impose une certaine distance avec l'équipe pour prendre et faire accepter ses décisions.

La prise de fonction cadre est donc un changement de métier pour lequel il faudra maîtriser rapidement de nouvelles compétences, s'adapter rapidement à un poste tout en faisant le deuil de la profession d'origine.

L'accompagnement à la prise de fonction sera réalisé par le cadre de pôle et un tuteur cadre de santé expérimenté, désigné par le cadre de pôle. Les objectifs de cet accompagnement sont :

- faire prendre conscience au nouveau cadre de toutes les dimensions de la fonction et notamment dans la prise de décision
- l'aider à s'intégrer au groupe des cadres de santé,
- l'aider dans l'apprentissage de nouveaux savoir-faire

Le référentiel d'activité du cadre de santé est un outil qui permettra d'accompagner le cadre dans le développement des compétences.

1.1 Recrutement des futurs cadres de santé

La direction des soins lance un appel à candidature sur intranet (bourse à l'emploi) lorsque des postes de cadres sont disponibles. Les candidats retenus sont convoqués pour un entretien de sélection qui permettra d'évaluer que :

- la représentation de la fonction cadre du candidat est en accord avec les besoins de l'établissement
- le candidat adhère aux valeurs professionnelles de l'établissement
- le candidat possède les capacités recherchées pour la fonction :
 - ✓ Capacités d'organisation
 - ✓ Capacités à décider
 - ✓ Capacités d'analyse
 - ✓ Capacités d'adaptation
 - ✓ Capacités pédagogiques

1.2 Période de doublage

Une période de doublage d'au moins 5 jours avec le cadre quittant le service est indispensable pour :

- se repérer dans le service, connaître l'organisation du service (organisation du travail, effectifs), le rangement du matériel
- aborder tous les problèmes pratiques de la fonction : interlocuteurs dans l'établissement, notamment par rapport aux services logistiques et aux services techniques, connaître le réseau d'interlocuteurs du service.

1.3 Savoir-faire institutionnels à maîtriser dès la prise de fonction

Qualité, sécurité et traçabilité des soins

Utiliser le DPI, faire une recherche sur Intranet, contrôler les traçabilités réglementaires et institutionnelles, recueil et suivi des indicateurs qualité, déclarer et faire déclarer les événements indésirables sur le logiciel institutionnel.

Organisation du service

Planifier les admissions, anticiper et coordonner les sorties, savoir utiliser le logiciel de gestion des lits, utiliser ou faire utiliser le logiciel d'évaluation de la charge en soins, connaître et se référer aux chartes, faire appel au pool de suppléance en cas de besoin.

Gestion des Ressources Humaines

Elaborer le planning mensuel, gérer l'absentéisme, conduire un entretien de retour d'absentéisme, consulter le référentiel RH institutionnel, regrouper et transmettre les données concernant les payes à la DRH, accueillir et organiser l'intégration et l'accompagnement des nouveaux professionnels dans le service

Maitre de stage

Accueillir les étudiants et élaborer leur planning, organiser le tutorat, organiser l'évaluation des étudiants en utilisant les supports de formation.

Animation d'équipe et diffusion de l'information

Conduite de réunion, conduite d'entretien, connaître les canaux institutionnels de diffusion de l'information, diffuser les informations institutionnelles, diffuser et expliquer les consignes, procédures et règles de fonctionnement aux membres de l'équipe et vérifier leur compréhension et leur application.

Gestion médico-économique

Superviser et/ou réaliser les commandes de matériel et de pharmacie, suivre les consommations, faire respecter le rangement, s'assurer du bon fonctionnement et de l'entretien du matériel du service

Participation à la vie de l'établissement

Participer aux réunions institutionnelles, participer aux réunions et aux instances du pôle

Spécificités du service

1.4 Savoir-faire à maîtriser dans les 6 mois à 1 an suivant la prise de fonction

Qualité, sécurité et traçabilité des soins

Construire une situation prépondérante, repérer les axes d'amélioration et mettre en place les actions nécessaires en collaboration avec le cadre de pôle

Organisation du service

Réévaluer (ou rédiger) des fiches de tâches, améliorer les organisations existantes en collaboration avec le cadre de pôle

Gestion des Ressources Humaines

Réévaluer (ou rédiger) des fiches de poste, utiliser la trame de rapport circonstancié, planifier les congés annuels, évaluer les agents, utiliser le support institutionnel pour élaborer le plan de formation du service.

Animation d'équipe et diffusion de l'information

Gérer les conflits, fixer des objectifs de travail pour l'équipe

Participation à la vie de l'établissement

Participer aux gardes institutionnelles, connaître les interlocuteurs et personnes ressources du pôle et de l'établissement

1.5 Formations à prévoir dès la prise de fonction

DPI, élaboration des cycles de travail, élaboration de situations prépondérantes, doublage par un cadre confirmé pour la première garde, outils informatiques de bureautique.

1.6 Formations à prévoir dans l'année suivant la prise de fonction

Évaluation professionnelle, gestion des conflits, animation de réunion, conduite d'entretien

1.7 Formations à prévoir pour tous les cadres de santé

Gestion de projet, conduite du changement, rédaction de rapports circonstanciés, conduire une démarche qualité dans son service, méthodologie des EPP

1.8 Accompagnement par un cadre de santé

Objectifs

- aider le nouveau cadre à acquérir les savoir-faire opérationnels spécifiques à l'établissement
- aider le nouveau cadre à se repérer dans l'établissement (localisation des services, identification des interlocuteurs et personnes ressources de l'établissement)

1.9 Accompagnement par le cadre de pôle

Objectifs

- Vérifier que le cadre sait utiliser les outils et supports institutionnels, organiser l'accès aux formations nécessaires à la prise de poste.
- Faire connaître et adhérer aux valeurs professionnelles des cadres de santé de l'établissement : Objectivité, Neutralité, Transparence, Tolérance, Faire confiance, Équité, Disponibilité, Rigueur, Faire preuve de respect vis-à-vis des patients, des équipes et des règles institutionnelles.
- Vérifier que les nouveaux cadres de santé maîtrisent les pré-requis à la fonction : Maîtrise de l'informatique (logiciels bureautique), Capacités : Décider / Argumenter / Négocier / Anticiper / Contrôler / Capacités d'analyse / Capacités relationnelles (être à l'écoute, expliquer, informer)
- Accompagner l'intégration du nouveau cadre dans l'établissement : Informer le cadre sur l'organisation de l'établissement et les liaisons hiérarchiques, Contrôler la gestion des lits dans le service, Contrôler la gestion des plannings
- Accompagner le cadre sur la posture : Participer aux transmissions d'équipe 1 fois par jour et aux staffs selon les services, Être présent au sein de l'équipe, Travailler en collaboration, Expliquer, Accompagner, Communiquer.
- Aider le nouveau cadre à connaître et s'intégrer au réseau de cadres de santé de l'établissement

1.10 Utilisation du référentiel d'activité du cadre de santé

Le cadre de pôle et/ou le tuteur utilisent le référentiel d'activité lors des bilans avec le nouveau cadre de santé. Ce document liste l'ensemble des compétences nécessaires à l'exercice de la fonction dans l'établissement.

Lorsqu'une compétence n'est pas maîtrisée, le référentiel d'activité permet d'identifier, de cibler et de guider le nouveau cadre dans l'acquisition de la compétence.

Annexe 4 : Projet d'accompagnement des professionnels - (Etablissement B)

1. CONTEXTE :

La Direction des Soins du Centre Hospitalier XXX demande à chaque professionnel ayant le projet de devenir cadre de santé une période de mise en situation professionnelle d'au moins 2 ans comprenant la période de préparation au concours IFCS.

Ces mises en situations professionnelles de cadre, préalables à la présentation au concours d'entrée à l'I.F.C.S, peuvent avoir lieu dans tous les secteurs d'activité de l'établissement.

Les professionnels mis en situation sont demandeurs d'un suivi à la fois individuel et collectif.

2. OBJECTIFS :

2.1 OBJECTIF GLOBAL

Accompagner les professionnels concernés, dans leur pratique quotidienne, dans la préparation au concours d'entrée à l'I.F.C.S. et au cours de l'année qui suit le retour de formation.

2.2 OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Développer des compétences à la fonction Cadre de santé et de responsable d'équipe
- Acquérir des outils nécessaires à l'exercice de cette fonction
- Exposer les situations avec précision et clarté
- Apprendre à se positionner par rapport à une équipe, au médecin, à la hiérarchie
- Développer des capacités à se mettre à distance
- Favoriser les échanges au sein du groupe Cadres
- Faciliter la prise de poste au retour de formation

3. PROPOSITION D'ORGANISATION :

En nous appuyant sur les missions du Cadre de Santé définies par la fiche métier de la fonction publique hospitalière et des fiches de poste élaborées dans l'établissement, nous proposons de rencontrer mensuellement les professionnels mis en situation d'encadrement en abordant les sujets suivants :

3.1. ACCOMPAGNEMENT

THEMES	Objectifs
<u>Gestion des ressources humaines</u> : <ul style="list-style-type: none">• Répartition et gestion des moyens dans l'unité• Organisation quotidienne des activités du service	<ul style="list-style-type: none">• Développer ses connaissances en lien avec la législation du travail, le protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail, pour l'élaboration des plannings.• Adapter les moyens humains en fonction de l'activité.• Répartir les tâches selon les horaires.• Gérer l'imprévu.

<p><u>Gestion des risques et de la qualité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi, contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, bilan des activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à l'activité du service : • connaissance des personnes soignées, des soins dispensés et des prestations délivrées, des situations à risques, être présent à des moments clés (visite médicale, transmissions, contact avec les familles..., validation des autoclaves..., mise à jour des armoires pharmacie, gestion des retours médicaments..., supervision des contrôles des automates, vérification des maintenances, remarques services de soins...). • Définir le niveau de qualité attendu. Utiliser les outils qualité existants • Formaliser les objectifs qualité • Définir des indicateurs et les suivre
<p><u>Gestion logistique, informatique et maintenance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie • Magasin • Matériel • Logiciel 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les outils informatiques (pharmacie, magasin, DPI,...). • Assurer la fonction contrôle des commandes, de la gestion des stocks,... • Assurer le suivi de la maintenance préventive et curative. • Connaître les référents existants concernant les vigilances et les procédures d'alertes.
<p><u>Projets :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conception • Mise en œuvre • Aide méthodologique • Plan de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître la démarche de projet et ses étapes. • Élaborer un contrat de projet. • Identifier les outils nécessaires pour élaborer un projet. • Identifier les liens entre les différents projets institutionnels et le plan de formation.
<p><u>Animation d'équipe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Circuit de l'information • Information du patient et de son entourage • Conduite de réunion 	<ul style="list-style-type: none"> • Discerner les différents niveaux de l'information à passer vis à vis des équipes, des Cadres Supérieurs de santé et de la hiérarchie. • Rechercher l'information (projet en lien, accès à la documentation en ligne) • S'assurer et assurer le suivi et la traçabilité de l'information du patient et de son entourage. • Savoir identifier les différents types de réunion et leur fréquence • Savoir organiser une réunion. • Identifier les compétences nécessaires pour l'animation des diverses réunions.
<p><u>Gestion des compétences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil des étudiants et des nouveaux arrivants • Evaluation annuelle des agents 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le protocole de tutorat des étudiants dans l'organisation des services. • Réfléchir et formaliser en équipe l'organisation concernant l'accueil de nouveaux arrivants • Connaître les objectifs de l'évaluation • Identifier les moyens, les outils nécessaires pour réaliser une évaluation objective du travail des agents.

3.2. SUIVI AU RETOUR DE FORMATION CADRE

Chaque thématique permet de préciser les attentes de l'établissement vis à vis des Cadres. Ces temps d'échanges constituent une aide à l'élaboration des projets professionnels demandés au concours d'entrée à l'I.F.C.S.

Chaque réunion est répartie en deux temps :

- Un temps d'expression libre sur les points que certaines personnes ont besoin d'aborder (en lien avec leur pratique, leur préparation de concours) 45 mn.
- Un temps d'échange en lien avec le thème déterminé et connu préalablement (cf. tableau ci-dessus) avec des apports de textes réglementaires, de recommandations de bonne pratique, de méthodologie, de compléments d'informations suivants les besoins et les attentes du groupe - 1h15.

→ Les Cadres Supérieurs de santé préparent et valident ensemble les apports théoriques et méthodologiques dispensés pour chaque thématique.

→ Ces rencontres sont complétées par le suivi individuel réalisé par le cadre supérieur de santé du pôle dont dépend la personne mise en situation professionnelle.

→ Un compte-rendu synthétique sur les points abordés durant ces temps de rencontre est diffusé à tous les participants et à la Direction des Soins.

En plus de ces temps d'échanges, le Directeur des Soins planifie un temps de rencontre avec le groupe de professionnels mis en situation d'encadrement.

4. EVALUATION DU PROJET :

Une évaluation du projet est réalisée lors de la dernière réunion sous forme d'un bilan, à l'aide de la grille en présence de la Directrice des Soins et de tous les cadres supérieurs.

A partir de cette évaluation un approfondissement est proposé au groupe de professionnels en mise en situation d'encadrement et aux cadres nouvellement diplômés.

PERROT

Jean

Décembre 2018

Filière Directeurs des Soins
Promotion 2018 – Marie CURIE

Innover pour impliquer les cadres de santé dans un travail porteur de sens : une stratégie managériale du Directeur des Soins

Résumé :

L'hôpital s'adapte face aux évolutions technologiques, architecturales, économiques, sociologiques, sociales et politiques. Devant ces enjeux, le Directeur des Soins doit garantir l'efficacité de la chaîne d'encadrement des soignants.

Le recrutement des professionnels "cadres" par cooptation est un principe ancré dans les pratiques. Il apparaît alors essentiel de mettre en place des dispositifs de qualité pour que les agents recrutés dans des fonctions de management soient à même de remplir leurs missions.

Une recherche menée dans deux centres hospitaliers généraux souligne la stratégie managériale menée par le DS pour optimiser la détection des potentiels, mettre en place un accompagnement, légitimer les acteurs par la reconnaissance pour qu'ils s'impliquent dans un travail porteur de sens.

Organiser des parcours d'intégration, réhabiliter des espaces de discussion, structurer des dispositifs innovants, comme le télétravail ou la supervision professionnelle, sont autant de moyens pour offrir un épanouissement, révélateur de qualité de vie au travail.

Mots clés :

DIRECTEUR DES SOINS - STRATEGIE - MANAGEMENT HOSPITALIER - RECRUTEMENT - ENCADREMENT - ACCOMPAGNEMENT - MOTIVATION - BIEN ETRE - SENS AU TRAVAIL - RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE - RELATIONS PROFESSIONNELLES - INNOVATION

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.