



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2020 – Caroline Aigle**

Date du Jury : **Décembre 2020**

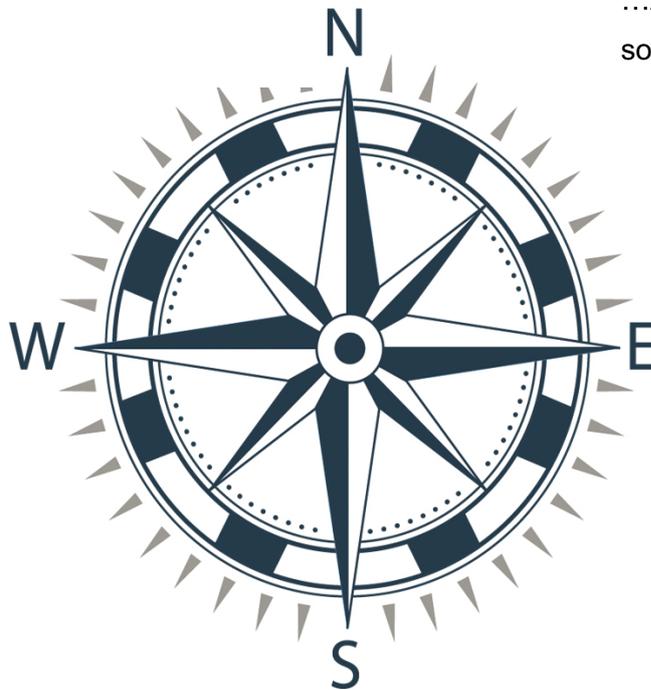
**Créer une identité collective de
l'encadrement soignant : une stratégie
du directeur des soins pour dépasser
le malaise des cadres**

Frédéric GRELLIER

Remerciements

...A Jean-Claude Vallée, pour sa disponibilité,
ses conseils et son professionnalisme...

...A ma famille pour son
soutien indéfectible...



...A mes amis, mes collègues
de promotion pour leurs
échanges productifs...

...Aux différents intervenants pendant cette
année de formation à l'EHESP ainsi qu'à mes
maîtres de stage pour m'avoir permis de prendre
de la hauteur, d'acquérir une posture...

Sommaire

Introduction.....	1
1 Cadre contextuel et conceptuel.....	7
1.1 Évolution socio-historique de la profession des cadres de santé	7
1.2 Le cadre de santé et son environnement.....	8
1.3 L'identité.....	11
1.3.1 Définition	11
1.3.2 L'identité sociale.....	12
1.3.3 L'identité professionnelle.....	13
1.3.4 L'identification et la notion d'appartenance au groupe.....	14
1.3.5 Le groupe et sa dynamique.....	15
1.3.6 La crise des identités	15
1.4 L'identité de « proximité » et la culture organisationnelle	16
1.4.1 Définition	16
1.4.2 La culture d'entreprise ou culture organisationnelle.....	17
1.4.3 La culture organisationnelle : frein ou levier.....	18
1.5 La reconnaissance	19
1.5.1 Définition	19
1.5.2 Les principes de la reconnaissance et leurs conséquences	20
1.5.3 La reconnaissance au travail	21
1.6 Synthèse du cadre contextuel et conceptuel	22
2 L'enquête de terrain.....	24
2.1 La méthodologie de l'enquête	24
2.1.1 Méthode et choix de l'outil.....	24
2.1.2 Le choix du terrain d'enquête.....	25
2.1.3 Les personnes interviewées.....	26
2.1.4 Les opportunités et les limites de l'enquête	27
2.2 Les résultats de l'enquête	28
2.2.1 L'existence d'un malaise de l'encadrement	28
2.2.2 Les sources de reconnaissance et l'identité de proximité.....	31
2.2.3 État des lieux de l'identité collective des cadres sur l'établissement	32
2.2.4 Plus-value et contraintes d'une identité collective des cadres	34
2.2.5 Les leviers identifiés pour favoriser une identité collective	35
2.3 Synthèse de l'enquête de terrain / Discussion	37

3 Préconisations pour le directeur des soins afin de construire une identité collective des cadres	40
3.1 Axe 1 : La politique managériale institutionnelle	40
3.1.1 Le projet managérial.....	40
3.1.2 La politique d'encadrement du DS	41
3.2 Axe 2 : Des règles, des documents à formaliser	42
3.2.1 L'élaboration d'une charte de management	42
3.2.2 Les fiches de poste et l'entretien annuel d'évaluation	43
3.2.3 La communication et l'accès à l'information	43
3.3 Axe 3 : Une collaboration DRH/DS nécessaire	44
3.3.1 Analyse des pratiques managériales.....	44
3.3.2 Des axes de formation spécifiques et collectifs.....	45
3.3.3 Professionnalisation, tutorat et mobilité.....	45
3.4 Axe 4 : Le directeur des soins et le management des cadres.....	46
3.4.1 La place de la CSIRMT	46
3.4.2 Le management transversal	47
3.4.3 Le GHT, une perspective de construction identitaire ?.....	47
Conclusion.....	49
Bibliographie	51
Liste des annexes	I
<i>Grille d'entretien exploratoire pour l'encadrement</i>	<i>II</i>
<i>Grille d'entretien exploratoire pour la direction et le médecin chef de pôle.....</i>	<i>III</i>

Liste des sigles utilisés

CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CH : Centre Hospitalier

CPOM : Contrat Prévisionnel d'Objectifs et de Moyens

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

EHESP : École des Hautes Études de Santé Publique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes

EPSM : Établissement Public en Santé Mentale

GHT : Groupement Hospitalier de territoire

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

PRE : Plan de Retour à l'Équilibre

QVT : Qualité de Vie au Travail

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

Le système de santé français a connu, ces dernières décennies, des réformes qui ont profondément transformé les organisations hospitalières. La certification des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A) sont deux exemples de réformes qui ont impacté le fonctionnement hospitalier.

La mise en œuvre de ces réformes demande de la part des établissements de santé, et donc de ses acteurs, un suivi gestionnaire alliant performance et efficience, qualité et sécurité des soins. Ce contexte a notamment changé le rôle des personnels d'encadrement hospitaliers, leur demandant d'intégrer à une dimension clinique une dimension gestionnaire, de passer de cadre expert clinique à celui de cadre manager, de la référence aux valeurs humanistes de soins qui s'appuient sur la relation engagée auprès du patient au profit de la technicité protocolaire et de la gestion du personnel. Les cadres de santé peuvent donc se trouver dans une situation difficile et certains auteurs affirment même qu'ils sont parfois « *soumis à des objectifs de gestion déconnectés des réalités du terrain, confrontés au malaise d'équipes soignantes malmenées* »¹.

Déjà, en 2009, le rapport De Singly montrait que le « *cadre hospitalier ressent de plus en plus de difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle* »². De plus, le constat du malaise des cadres n'est pas spécifique à l'hôpital. Plusieurs auteurs, dont Luc Boltanski³, l'évoquent dans le monde holistique de l'industrie et de l'entreprise.

Ces constats rejoignent mon expérience personnelle. En effet, j'étais auparavant cadre de santé exerçant au sein d'un établissement public de santé mentale (EPSM) et une enquête auprès de l'encadrement a eu lieu en 2019, dans le cadre d'un travail relatif à un volet du projet social et de qualité de vie au travail. Les 47 cadres de santé et cadres supérieurs de santé ont reçu un questionnaire à renseigner. Les répondants sont au nombre de 26, représentant donc un taux de retour de 55%.

Cette enquête a permis de mettre en exergue plusieurs points :

¹ RENO-NATIVEL C., janvier 2016, « *Les cadres de santé pris entre deux feux* », Santé et Travail, Disponible sur internet [visité le 23/03/20]
<https://www.sante-et-travail.fr/cadres-sante-pris-entre-deux-feux>

² Ministère des Solidarités et de la Santé, disponible sur internet,[visité le 23/03/20]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly>

³ BOLTANSKI L., 1982, « *Les cadres : la formation d'un groupe social* », édition de minuit, Paris, 503 p.

- L'encadrement estime que l'établissement ne porte pas une attention particulière à son exercice professionnel (64%). Dans le même temps, 58% pensent que l'établissement ne donne pas accès à l'information ainsi qu'aux moyens de communication pour se réaliser. Cet item semble montrer que l'encadrement a besoin de reconnaissance et d'une attention particulière relative à son exercice professionnel, à l'interface entre la direction et les équipes.
- 77% de l'encadrement ayant répondu estiment ne pas appartenir à une communauté cadres alors que l'entraide entre pairs est valorisée à hauteur de 81%. Cette solidarité spontanée montre qu'en absence d'un réel collectif cadres, nombre de cadres s'appuient sur un réseau informel constitué sur la base d'affinités.
- La collaboration entre le cadre de santé et le cadre supérieur de santé est efficace pour 70% d'entre eux et celle entre le cadre et le médecin-chef de pôle à hauteur de 81%. Il existerait un sentiment d'appartenance plus important au niveau de la proximité, du pôle ou du service, et donc une identité de pôle ou de service plus importante qu'une identité de cadre à l'échelle institutionnelle.
- Les avis sont très partagés concernant la stimulation au travail (50%), l'opportunité de développer et d'acquérir de nouvelles compétences (46%). La stimulation au travail semble montrer un manque de motivation à s'investir dans des projets et les difficultés exprimées pour gagner en compétences renvoient à un manque d'accès à la formation.

Cette enquête, bien que réalisée sur un plan local, montre que l'encadrement semble se sentir reconnu au sein de leur unité de soins ou des pôles de soins, que ce soit auprès des équipes et des médecins mais moins au niveau institutionnel. Il ressent le besoin d'avoir un lien (information/communication) avec la direction, souhaite pouvoir se former pour gagner en compétences et ne partage pas une identité commune de cadres au niveau institutionnel.

D'ailleurs, la conclusion de cette enquête réalisée au plan local, rejoint les questionnements émis par Chantal de Singly dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers de 2009 : « *Maillon central, pilier du service, clef du changement, référence permanente et solide (...) quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ?* »⁴. Ces questions restent encore en

⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur internet, [visité le 23/03/20] <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly>

suspens aujourd'hui comme peut le témoigner, au niveau local, les résultats de l'enquête réalisée.

Norbert Alter affirme que l'organisation serait un « *lieu d'acculturation qui dépasse les appartenances de catégories socioprofessionnelles* »⁵. En effet, l'expérience répétée de travail dans le même environnement permet aux acteurs de partager une conception identique du travail. Toute organisation développerait donc sa propre culture, un sentiment d'appartenance fort et par conséquent une identité que je propose de qualifier de « proximité » puisque propre au service ou au pôle d'activités.

Or, la structuration des activités médicales est essentielle dans un établissement mais « *elle a des conséquences sur le bon fonctionnement des équipes de soins et les liens que chacune d'entre elles doit tisser avec les autres* »⁶. Il semblerait donc important voire nécessaire pour le directeur des soins de dépasser ces identités de « proximité » pour tendre vers un management de décloisonnement, plus transversal, et ainsi créer une identité d'établissement ou collective.

En 2015, j'ai pris un poste de cadre de santé exerçant des missions transversales sur deux pôles de soins de psychiatrie, poste créé à la suite d'un projet de reconstruction architecturale des unités de soins.

Cet établissement connaît entre 2012 et 2015 un projet de reconstruction des unités de soins d'hospitalisation pour adultes. Les services de soins pour adultes étaient jusqu'alors structurés en quatre pôles et dataient des années 60. Elles ne correspondent plus à la réglementation en vigueur en termes de sécurité et de qualité des soins.

La mise aux normes oblige à penser un projet de reconstruction / restructuration des quatre pôles pour adultes. Celui-ci voit donc le jour en 2012. Les quatre unités dites de resocialisation des quatre pôles se transforment en une unité intersectorielle de 28 lits. Un cadre de santé gère cette unité. L'équipe soignante se compose de professionnels émanant des unités de resocialisation originelles.

Les quatre unités d'admissions sont reconstruites et groupées en binômes.

Depuis cette prise de poste, des questions émergent. J'éprouvais des difficultés à uniformiser certains outils et manager des équipes qui se révélaient par leurs différences. En tant que référent de dossiers à gérer en transversal, j'ai pu vite

⁵ Sous la Direction de Norbert ALTER, 2006, « *Sociologie du monde du travail* », édition PUF, Paris, p. 102

⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé, Disponible sur internet, [Visité le 26/03/20]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-d-edouard-couty-le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital>

m'apercevoir qu'entre 2 pôles de soins dont les missions sont identiques, les fonctionnements et organisations au sein même du Pôle sont différents. Je me suis donc confronté à une première difficulté en tentant d'uniformiser mes outils et tableaux de bords pour la conduite de mes dossiers. Ensuite, j'ai pu constater le poids des habitudes de service qui peuvent elles aussi être un frein à une organisation transversale. Par exemple, les équipes de nuit des 2 pôles avaient des temps de réunion différenciés : plutôt l'après-midi pour l'un et en soirée pour l'autre. La mutualisation de ces 2 équipes était relativement opérante concernant la gestion de l'absentéisme mais la planification d'une réunion l'après-midi entraînait la venue uniquement de la partie de l'équipe habituée à cet horaire. De plus, les soignants de l'espace d'activités mutualisées sont venus me rencontrer de façon régulière, en tout cas au début, afin que je puisse me positionner sur des fonctionnements différents entre les Pôles qui interrogeaient leurs pratiques. Collaborant avec les 2 équipes d'encadrement des pôles, je me suis également aperçu de pratiques managériales différentes, de degré d'autonomie laissées aux équipes soignantes inégales. Chaque service développerait donc une forme de culture du travail qui lui est propre pouvant générer chez les cadres soignants des pratiques managériales différentes.

La question du malaise des cadres résonne également sur l'attractivité du métier. Ces dernières années, toujours au sein de cet établissement, nous dénombrons une paupérisation de soignants intéressés par la fonction : en 2019, 3 postes de cadres de santé restent vacants et ce malgré 2 infirmiers positionnés en faisant fonction de cadre de santé. Une enquête menée par la Fédération Hospitalière de France en 2019⁷ auprès de plus de 350 établissements de santé et EHPAD montre que 97% d'entre eux rencontrent des difficultés de recrutement (dont un tiers de façon ponctuelle seulement). Bien que les plus grandes difficultés de recrutement concernent les infirmiers et les aides-soignants, presque 100 établissements sur 350 évoquent cette même problématique concernant les cadres de santé.

Ce questionnement autour du malaise des cadres est actualisé par la perspective d'une prise de poste de directeur des soins. En effet, le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, dans ses articles 4 et 6 dispose que « *le directeur des soins, coordonnateur général des soins, [...] dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité*

⁷ Fédération Hospitalière de France, 14 octobre 2019, « *Enquête de la FHF sur l'attractivité paramédicale 2019* », Disponible sur Internet, [Visité le 22/06/20] <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-de-personnel-non-médical/Attractivite-paramedicale-enquete-de-la-Federation-Hospitaliere-de-France>

hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé » (Art. 4), et qu'il est « *assisté dans ses missions par des directeurs des soins* ». (Art. 6). L'exercice de cette autorité hiérarchique oblige le directeur des soins : il doit co-définir avec l'ensemble de l'équipe de direction et le corps médical, les orientations stratégiques et la politique managériale de l'hôpital. A ces fins, il oriente, affiche et garantit les finalités, les moyens, les limites et les conditions du travail des cadres. Le directeur des soins doit veiller à faire gagner en compétences les équipes d'encadrement, à construire des liens et à générer de la cohérence entre les acteurs au bénéfice de l'efficacité de l'établissement. Pour ce faire, il doit « faire sortir les cadres des pôles d'activités » et leur permettre une lecture institutionnelle afin de mener la politique de l'établissement et les projets transversaux de management de plus en plus fréquents partagés entre la direction des ressources humaines et la coordination générale des soins.

De plus, la qualité de vie au travail et donc le prendre soin des professionnels de santé prend une place de plus en plus importante. Le directeur des soins doit pouvoir « accompagner les cadres dans leurs activités de management »⁸. La construction d'une identité professionnelle ou collective des cadres pourrait être un élément stratégique à mettre en œuvre afin, non pas d'éliminer leur identité « de proximité » ou de pôle, mais de dépasser cette identité. Cette dernière permettrait de fédérer les cadres vers un collectif professionnel nécessaire, par exemple, à la conduite de projets institutionnels.

C'est pourquoi j'ai choisi de poser la question centrale de mon mémoire professionnel de la façon suivante :

En quoi la politique managériale du directeur des soins peut-elle favoriser l'émergence d'une identité collective des cadres soignants afin de dépasser le malaise des cadres ?

Afin d'explorer cette question, je souhaite aborder plus précisément :

- En quoi le directeur des soins peut-il influencer sur la reconnaissance des cadres ?
- En quoi le pôle de soins ou le service permet-il le développement d'une identité de proximité du cadre soignant et ainsi d'être reconnu ?
- En quoi l'identité de proximité influe-t-elle sur la possibilité d'acquérir une identité collective ?

⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, Disponible sur internet, [Visité le 01/04/20]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-stratégie-nationale-d-amélioration-de-la-qualité-de>

- En quoi l'émergence d'une identité collective des cadres peut-elle être une plus-value ?

Dans une première partie, je propose d'apporter un éclairage à la fois contextuel concernant l'évolution du travail du cadre de santé et conceptuel autour des termes d'identité, de culture et de reconnaissance.

La deuxième partie est constituée de l'analyse d'une enquête réalisée sur un CH qui montre l'existence du malaise des cadres et une problématique identitaire avant de mettre en évidence des leviers susceptibles de générer une identité collective chez l'encadrement soignant.

Enfin, dans une dernière partie je propose des pistes d'actions à mettre en œuvre par le directeur des soins afin de faciliter la création d'une identité collective des cadres au travers de 4 axes :

- La mise en place d'une politique managériale institutionnelle
- La formalisation de règles de fonctionnement
- Une étroite collaboration avec la direction des ressources humaines
- Le DS et le management des cadres

1 Cadre contextuel et conceptuel

1.1 Évolution socio-historique de la profession des cadres de santé

Depuis le Moyen-âge, le quotidien de l'hôpital est rythmé par la vie monastique avec des règles religieuses qui en régissent l'organisation et son fonctionnement. Dans cet esprit religieux, des hommes et des femmes s'occupent des plus pauvres, des laissés pour compte. C'est au travers de leurs activités que se crée la fonction de personnel soignant. Entre le XIX et le XXIème siècle, la notion d'encadrement dans le domaine de la santé est passée de la surveillante religieuse au cadre de santé manager. Cette évolution s'est produite simultanément avec celle de la profession d'infirmière et de l'histoire de l'organisation du travail à l'hôpital.

C'est au cours du XXème siècle que se professionnalisent les personnels hospitaliers. En effet, à cette période, l'approche de la maladie exige l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées. Le corps médical doit pouvoir déléguer certains soins à un personnel subalterne et « *détaché du joug religieux* »⁹. C'est la naissance de l'auxiliaire médicale et les premières écoles d'infirmières ouvrent leurs portes. De longs débats ont lieu avec d'un côté la volonté de recruter des surveillantes parmi un personnel soignant laïc formé dans les premières écoles d'infirmières et de l'autre, la nécessité de laisser les congrégations en place puisqu'il semble à cette époque que la fonction d'encadrement soit incompatible avec une fonction soignante.

Les deux « grandes guerres » de ce siècle bloquent toute évolution. Cependant, la loi du 16 décembre 1941, suivie d'un règlement d'administration publique du 17 avril 1943 permettent désormais aux hospices de se doter d'une organisation administrative à la mesure d'un établissement public et d'un corps des médecins, et créent la notion de service et la chefferie médicale de service. Les « surveillantes » acquièrent une existence officielle par voie de décret, mais sans formation.

A partir des années 50, on observe une attraction entre les progrès de la médecine, la croissance économique et l'évolution de la protection sociale qui conduisent à une transformation de l'hôpital. Il devient alors un lieu de technicité où de nouveaux professionnels de santé apparaissent (diététiciennes, manipulateurs en radiologie...) et l'appropriation par les infirmières de nouvelles compétences. Le rôle de la surveillante est de veiller à la bonne application des tâches et au maintien de la règle tout en étant soucieuse du bon fonctionnement du service. En 1958, la réforme hospitalo-universitaire unit les centres hospitaliers régionaux et les facultés de médecine, et crée différentes

⁹ VIARD P., décembre 2012, « *De la cornette au stéthoscope* », conférence entreprise et sacré : regards transdisciplinaires,, Disponible sur Internet, [Visité le 2/05/20] <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01140022/document>

instances de gouvernance des hôpitaux : le conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, le conseil supérieur des hôpitaux et une commission administrative. Cette même année, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur (CAFIM) et le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant (CAFIS)¹⁰ marquant la fin d'une formation de 8 mois.

A partir de 1975, le terme de cadre infirmier apparaît d'un point de vue législatif et institutionnel dans les établissements hospitaliers. En effet, le décret du 9 octobre 1975 instaure le certificat de cadre infirmier bien que le diplôme ne soit pas obligatoire pour remplir la fonction. Cet infirmier cadre voit son rôle se préciser : il est responsable de la gestion d'une unité de soins et participe, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et médicale, à la définition de ses objectifs et de ses projets. Il semble important de rappeler que c'est le décret du 11 avril 1975¹¹ qui instaure les grades d'infirmier général, et par là même, place les encadrants sous l'autorité du directeur d'hôpital et non plus sous celle du médecin-chef.

Dans les années 80, le système hospitalier vit un basculement politique et économique marqué par l'instauration d'une logique gestionnaire liée à la nécessité de restriction budgétaire. En effet, l'arrêt de la croissance et des crises répétées du système de protection sociale amènent l'État à mettre en place une régulation des ressources pour les hôpitaux. En 1984, le système de dotation globale est instauré avec une détermination du budget des établissements à priori. Les directeurs d'hôpitaux, soumis par cette délégation des responsabilités économiques, sont alors contraints d'acquérir une meilleure qualification gestionnaire. Dans le même temps, l'encadrement infirmier tourne son regard vers le monde entrepreneurial, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion.

1.2 Le cadre de santé et son environnement

Cette orientation gestionnaire se renforce dans les années 90. Le diplôme de cadre de santé est créé en 1995¹² et marque ce changement puisque la formation est désormais ouverte au management des ressources humaines, à des apports en économie de la santé et à la notion de qualité.

¹⁰ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, Légifrance, Disponible sur Internet, [Visité le 4/05/20] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000304228/>

¹¹ Décret n°75-245 du 11 avril 1975, Légifrance, Disponible sur Internet, [Visité le 4/05/20], <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000337846/1975-04-15/>

¹² Décret n°95-926 du 18 août 1995, Légifrance, Disponible sur Internet, [Visité le 5/07/20], <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000554484/>

D'ailleurs, à partir des années 2000, la majorité des instituts de formation des cadres de santé (IFCS) nouent des partenariats avec des universités (accords de Bologne le 19 juin 1999) pour proposer, parallèlement au diplôme de cadre, une licence ou un master 1 souvent délivré par un département de gestion et de management.

Cette évolution de la formation accompagne les grandes directives qui ont impacté la place de l'encadrement soignant dans les établissements de santé. En effet, les ordonnances du 24 avril 1996 et du 4 septembre 2003 ont notamment mis en place une décentralisation administrative, le principe de contractualisation et des principes de marché. Les établissements de santé s'organisent pour adopter une gestion par objectifs qui se base sur des notions d'efficience, de performance et de qualité. Elles impliquent la mise en place de procédures et démarches formalisées nécessitant des méthodes de travail transversales, dans un but d'uniformisation.

La création des pôles d'activités avec le plan Hôpital 2007¹³ crée une nouvelle strate organisationnelle. La politique institutionnelle est alors déclinée par une contractualisation interne (contrat de pôle) qui prolonge la contractualisation externe (CPOM). Il doit donc y avoir une harmonisation des pratiques et des objectifs au niveau interne pour répondre aux objectifs généraux fixés par l'établissement.

L'encadrement devient de fait un maillon essentiel : « *L'équipe de direction d'un hôpital ne saurait, en effet, conduire de nouveaux projets sans le relais actif de ses cadres* »¹⁴. Ces missions nouvelles ont généré une évolution et une redéfinition du rôle des cadres soignants.

Bien que les instituts de formation fassent en sorte que le contenu de leurs apprentissages soit en corrélation avec l'évolution de l'organisation du système de santé, il n'y a pas eu, à ce jour, de réingénierie de la formation mise en œuvre, et ce, malgré les préconisations faites par Me De Singly en 2009.

De plus, les cadres soignants peuvent avoir, selon le type d'établissement au sein duquel ils exercent, voire selon les services ou même les équipes qu'ils ont à encadrer, des attributions et des responsabilités variables.

Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique définit les missions des cadres de santé de la façon suivante :

- « *Organiser l'activité de soins et des prestations associées*

¹³ Ministère des Solidarités et de la Santé, disponible sur Internet, [Visité le 5/07/20], https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

¹⁴ DIVAY S. et GADEA C., avril 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », Revue française d'administration Publique, n°108, Disponible sur Internet, , [Visité le 7/05/20], <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-677.htm>

- *Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations*
- *Développer la culture du signalement et gérer les risques*
- *Développer les compétences individuelles et collectives*
- *Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.* »¹⁵.

Ces missions fixent le cadre réglementaire du travail des cadres mais « *ces derniers seront d'autant plus efficaces qu'ils constitueront un groupe homogène doté de connaissances communes et de représentations partagées* »¹⁶.

Jules Roger Feudio définit l'homogénéité comme étant « *un indice composite qui mesure la similarité interpersonnelle, le degré de cohésion sociale ou des relations au sein d'un même groupe* »¹⁷. D'après cet auteur, un groupe homogène serait donc composé de membres issus du même système de formation. C'est le cas pour les cadres soignants via la formation dispensée dans les IFCS, même si avant d'intégrer cette formation, ils n'appartenaient pas nécessairement au même corps, et, partageant la même culture, les mêmes idéologies. Or, la culture est source d'identité. En effet, la culture est « *une sorte de ciment entre les acteurs et contribue à définir l'identité du groupe* »¹⁸.

Il s'agirait donc pour le directeur des soins, d'accompagner les cadres soignants à partager une culture commune de management afin de créer une identité commune ou collective. Il y a un point d'ancrage stratégique à poser pour le directeur des soins. En effet, il doit pouvoir s'appuyer sur les équipes managériales lors de la mise en œuvre de projets institutionnels, de leur suivi et de leur évaluation. Et donc s'assurer que l'ensemble du groupe de cadres développe des compétences, un socle de connaissances partagées pour une meilleure performance des acteurs.

J'ai utilisé dans mon introduction, des termes qui, à mon sens, méritent un éclairage théorique. Les notions d'identité « de proximité » et collective, de culture et de reconnaissance doivent pouvoir être définies d'un point de vue conceptuel afin de venir éclairer ma problématique. J'ai choisi, pour cette partie théorique, de cibler principalement

¹⁵ Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, Disponible sur Internet, [Visité le 21/05/20], <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>

¹⁶ DIVAY S. et GADEA C., avril 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *op. cit.*

¹⁷ FEUDIO J. R., mars 2006, « Homogénéité, hétérogénéité de l'équipe dirigeante », *Revue des Sciences de Gestion*, n°219, Disponible sur Internet, [Visité le 8/05/20], <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2006-3-page-115.htm#pa3>

¹⁸ THEVENET M., 2015, « La culture d'entreprise », éditions PUF, 7^{ème} édition, p.86

les champs sociologiques, psychosociologiques et philosophiques. En effet, ces concepts possèdent un champ large que je pense nécessaire de recentrer.

1.3 L'identité

1.3.1 Définition

Dans le dictionnaire Larousse, la notion d'identité comprend plusieurs sens dont notamment : « *caractère fondamental et permanent de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* »¹⁹

Cependant, en sociologie ou en psychosociologie, la définition de ce concept est plus complexe.

L'identité intéresse les sociologues depuis les années 50. Il s'agit d'un concept qui a donné lieu à de nombreuses recherches et ouvrages. En effet, cette notion « *s'applique aussi bien aux individus qu'aux sociétés ou aux cultures, aux groupes ou aux régions, aux ethnies ou aux religions* »²⁰. Claude Dubar définit l'identité comme étant : « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* »²¹

L'auteur suggère donc de concevoir le phénomène identitaire comme étant un résultat de la socialisation des individus. L'identité peut se définir « *comme étant le résultat d'une identification contingente. Elle est le résultat d'une double opération langagière : différenciation et généralisation* »²².

La différenciation est celle qui vise à définir ce qui nous différencie, nous singularise, qui permet aux autres de m'identifier. La généralisation cherche à définir le point commun à une classe d'éléments tous différents d'un même autre. L'identité est alors l'appartenance commune, ce qui permet aux autres de nous identifier.

Le psychanalyste E. Erikson définit le sentiment d'identité comme étant un « *sentiment subjectif et tonique d'une continuité temporelle* »²³. L'identité n'est donc pas immuable mais

¹⁹ Dictionnaire Larousse, Disponible sur Internet, [Visité le 17/08/20], <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identité/41420>

²⁰ DUBAR C., 1992, « Formes identitaires et socialisation professionnelle », Revue française de sociologie, n°33-4, p.505

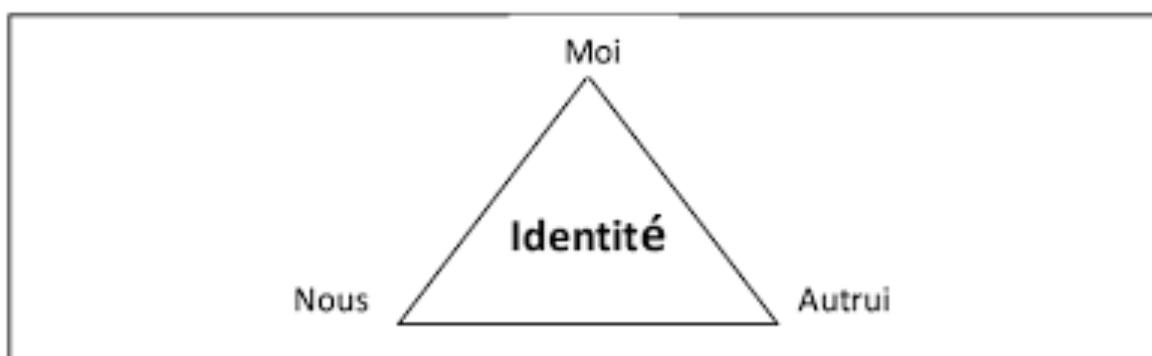
²¹ DUBAR C., 2015, « La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles », édition Armand Colin, Paris, 5^{ème} édition, p.105

²² DUBAR C., 2000, « La crise des identités, l'interprétation d'une mutation », éditions PUF, Paris, p.3

²³ SAINSAULIEU R., 1996, « L'identité au travail », Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 3^{ème} édition, p.312

évolue dans le temps et dans l'espace. Elle est issue d'un processus de construction susceptible d'évoluer dans le temps, selon les rencontres sociales, et, tout au long de la vie.

C. Dubar, sociologue, propose 3 dimensionnements à la construction identitaire ; le moi, le nous et les autres. L'identité pour « soi » représente l'image que l'on se construit soi-même. Le « nous » renvoie à l'identité, l'image, que nous souhaitons montrer aux autres. Les « autres » car l'identité se façonne également au travers du regard des autres.



Toujours d'après ce sociologue, l'identité d'un Homme constitue sa plus grande richesse. En effet, la perte d'identité renvoie à la notion de néant : « *la perte d'identité est synonyme d'aliénation, de souffrance, d'angoisse et de mort* »²⁴.

L'identité constitue donc ce qui fait d'un être ou d'une chose son unicité et ce qu'il peut partager. Il n'y a donc pas d'identité sans altérité. C. Dubar discerne 2 types d'identités : l'identité sociale et l'identité professionnelle, appelée également identité de métier, qui est une déclinaison de l'identité collective.

1.3.2 L'identité sociale

C. Dubar ne fait pas de distinction entre l'identité individuelle et l'identité collective pour faire de l'identité sociale « *une articulation entre deux transactions : une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre l'individu et les institutions avec lesquelles il entre en interaction* »²⁵. L'identité individuelle peut être caractérisée par l'ensemble des rôles et des valeurs qu'un individu s'attribue.

L'identité collective est, quant à elle, définie par la manière dont les individus se définissent et sont ainsi reconnus par autrui, sur la base d'appartenances sociales comme la profession, le genre, la religion, la famille... Elle se construit donc par l'acceptation partagée d'un ensemble de traits caractéristiques associé fortement au groupe. Ce cheminement

²⁴ DUBAR C., 2015, « La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles », op. cit., p.15

²⁵ Ibid, p.103

permet l'unification du groupe qui reçoit alors des propriétés telles que la cohésion, tendant à renforcer son homogénéité. Cette dernière favorise l'identification et le sentiment d'appartenance de l'individu au groupe.

1.3.3 L'identité professionnelle

Les identités professionnelles sont « *des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns aux autres, dans le champ du travail et de l'emploi* »²⁶.

L'identité professionnelle renvoie à 3 éléments :

- « *Le monde du travail : la situation objective de travail et la signification que lui accorde l'individu*
- *Les relations de travail : la perception subjective des relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes informels*
- *Les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir* »²⁷.

L'identité professionnelle caractérise également le mode d'identification de différents groupes de travailleurs aux pairs, aux supérieurs et aux groupes. En effet, « *la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image* »²⁸.

D'après A.M. Fray et S. Picouveau, 3 générateurs d'identité professionnelle peuvent apparaître :

- L'identité par le métier : c'est alors la mise en pratique de ses savoirs, ses gestes, son style personnel, de ses stratégies et de ses compétences qui composent son identité professionnelle. L'individu est unique et s'approprie les normes de son métier, renvoyant à la force du « moi » dans la construction identitaire.
- L'identité par appartenance à un groupe : les groupes peuvent être composés de pairs, mais aussi d'individus liés par une cause ou une activité commune. En effet, les normes de travail, les façons de faire, les croyances auxquelles se rattachent certains groupes favorisent la construction identitaire. Le travail constitue un espace socialisant et identitaire.
- L'identité par l'appartenance à une entreprise : j'aborderais cette notion dans la partie suivante en évoquant la culture organisationnelle mais il y a une forte similitude avec l'identité par appartenance à un groupe.

²⁶ DUBAR C., 2000, « La crise des identités, l'interprétation d'une mutation », op. cit., p.95

²⁷ FRAY A.M. et PICOULEAU S., 2010, «Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité du travail », Management et Avenir, n°38, disponible sur Internet, [Visité le 4/09/20], <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>

²⁸ Ibid

1.3.4 L'identification et la notion d'appartenance au groupe

L'identification est le « processus par lequel le sujet constitue son identité, sa personnalité depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte »²⁹. « Il est possible de parler d'identification d'un individu à un groupe à partir du moment où il se considère comme membre d'un collectif, et lorsque l'identité du groupe social est saillante »³⁰. Par conséquent, pour que l'identification d'un individu à un groupe soit forte, il faut que cet individu ait de nombreux contacts avec ce groupe, lui permettant d'évaluer l'attractivité de l'identité collective. En effet, d'après P. M. Symonds³¹, l'identification est le « sentiment ou action de quelqu'un sur une autre personne » et trois conditions peuvent affecter ce processus. On retrouve tout d'abord la dimension affective : on s'identifie plus facilement à quelqu'un que celui-ci nous paraît sympathique. La dimension de similitude constitue la seconde condition. En effet, plus l'individu constate d'éléments communs avec lui-même au travers de l'autre, plus l'identification est facilitée. Enfin, la dernière condition est celle de la puissance. Plus l'individu ou le groupe a du prestige, une aura, plus l'identification est renforcée. D'après Guy Rocher³², appartenir à un groupe, c'est partager assez d'idées ou de traits communs avec les autres membres pour se reconnaître dans le « nous ».

Le sentiment d'appartenance à des groupes sociaux définit la dimension sociale de notre identité.

*« Une des formes constitutives de la vie sociale concerne l'appartenance des individus à des groupes. Les groupes fonctionnent comme des creusets de la société où s'élaborent et se fondent les valeurs. Ils agissent puissamment sur les attitudes et les comportements des individus qui les composent »*³³.

Les groupes d'appartenance peuvent être variables d'un point de vue culturel et historique : clans, classes sociales...Le sentiment d'appartenance est généralement pluridimensionnel puisqu'il peut émaner de groupes sociaux, religieux, ethniques ou encore professionnel. Le sentiment d'appartenance constitue l'un des aspects collectifs de l'identité et donc du sentiment de Soi. Chez l'adulte, il est avant tout ce qui définit l'image qu'il projette dans la société, c'est-à-dire son statut.

²⁹ Dictionnaire Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identification/41412>

³⁰ CHEDOTEL F., 2004, « Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération », Management, volume 7, disponible sur Internet, , [Visité le « 3/09/20 », <https://www.cairn.info/revue-management-2004-3-page-161.htm>

³¹ SAINSAULIEU R., 1996, « L'identité au travail », op. cit., p. 306

³² ROCHER G., 1968, « Introduction à la sociologie générale », Tome 1, Seuil

³³ ALEXANDRE-BAILLY F.et al., 2016, « Comportements humains et management », Edition Pearson, 5^{ème} édition, Paris, p.22

1.3.5 Le groupe et sa dynamique

Jean-Pierre Gruère définit le groupe comme « *une unité sociale composée d'un certain nombre d'individus en relation dans leurs rôles et leurs statuts. Ces individus partagent un ensemble de valeurs et de normes inspiratrices de leur comportement pour tout ce qui touche à la vie du groupe* »³⁴. Cette définition implique, selon l'auteur, plusieurs conditions :

- Tout d'abord, le groupe poursuit des objectifs communs qui vont favoriser les échanges interpersonnels. Cette étape va permettre à chacun de se sentir membre du groupe et entraînera cohésion, implication et sentiment d'appartenance.
- Ensuite, le groupe a besoin d'une structuration, d'une organisation avec des rôles et statuts clairement définis.
- Les membres se soumettent à des normes permettant le partage des valeurs et des modèles d'interaction.
- Enfin, l'appartenance à un groupe induit des attitudes et des comportements spécifiques qui permettront d'être performant et d'accomplir une tâche pour atteindre les objectifs.

Cette définition peut être complétée par les propos de Élisabeth Deswarte³⁵, psychologue, qui rajoute que l'on peut parler de groupe si quatre critères sont réunis :

- La présence de relations interpersonnelles
- La poursuite d'un but commun
- L'influence réciproque : il y a interdépendance entre les membres du groupe
- La mise en place d'une organisation avec instauration de rôles, statuts et normes

Un groupe existe quand plusieurs individus travaillent mieux ensemble plutôt que séparément pour aboutir à leurs fins. « Se grouper » exprime l'intention de renforcement mutuel et les individus peuvent y trouver leur compte. La force collective reste toutefois ambiguë en ce sens qu'elle rassure mais qu'elle peut menacer également. Le groupe protège mais il peut aussi contraindre : « *on est plus efficace ensemble qu'isolément (...). Mais sur un autre plan, le groupe est une aliénation pour la personnalité individuelle : il est dangereux pour la dignité, la liberté, l'autonomie de celle-ci.* »³⁶.

1.3.6 La crise des identités

La notion de crise des identités apparaît en France dans les années 60-70. A cette époque, le monde du travail change. Les identités professionnelles sont alors confrontées à une

³⁴ AUBERT N. et al., 2010, « Management, aspects humains et organisationnels », Presses Universitaires de France, Paris, p 248

³⁵ E. Deswarte, psychologue, auteur d'articles pour psychologie sociale.com

³⁶ ANZIEU D. et MARTIN J-Y, 2013, « La dynamique des groupes restreints », Presses Universitaires de France, p. 20

individualisation du travail qui accompagne cette évolution, provoquant des fractures identitaires.

Des enquêtes réalisées dans les années 90 révèlent que beaucoup de salariés considèrent que « *les règles du jeu ont changé* »³⁷ et qu'ils en sont les victimes, faisant notamment référence à la fin des promotions à l'ancienneté.

La place des usagers des activités de travail a également changé notamment avec une évolution de leurs droits mais aussi avec des comportements de mépris voire d'agressivité. « *Non respectés par leurs « clients », non valorisés par leurs chefs, ils souffrent d'une identité en mal de reconnaissance* »³⁸.

Après avoir mieux défini le concept d'identité et plus particulièrement celui de l'identité collective, il me semble pertinent de voir l'impact d'une culture de service ou de pôle sur celle-ci. J'ai en effet utilisé le terme d'identité de proximité, qui n'existe pas à mon sens dans la littérature sociologique.

Renaud Sainsaulieu³⁹ évoque notamment qu'une organisation de travail peut favoriser l'émergence de cultures dépassant le cadre socio-professionnel d'appartenance. Or, le partage d'une culture peut favoriser l'émergence d'une identité collective. C'est pourquoi j'ai choisi d'approfondir le concept de culture organisationnelle.

1.4 L'identité de « proximité » et la culture organisationnelle

1.4.1 Définition

Pour Ralph LINTON, une culture est : « *la configuration des comportements appris et de leurs résultats dont les éléments composants sont partagés et transmis par les membres d'une société donnée* »⁴⁰. Cette définition peut être complétée par Edward Burnett TYLOR⁴¹ comme étant : « *tout complexe qui inclut la connaissance, la croyance, l'art, la morale, le droit, la coutume, et toutes les autres capacités et habitudes acquises par l'homme comme membre de la société* »⁴².

³⁷ DUBAR C., « La crise des identités », op. cit., p.117

³⁸ Ibid, p117

³⁹ SAINSAULIEU R., « L'identité au travail », op. cit.

⁴⁰ LINTON R., « *Le fondement culturel de la personnalité* », Bordas, Paris, 1977, p 32

⁴¹ Anthropologue britannique (1832 – 1917)

⁴² Cité dans LABORDE D., « Éditorial », *Socio-anthropologie* [En ligne], 8 | 2000, mis en ligne le 15 janvier 2003, consulté le 13 mai 2020, <http://socio-anthropologie.revues.org/116>

Une unité de soins constitue une organisation à part entière. Son fonctionnement s'appuie sur une culture qui lui est propre et qui permet une identification de ses membres. Elle fonctionne donc comme une micro entreprise au sein de l'établissement : elle a ses objectifs, ses moyens humains et logistiques, une hiérarchie avec notamment le cadre de santé et le trio de pôle (médecin, cadre de pôle, personnel administratif souvent directeur adjoint).

Bien que les soignants de l'établissement aient quasiment tous un système de valeurs lié au soin (bienveillance, empathie, respect...) et peuvent ainsi s'identifier comme appartenant à l'hôpital, les pratiques sont différentes d'une unité à l'autre (spécificités des actes liés aux soins). Chaque unité développe donc sa propre culture qui peut se définir comme étant une culture d'entreprise appelée aussi par les sociologues « culture organisationnelle ».

1.4.2 La culture d'entreprise ou culture organisationnelle

Pour Maurice THEVENET, la culture d'entreprise est « un *ensemble de références partagées dans l'organisation, construites tout au long de son histoire en réponse aux problèmes rencontrés dans l'entreprise* »⁴³.

La culture d'entreprise correspond donc à « *un cadre de pensées, à un système de valeurs et des règles partagées par l'ensemble des acteurs de l'entreprise* »⁴⁴. Elle représente un univers où les professionnels de l'entreprise peuvent communiquer, repérer ce qui les unit et ce qui les distingue des autres groupes de professionnels.

La culture d'entreprise représente donc un « dedans » par rapport à un dehors en créant cet univers qui favorise la fédération de professionnels au sein d'une même structure et de les distinguer des autres salariés de l'entreprise.

Elliot Jaques⁴⁵ définit la culture d'entreprise comme « *le mode de pensée et d'action habituel et traditionnel, plus ou moins partagé par tous les membres, qui doit être appris par chaque nouvel arrivant pour être accepté dans l'entreprise* »⁴⁶. Ceci montre bien que la culture d'entreprise doit-être comprise, assimilée (on parle alors d'acculturation) pour permettre à un individu venant de l'extérieur de pouvoir s'intégrer et s'adapter.

⁴³ THEVENET M., 2015, « *La culture d'entreprise* », op. cit., p44

⁴⁴ BOURNOIS F. et S ROUSSILLON S., 1998, « *Préparer les dirigeants de demain* », Editions d'Organisation

⁴⁵ Elliott JAQUES est un psychologue canadien qui a introduit sous le nom de socioanalyse la psychanalyse dans l'étude des entreprises.

⁴⁶ MOUSLI M., « *La culture d'entreprise : essentielle mais délicate à manier* », Alternatives économiques, hors-série 79, 1er trimestre 2009

Olivier MEIER⁴⁷ propose une grille d'analyse culturelle pour décoder la culture organisationnelle fondée sur plusieurs critères :

- L'histoire :
- Les valeurs dominantes : les « crédos », les philosophies de soins, les « façons de faire »
- Le style de management (champ de l'autonomie) et de direction
- Les symboles, signes, noms, organisation des bureaux (aménagement interne)
- Les comportements et attitudes dans lesquelles on trouve les rites, cérémonies, tenue vestimentaire et attachement du personnel

Cette grille d'analyse peut être complétée par celle tirée de l'ouvrage « Comportements humains & management »⁴⁸ démontrant que la culture organisationnelle peut être rattachée à quatre domaines principaux :

- *« La raison d'être de l'organisation et son utilité, son histoire, ses options stratégiques »*
- *« Le type de relation considérée comme normale, la légitimité des sources d'autorité, le partage des décisions, des responsabilités »*
- *« La valeur travail : comment il est divisé, organisé et conduit, l'éthique professionnelle »*
- *« La vie du groupe social, sa communication interne »*

1.4.3 La culture organisationnelle : frein ou levier

La culture d'entreprise est un « *facteur d'identification et de différenciation par rapport à l'environnement* »⁴⁹. En effet, d'après Guy ROCHER⁵⁰, elle permet : « *l'émergence de principes, de règles et de références sur lesquels les professionnels de santé vont s'identifier et se démarquer en tant que groupe particulier* ».

Elle favorise ainsi la création d'un support sur lequel les professionnels peuvent s'appuyer pour répondre ensemble aux contraintes ou aux menaces de l'environnement extérieur. Elle permet également à un groupe de « *cohabiter et de coopérer au sein d'une organisation en le dirigeant vers une direction commune* »⁵¹ : elle fédère et mobilise donc une équipe autour d'objectifs communs. Elle est in fine une source de motivation pour l'équipe et

⁴⁷ MEIER O., 2013, « *Management interculturel* », 5^{ème} édition Dunod, Paris, p22

⁴⁸ ALEXANDRE-BAILLY F. et al. , 2016, « *Comportements humains & Management* », op. cit., p56

⁴⁹ ALLOUCHE J. et SCHMIDT G., 1995, « *Les outils de la décision stratégique* », Éditions La Découverte

⁵⁰ ROCHER G., 1968, « *Introduction à la sociologie générale* », op. cit.

⁵¹ Ibid

d'intégration pour tout nouvel arrivant puisqu'elle permet d'acquérir les « bonnes » pratiques et les valeurs utilisées sur le Pôle pour atteindre l'objectif visé. Garantie de survie du groupe, ce système de valeurs va s'exprimer à travers une multitude de signes qui sont caractéristiques de la culture de ce groupe. Il y a d'abord les « *finalités de l'existence qui fondent le tout, puis les lignes de conduites qui organisent, parfois dans le détail, les comportements usuels* »⁵². Le système de valeurs est par conséquent une protection vis-à-vis de l'environnement extérieur et une condition de maintien de la cohésion des relations sociales au sein du groupe.

Enfin, la culture organisationnelle d'un service de soins ou d'un Pôle permet de véhiculer une image (positive ou négative) auprès des professionnels des autres services ou Pôles. Elle peut être donc source de choix dans les demandes de mobilité des agents exerçant au sein de l'hôpital, ceux-ci pouvant développer un sentiment de proximité ou d'appartenance avec l'image que le Pôle renvoie.

Cette culture organisationnelle favorise l'émergence d'une identité de service, que je nomme dans mon introduction identité de proximité. Elle peut être source de reconnaissance de travail et de satisfaction pour les cadres de proximité.

Je propose donc maintenant d'aborder le concept de reconnaissance.

1.5 La reconnaissance

1.5.1 Définition

Afin de pouvoir définir ce concept, je citerai Paul Ricoeur⁵³, qui a notamment recensé vingt-trois sens avant de n'en retenir que trois :

I- « *Saisir par l'esprit, par la pensée, en reliant entre elles des images, des perceptions qui le concernent* ». Cette première définition fait apparaître une notion importante : on ne peut reconnaître uniquement que ce qui est déjà connu.

II- « *Accepter, tenir pour vrai* »

III- « *Témoigner par de la gratitude que l'on est redevable envers quelqu'un de* »

La reconnaissance est un besoin existentiel⁵⁴. En effet, par la reconnaissance, les autres nous confirment notre existence.

⁵² DUPRIEZ P. et SIMONS S., 2002, « La résistance culturelle », éditions De Boeck, Bruxelles, 2^{ème} édition, p.26

⁵³ RICOEUR P., « *Parcours de la reconnaissance* », éditions Stock, 2004

⁵⁴ MASLOW A., 2004, « *Parcours de la reconnaissance* », éditions Stock

Selon A. Honneth⁵⁵, l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance.

Pour tenter d'approfondir une définition de la reconnaissance, je vais m'appuyer sur les propos de différents philosophes qui se sont penchés sur ce concept.

J. J. Rousseau considère que tout individu a besoin des autres pour exister. Selon lui, autrui est nécessaire pour que l'homme accède à son humanisation : « *Le sauvage vit en lui-même, l'homme sociable, toujours hors de lui, ne sait vivre que dans l'opinion des autres, et c'est, pour ainsi dire, de leur seul jugement qu'il tire le sentiment de sa propre existence* »⁵⁶.

Il distingue trois sentiments relatifs à la reconnaissance. Tout d'abord, l'amour de soi que l'auteur et philosophe décrit comme une notion positive car elle correspond à l'instinct de conservation de tout être. L'amour propre, quant à lui, est un sentiment négatif proche de la vanité qui correspond au besoin de se comparer aux autres, dans le but de hiérarchiser ses rapports, de se sentir supérieur. Enfin, il décrit « l'idée de considération » c'est-à-dire le besoin de chercher le regard de l'autre pour s'estimer et se connaître.

G. W. F. Hegel est le premier à utiliser le terme de reconnaissance et est d'ailleurs souvent considéré comme étant le philosophe de ce concept. La quête de reconnaissance, de sa propre valeur par autrui est ce qui distingue l'homme de l'animal. Il discrimine 3 modèles de reconnaissance, repris en grande partie par A. Honneth : la reconnaissance de soi, des autres, mais aussi la reconnaissance mutuelle, notions vitales pour l'être humain. Il est par conséquent normal d'être plus ou moins animé par une quête de reconnaissance.

1.5.2 Les principes de la reconnaissance et leurs conséquences

L'image que chacun a de soi, de ses capacités et de ses qualités dépend donc du regard de l'autre. A. Honneth distingue 3 principes de reconnaissance. Chacun d'entre eux est associé à une sphère sociale précise que l'on peut également nommer milieu relationnel. On retrouve tout d'abord le principe de l'amour qui correspond à la sphère de l'intimité. L'auteur rassemble sous ce principe tous les rapports affectifs qui contribuent à la construction des rapports amicaux, amoureux ou encore familiaux. A. Honneth explique les liens entre les théories psychologiques de l'attachement (rapport entre l'enfant et sa mère) et la construction de l'identité personnelle de l'individu. C'est grâce à ce principe que l'on accède à la confiance en soi.

⁵⁵ HONNETH A., 2002, « La lutte pour la reconnaissance », éditions du Cerf

⁵⁶ Dossier « *De la reconnaissance à l'estime de soi* », Sciences Humaines, n°131, octobre 2002

Le principe de la solidarité permet d'accéder au sentiment d'estime de soi (sphère de la contribution de nos activités individuelles au bien de la société) par le fait que l'individu doit pouvoir se sentir considéré comme utile à la collectivité, à la société ou encore au sein de son organisation par la contribution qu'il apporte.

Le troisième et dernier principe se situe quant à lui dans ce que l'auteur appelle la sphère des relations juridiques. Il s'agit du principe d'égalité. Chaque individu a besoin d'éprouver le sentiment de posséder les mêmes droits que n'importe qui d'autre pour exister. Ce principe permet d'accéder au sentiment de respect de soi.

1.5.3 La reconnaissance au travail

La reconnaissance au travail participe à la construction de l'identité de l'individu en le considérant comme un être unique. Le travail devient alors porteur de sens, source de plaisir et de satisfaction. La reconnaissance renforce également le sentiment d'estime de soi amenant l'individu à se percevoir de façon positive et à définir sa valeur au sein de l'organisation. Enfin, la reconnaissance est source de motivation et consolide le sentiment de compétence personnelle.

Selon Christophe Dejours, psychiatre et professeur de psychologie du travail, l'individu se mobilise au travail dans le but de recevoir une rétribution qui est la reconnaissance. « *La rétribution principale est symbolique ou morale : la reconnaissance* »⁵⁷.

Il distingue deux formes de jugement qui caractérisent la reconnaissance au travail.

Le premier est le jugement d'utilité. Il est important de se sentir utile aux yeux des supérieurs mais également des subordonnés. Ce jugement porte donc sur l'utilité du travail effectué, qu'il soit d'ordre économique, technique ou social. Il s'agit de mesurer le service rendu par un individu.

Le deuxième est le jugement de beauté que l'on peut diviser en deux parties bien distinctes. Tout d'abord, le jugement de conformité, porté par les pairs, montre et souligne la connaissance des règles du travail. La conformité amène à l'appartenance à un métier, à un corporatisme. Une fois passé le jugement de conformité, et seulement après, l'individu peut accéder au deuxième jugement de beauté : l'originalité. C'est la reconnaissance d'un style personnel dans la façon de réaliser un travail ; c'est le fait d'apporter sa touche, sa « griffe ».

Il y a quatre formes de reconnaissance au travail⁵⁸ :

⁵⁷ Ibid

⁵⁸ « Les 4 formes de la reconnaissance au travail », Disponible sur Internet, [Visité le 23/09/20]

-La reconnaissance existentielle axée sur l'individu comme être unique par son expertise, son intelligence et ses sentiments. Elle conduit au sentiment d'exister, considéré.

-La reconnaissance des résultats du travail. Elle traduit la qualité du travail produit en s'adressant à un individu qui se trouve alors valorisé au sein de la collectivité.

-La reconnaissance de la pratique au travail, qui concerne la façon dont un employé effectue une tâche, ses compétences.

-La reconnaissance de l'investissement dans le travail. Elle s'applique sur l'implication des salariés.

Certains auteurs admettent qu'originellement, l'objectif principal du travail était d'apporter un salaire mais que l'homme d'aujourd'hui y chercherait également à recevoir une forme de reconnaissance de la part de la société, des autres et de soi-même⁵⁹.

L'étude des concepts d'identité et de reconnaissance montre le lien étroit et permanent qui existe entre eux. La reconnaissance est essentielle car elle favorise l'émergence identitaire.

1.6 Synthèse du cadre contextuel et conceptuel

Henri Mintzberg⁶⁰ définit la fonction de management autour de trois rôles.

- Les rôles décisionnels sont représentés classiquement par les termes décider, prévoir, planifier, contrôler et réaliser.
- Les rôles interpersonnels : animer, motiver et coordonner les équipes.
- Les rôles informationnels : transmettre de l'information, s'informer.

Cependant, nous avons pu constater que l'évolution du système de santé, de ses organisations, au rythme de réformes hospitalières nécessitent des réajustements continus des organisations managériales.

Même si l'encadrement est en capacité de comprendre les enjeux en lien avec cette évolution (enjeux sociaux, économie de la santé...), il lui est difficile de construire une culture professionnelle qui lui soit propre, devant faire preuve d'adaptabilité, et donc de générer une identité collective forte.

L'individualisation du travail qui traverse la société ces dernières années, l'évolution des attentes des usagers, le sentiment de non-reconnaissance du travail de la part des « chefs » sont autant de causes pouvant générer une crise identitaire collective.

<http://cgsst.com/les-4-formes-de-la-reconnaissance-au-travail/>

⁵⁹ FRAY A.M. et PICOULEAU S., 2010, "Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité du travail », op. cit.

⁶⁰ MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », éditions d'organisation, 2006

L'unité de soins, cadre permettant aux habitudes de travail de se réaliser, favorise l'émergence de cultures organisationnelles de par les normes, us et pratiques partagées qu'elle véhicule. Ces cultures organisationnelles peuvent engendrer des identités collectives qui dépassent le statut socio-professionnel. En effet, le temps de travail partagé permet de renforcer le sentiment d'appartenance en véhiculant des valeurs partagées favorisant l'identification de l'individu à un groupe. D'où l'importance de l'action collective comme levier de structuration identitaire.

Pour C. Dubar, l'identité sociale (et donc collective) génère une reconnaissance des connaissances, légitime les compétences propres à l'individu et valorise l'image qu'il a de lui-même.

Il ne s'agit donc pas, pour le directeur des soins, de supprimer l'identité de service ou de proximité mais de créer une autre identité, qui soit collective et de métier, et complémentaire de la première.

La profession de cadre de santé reste récente dans le temps.

La mouvance des organisations du système de santé, les contraintes subies au quotidien, le manque d'actions collectives rend difficile l'instauration d'une « vraie » culture professionnelle permettant l'émergence d'une identité collective.

Pour C. Dubar, « *une activité devenue incertaine, mal reconnue, problématique constitue le type même de la crise identitaire* »⁶¹.

L'objectif de l'enquête qui suit est notamment de pouvoir comprendre la crise identitaire mais aussi de mettre en évidence des leviers nécessaires à la création d'une identité collective des cadres.

⁶¹ DUBAR C., « La crise des identités », op. cit., p.118

2 L'enquête de terrain

Intéressé par les enjeux pour le directeur des soins d'initier ou de générer une identité collective chez les cadres soignants, j'ai posé la question centrale de mon mémoire de la façon suivante :

En quoi la politique managériale du directeur des soins peut-elle favoriser l'émergence d'une identité collective des cadres soignants afin de dépasser le malaise des cadres ?

Afin d'explorer cette question, j'ai soulevé 4 questions auxquelles je vais tenter d'apporter des réponses par une enquête exploratoire de terrain :

- En quoi le directeur des soins peut-il influencer sur la reconnaissance des cadres ?
- En quoi le pôle de soins ou le service permet-il le développement d'une identité de proximité du cadre soignant et ainsi d'être reconnu ?
- En quoi l'identité de proximité influe-t-elle sur la possibilité d'acquérir une identité collective ?
- En quoi l'émergence d'une identité collective des cadres peut-elle être une plus-value ?

2.1 La méthodologie de l'enquête

2.1.1 Méthode et choix de l'outil

Le but principal de l'enquête est d'apporter un éclairage afin de mieux comprendre le phénomène social étudié : le malaise des cadres et la question de l'identité des cadres. C'est pourquoi j'ai opté pour une recherche qualitative. En effet, « *La recherche qualitative est aujourd'hui reconnue comme une démarche compréhensive et flexible qui permet d'étudier les phénomènes sociaux en profondeur* »⁶²

J'ai donc choisi de mener une recherche de type qualitative et d'utiliser un outil dédié à ce type de recherche : l'entretien semi-directif.

L'entretien semi-directif permet de centrer le discours de l'interviewé autour de différents thèmes définis au préalable. Il permet par conséquent le recueil d'informations, de représentations et de retour d'expériences en lien avec le thème retenu.

⁶² BRITO O., PESCE S., « *De la recherche qualitative à la recherche sensible* », Spécificités 2015/2 (n°8), p1-2

Pour la réalisation des entretiens, j'ai recensé une liste de questions ouvertes mais orientées vers mon thème d'étude au regard des concepts prédéfinis. J'ai ensuite créé une grille de lecture des entretiens⁶³ en positionnant les sous-thèmes recherchés qui me permettront d'identifier rapidement les concepts ciblés et également de pouvoir relancer la personne interviewée pour affiner le discours.

Dans un souci de clarté, j'ai choisi de réaliser des « mini-synthèses » encadrées, au regard de chaque thématique, afin d'apporter mon regard en fonction des dires des personnes interviewées.

2.1.2 Le choix du terrain d'enquête

J'ai choisi, comme terrain d'enquête, le centre hospitalier (CH) X au sein duquel j'ai effectué mon deuxième stage durant cette année de formation. En effet, n'ayant une expérience qu'en psychiatrie et avec des constats locaux dans ce contexte spécifique comme genèse de ce travail, je trouve intéressant de prospecter sur le champ des soins généraux. Cela me permettra d'avoir un regard complémentaire, même si ce CH n'est pas représentatif des CH français et que les résultats ne seront pas généralisables, mais transférables dans des contextes identiques.

Le CH X en question possède un pôle de soins en santé mentale. Il s'agit d'un établissement public de santé multi-site composé de 3 structures éloignées les uns des autres d'environ 20 kilomètres, collaborant étroitement avec trois autres établissements médico-sociaux. Le CH X est un établissement de taille moyenne. Il s'appuie sur sa capacité d'accueil (860 lits et 109 places), ainsi que sur un total d'environ 1540 ETP afin de proposer à ses patients une offre de soins diversifiée, en cohérence avec les besoins de santé de son territoire. La direction des soins se compose d'un coordonnateur général des soins (CGS), d'un secrétariat et de 2 postes partagés avec la direction des ressources humaines (DRH), d'attachés d'administration. Cinq cadres supérieurs ont en gestion un pôle d'activités et un total de 37 cadres de santé gèrent les unités de soins.

Le site principal regroupe la maternité, les services de court séjour pour des prises en charge chirurgicales et médicales aiguës, un plateau technique : bloc opératoire, imagerie, laboratoire, pharmacie et les urgences.

Sur le deuxième site, nous retrouvons des services pour prendre en charge la personne âgée (médecine gériatrique, hôpital de jour d'évaluation gériatrique), un secteur de réadaptation polyvalent et spécialisé, une offre de consultations spécialisées et un EHPAD et un service de soins de longue durée.

Le troisième site est composé d'un secteur de réadaptation polyvalent et spécialisé, d'une offre de consultations spécialisées, un EHPAD et un service de soins de longue durée.

⁶³ Cf. Annexes 1 et 2

Le CH X est organisé en cinq pôles cliniques et médicotechniques :

- Le pôle interventionnel comprend les activités d'Anesthésie, Ophtalmologie, ORL, Orthopédie, Urologie, Viscéral, Gynécologie-obstétrique, Centre de planification et IVG.
- Le pôle médecine aiguë et soins critiques : Angiologie, Cancérologie, Cardiologie, Dermatologie, Diabétologie-endocrinologie, Douleur, Hématologie, Hépto-gastro-entérologie, Médecine interne, Médecine polyvalente, Néphrologie, Pneumologie, Réadaptation cardio-vasculaire, Rhumatologie et Unité de soins continus.
- Le pôle gériatrie se compose de la Médecine gériatrique, Évaluation gériatrique, Consultation mémoire, d'EHPAD et de SSR (sur les trois sites), d'un Service de soins infirmiers à domicile, d'une unité de Soins Palliatifs
- Le pôle de santé mentale avec une unité d'Hospitalisation complète, un Hôpital de jour et de trois Centres Médico-psychologiques
- Le pôle médicotechnique avec le service des Urgences, l'Imagerie, le Laboratoire de biologie médicale, la Pharmacie, l'Équipe opérationnelle d'Hygiène, le Département d'information médicale et la Médecine du travail

Cet établissement fait partie d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) comprenant six établissements dont cinq (dont le CH d'accueil en stage) sont en direction commune avec l'établissement support. Un des établissements du GHT est un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). Il s'agit d'un GHT à échelle départementale.

2.1.3 Les personnes interviewées

Afin de réaliser cette enquête de terrain, j'ai ciblé plusieurs groupes d'acteurs susceptibles d'apporter des éléments relatifs à ma thématique de recherche professionnelle.

Tout d'abord, il y a le groupe « direction ». J'ai choisi en effet de rencontrer un directeur des ressources humaines. Il conduit, en lien avec le directeur des soins, le projet social de l'établissement et est impliqué dans la politique de qualité de vie au travail. Le directeur des soins est également un acteur incontournable auprès de qui enquêter car il est le responsable hiérarchique de l'encadrement et co-pilote donc le projet managérial avec la DRH.

J'ai voulu également interviewer un médecin chef de pôle, constituant mon deuxième groupe d'acteurs, afin de pouvoir comprendre sa vision de l'évolution du métier de cadre à l'hôpital, le questionner sur ses attentes quant au travail de l'encadrement au sein de son service ainsi que ses liens fonctionnels avec les cadres.

Enfin, j'ai réalisé 9 entretiens auprès du personnel d'encadrement, représentant mon troisième groupe d'acteurs., 6 entretiens sont réalisés auprès des cadres de proximité et trois auprès de cadres de pôle. J'ai réalisé un tableau récapitulatif synoptique des différents acteurs interviewés pour ce travail d'exploration de terrain :

Pour toute utilisation de verbatim issus de mes entretiens pour ce travail de recherche, je ferai référence aux entretiens correspondants et j'utiliserai les abréviations telles que notées dans le tableau ci-dessous pour nommer les personnes interviewées. Les entretiens sont classés ici dans un ordre qui n'est pas chronologique.

	Fonction	Ancienneté dans le poste	Abréviation
Entretien 1	Directeur des Ressources Humaines	6 ans	DRH
Entretien 2	Coordonnateur général des soins	7 ans	CGS
Entretien 3	Médecin chef de pôle	5 ans	PHCP
Entretien 4	Cadre de pôle	13 ans	CDP 1
Entretien 5	Cadre de pôle	10 ans	CDP 2
Entretien 6	Cadre de pôle	7 ans	CDP 3
Entretien 7	Cadre de proximité	4 ans	CDS 1
Entretien 8	Cadre de proximité	5 ans	CDS 2
Entretien 9	Cadre de proximité	13 ans	CDS 3
Entretien 10	Cadre de proximité	14 ans	CDS 4
Entretien 11	Cadre de proximité	19 ans	CDS 5
Entretien 12	Cadre de proximité	2 ans	CDS 6

Les entretiens visent à donner la parole à des professionnels pour connaître leur avis et leurs sentiments sur le malaise des cadres à l'hôpital et sur les leviers de construction d'une identité collective des cadres.

Les questions posées permettent de dégager des thèmes afin de pouvoir répondre aux objectifs suivants :

- Définir ce que les acteurs mettent sous les termes de malaise des cadres
- Chercher les indicateurs de l'existence ou non d'une identité de proximité et collective des cadres
- Identifier les sources de reconnaissance et de satisfaction au travail
- Recueillir auprès des acteurs leur vision de la politique managériale à mettre en œuvre pour construire une identité collective des cadres

2.1.4 Les opportunités et les limites de l'enquête

Il se trouve qu'un projet managérial avait débuté peu de temps avant la crise sanitaire dans le cadre du projet social, en lien avec une dégradation des relations entre cadres. La direction s'est notamment appuyée sur une psychologue du travail afin de pouvoir dresser un état des lieux de la situation. Ce projet de travail est stoppé depuis mars dernier. Enquêter sur cette thématique a donc pu générer de l'émotion susceptible d'altérer les

propos, tout comme se révéler une opportunité car le travail réalisé par la psychologue a pu rendre certaines causalités ou sentiments plus conscients et donc exprimables.

Le nombre d'entretiens réalisé constitue également une limite à ce travail puisque je n'ai interviewé qu'un tiers des cadres de santé et un seul médecin-chef de pôle.

Enfin, la crise sanitaire engendrée par le Covid19 est un frein à ce travail de recherche. En effet, Il a été compliqué de planifier des temps d'entretiens avec des acteurs en lien avec leur activité du moment. Certains entretiens ont dû être annulés et reportés. De plus, les déplacements étant limités, je n'ai pu m'entretenir qu'avec un cadre de santé exerçant sur un site différent du site principal ce qui peut être un frein à mon travail d'enquête puisque cela m'aurait peut-être permis d'obtenir des informations complémentaires en lien avec les difficultés identitaires liées à l'exercice en multi sites.

2.2 Les résultats de l'enquête

2.2.1 L'existence d'un malaise de l'encadrement

Toutes les personnes interviewées connaissent l'expression « le malaise des cadres » et s'accordent pour donner une définition de ce phénomène comme étant un sentiment, un état de mal-être, en lien avec une situation de travail. D'après leurs dires, ce sentiment peut générer des conséquences lourdes pour les personnes qui le vivent.

Le CDS 5 le dit : « *parfois, on rentre chez nous, on en a gros sur la patate (...), j'ai failli plusieurs fois me mettre en arrêt (...), il y a un risque de burn out* ». La CDS 1, quant à elle, parle de « *tensions dans les services* » et de « *risque d'épuisement professionnel* ».

Les personnes interviewées expriment plusieurs causes du malaise des cadres que je peux catégoriser de la façon suivante :

- Une position difficile à tenir
- L'évolution du métier, du système de santé et de la société
- L'isolement et le manque de communication
- Le manque de reconnaissance au travail

Tous les cadres, qu'ils soient de proximité ou cadres de pôle, évoquent la position du cadre, pris entre plusieurs logiques, comme première cause des difficultés ressenties :

- « *Ça vient de la position du cadre au sein de l'institution* » pour la CDS 1
- « *Position entre la proximité de l'équipe, des interlocuteurs, de la direction* » pour la CDS 2 qui rajoute qu'il y a parfois des « *injonctions des médecins qui sont parfois différentes des injonctions de la hiérarchie* »
- La CDS 3 dit qu'elle a le sentiment d'être « *prise dans un étau entre les demandes institutionnelles et les équipes qui ne comprennent pas toujours les demandes de la direction* »

- « *On est sur tous les fronts, face aux équipes, à la direction, aux familles* » pour le CDS 5
- « *Les cadres sont une courroie entre la direction et les équipes soignantes* » pour le CDP 2. La CDP 1 rajoute que la « *position entre les acteurs médicaux et paramédicaux est parfois compliquée* ».

Du point de vue de la direction, le CGS et la DRH s'accordent à dire que « *c'est un poste difficile, en première ligne* ». De la même façon, le PHCP reconnaît que « *ce sont eux que je vais voir quand ça ne va pas* » et qu'il sait que c'est un des postes les plus difficiles à l'hôpital : « *je ne voudrais pas être à leur place* ».

La deuxième source de malaise au travail des cadres est l'évolution du métier, du système de santé et de la société. Le CH X connaît depuis 2 ans un plan de retour à l'équilibre (PRE) qui accentue les tensions au travail d'après la CDS 4 : « *on a un plan de retour à l'équilibre qui engendre une pression sur les cadres* ». Cette cadre affirme également ne plus être « *dans un travail de proximité. On doit gérer plein de trucs qui nous éloignent du terrain* ». Ces propos sont d'ailleurs confirmés par le CDS 3 : « *le métier a beaucoup changé : gestion de projets, qualité et sécurité, contraintes économiques* ». Le CDP 3 corrobore ces propos en disant « *avec l'évolution de l'hôpital, on est dans une mouvance assez difficile (...), il faut sans cesse s'adapter* ». Enfin, l'évolution des droits du patient et de son entourage est exprimée par un cadre de santé qui évoque « *les patients et les familles qui sont devenus exigeants* ». Le CGS affirme que le métier de cadre a connu « *une évolution rapide du surveillant au manager sur un temps très court, dans un contexte économique de contraintes budgétaires* ». Il rajoute que ces changements ont participé à un « *élargissement de leur périmètre d'actions les rendant moins proches des équipes* ».

L'isolement est également cité comme cause de malaise chez les cadres. Le CDP 2 dit qu'il y a « *la solitude des cadres qui passent 60% de leur temps à gérer des plannings, à gérer de la sécurité, de la qualité, à gérer de l'absentéisme avec un turn over très important* ». Le CDS 3 dit se sentir « *un peu seul, confronté à chaque professionnel de santé...à tenter de fédérer tout ça* ». Ce sentiment d'isolement exprimé est majoré par des difficultés relationnelles. « *Dis-moi de quoi tu as besoin, je t'apprendrai à t'en passer* » exprime la CDS 6.

En effet, la majorité de l'encadrement interviewé (5/8) fait part de problèmes de communication entre eux, et avec la hiérarchie. Le CDP 2 évoque un « *manque de communication qui amplifie le sentiment de solitude* ». La CDS 6 parle de « *communication difficile entre les acteurs qui rend compliquée la mise en œuvre sur le terrain* ». La CDS 4 dit que « *le DS pourrait appeler, prendre des nouvelles, pour humaniser les relations* » et le CDS 5 affirme qu'elle a un « *sentiment de manque de respect de la part de la hiérarchie* ».

et d'un manque de soutien de la part de l'encadrement supérieur » conduisant parfois à « un sentiment parfois d'être oubliés » pour le CDS 3.

Le manque de reconnaissance constitue la quatrième cause du malaise des cadres. Le CDS 1 parle de « *sentiment de ne pas être écouté, considéré* » avant de conclure l'entretien en affirmant que le malaise des cadres est en partie dû à la façon dont « *on est reconnu dans nos fonctions* ». Le CDS 4 exprime le besoin de « *se sentir reconnu dans ce que l'on fait* ». Le CDS 5 affirme qu'il « *n'y a pas de reconnaissance de mes compétences passées* » ...avec le sentiment que « *lorsque l'on change d'établissement, on a l'impression de repartir de zéro* ». Le CDP 3 parle lui aussi de difficultés de reconnaissance en évoquant quant à lui « *la non reconnaissance financière avec un salaire peu attractif* ». Le CGS reconnaît aussi que l'encadrement a « *besoin de reconnaissance* ».

La DRH souligne que la formation initiale des cadres n'est peut-être pas adaptée d'où l'importance « *de la formation continue bien qu'elle reste insuffisante à ce jour* ».

La notion de malaise des cadres est un phénomène bien présent sur cet établissement. Les acteurs interviewés acceptent d'en parler sans retenue.

J'ai pu catégoriser les sources de ce mal-être d'après leurs dires selon 4 thèmes majeurs :

- La position d'interface de l'encadrement dans l'organisation hospitalière
- L'évolution du métier dans un contexte de changement et de contraintes
- Un sentiment d'isolement et de solitude face aux difficultés à gérer le quotidien favorisé par, selon eux, un manque de communication avec la hiérarchie
- Un sentiment de manque de reconnaissance

La notion d'évolution du métier semble cohérente vis-à-vis du panel de personnes interviewées. En effet, les acteurs qui évoquent cette difficulté ont entre 13 et 17 ans d'expérience dans le domaine de l'encadrement.

Ce qui me semble surprenant c'est plutôt de constater que même des cadres très jeunes dans leur fonction se sentent mal au travail. Pourtant, les personnels de direction interviewées reconnaissent que l'évolution rapide du métier est un facteur amenant au malaise des cadres

Je pense donc que la source du malaise en relation avec l'évolution du métier n'est pas une des causes majeures du sentiment de mal-être.

La position du cadre dans l'organisation hospitalière, les tâches nombreuses à effectuer (que l'on appelle aussi le travail invisible), les contraintes financières et relatives aux ressources humaines sont sources de stress, de tensions, pouvant amener les cadres à se replier sur eux-mêmes, favorisant un sentiment d'isolement. Ce sentiment est majoré, selon les personnes interviewées, par un manque de communication avec leur hiérarchie et des difficultés relationnelles ponctuelles avec le corps médical.

2.2.2 Les sources de reconnaissance et l'identité de proximité

Bien que les différents acteurs évoquent des difficultés au travail, des points d'ancrage apparaissent en termes de satisfaction et de reconnaissance au travail.

Pour les cadres de santé, de façon générale, les sources de satisfaction sont liées aux unités qu'ils gèrent. Le CDS 1 souligne l'importance d'avoir « *une équipe avec qui ça passe bien* ». Le CDS 6 évoque « *la gratification de la part des équipes* ». Pour le CDS 4, il s'agit « *d'avoir une prise en charge des patients de qualité et des équipes qui expriment de la satisfaction* ».

De la même façon, majoritairement, les cadres de santé affirment avoir une identité de service, le CDS 4 affirmant que c'est le lieu où « *j'ai le plus de reconnaissance* ». La culture métier semble même avoir une prégnance sur l'identité de service ou de proximité. En effet, le CDS 5 dit être « *intrinsèquement une soignante, il me reste la culture infirmière... j'ai été infirmière et je n'ai pas oublié* ». Le CDS 2 affirme qu' « *il faut que les cadres se sentent utiles pour aller bien* ».

Concernant les cadres de pôle, les sources de satisfaction restent la qualité des soins prodigués et la satisfaction des patients, et par conséquent, du service rendu.

Les 3 CDP interrogés affirment avoir un sentiment d'appartenance à l'institution et non pas au pôle ou au service. Le CDP 2 dit que « *c'est l'institution qui guide les pratiques, qui donne les lignes directrices à suivre* ». Néanmoins, le CDP 1 dit que « *on a parfois du mal à saisir le sens de son travail* ».

Le CGS reconnaît que les cadres de pôle sont dans une position parfois compliquée puisque « *le médecin-chef m'appelle directement pour régler des problèmes ou faire part de problématiques sans en informer le cadre de pôle* ». La DRH explique que les cadres sont attachés à la culture du service, de l'unité de soins qu'ils gèrent en lien avec « *leur culture soignante qui reste* ».

Le PHCP affirme que la fonction de cadre a changé, « *on les voit moins* » (...) « *avant, ce sont les cadres qui faisaient la visite médicale des patients...maintenant ils ne peuvent pas* ». Malgré tout, il constate que le cadre du service « *fait partie de l'équipe de soins* ».

La gestion de projets avec des équipes qui suivent et qui reconnaissent le cadre pour son utilité est la source de satisfaction majoritairement exprimée par les cadres de santé. Or, nous avons pu voir dans le cadre conceptuel que le sentiment d'utilité est une grande source de reconnaissance au travail. Il semble donc logique que le cadre de santé s'identifie au service : la proximité avec les équipes, les temps de travail partagés permettent l'essor d'une culture organisationnelle et donc d'une identité collective à l'échelle du service.

Il y aura alors à travailler ce sentiment d'utilité institutionnelle autour d'objectifs institutionnels susceptibles de créer ou renforcer une identité collective.

Du point de vue des cadres de pôle, ils n'expriment pas de rattachement identitaire de proximité, se sentant plutôt appartenir au groupe que représente l'institution.

Malgré tout, ils verbalisent également un manque de reconnaissance et une place parfois difficile à tenir au sein de l'organisation.

La DRH et le CGS partagent la même opinion affirmant que les cadres restent, malgré l'évolution, dans une proximité avec les équipes et qu'il est donc normal qu'ils ressentent une appartenance à l'unité. Ils pensent également que les cadres de pôle sont dans une position à la fois éloignée du terrain et, en même temps, peut-être pas assez proche de la direction, qui peut générer du stress au travail et un sentiment de perte de sens de leur travail.

2.2.3 État des lieux de l'identité collective des cadres sur l'établissement

Lorsque je pose la question : « avez-vous l'impression de faire partie d'un collectif cadre sur l'institution », les réponses sont unanimes pour tous les personnels d'encadrement.

Du point de vue des cadres de santé, il n'existe pas de collectif cadre Le CDS 1 dit « *on n'est pas uni* » même si un fonctionnement « *par affinité existe* ». Cette notion d'affinité est relatée également par le CDS 5.

Cependant, au cours des entretiens avec l'encadrement, une notion émerge rapidement autour du manque de confiance. Le CDS 2 évoque avoir « *du mal à aller vers certains cadres* » et que « *l'entraide qui devrait exister n'existe pas vraiment* ». Le CDS 4 quant à lui affirme qu' « *il y a des positionnements que j'ai du mal à comprendre (...), il y a parfois des messes basses en réunion* ». Le CDS 5 rajoute que « *quand il n'y a pas de reconnaissance, on n'a pas confiance envers les autres. Ça ne donne pas envie* ». Le CDS 6 parle d'iniquité entre les cadres et que par ailleurs, « *on ne se connaît pas* ». Ces propos sont renforcés par le CDS 3 qui affirme s'interroger sur la « *capacité de solliciter des collègues face à une difficulté...il faut faire confiance...on ne se connaît pas tous mais on peut percevoir des postures* ».

Le CDS 6 parle d'un sentiment d'iniquité entre les cadres dans les relations, la communication avec la direction des soins : « *il y a des cadres qui obtiennent ce qu'ils veulent en claquant des doigts...on ne comprend pas pourquoi (...) il y a de l'animosité entre les cadres (...) et un manque de confiance vis-à-vis de la direction des soins* ».

Le CGS dit que des cadres « *de services qui n'ont pas des activités comparables peuvent ne pas se comprendre* » et que cela est un frein à une identité collective. Il évoque également les réunions plénières dans lesquelles il semble compliqué pour l'encadrement d'oser prendre la parole. Il avoue qu'il y a un travail à faire, il faut « *poser des bases communes pour dépasser ça* ». La DRH rajoute que « *certains cadres ont peur du regard des autres, crainte de leur jugement* ».

Le PHCP a une vision plus éloignée de la situation. Il affirme en effet que les cadres représentent un collectif « *vu le temps passé en réunions* ».

Les réponses apportées rejoignent mon constat initial à savoir qu'il n'y a pas de collectif cadre et que celui-ci s'appuie sur un réseau par affinité. Je retrouve donc là la question du manque de confiance, de la crainte de s'exposer et ainsi de « se mettre en danger ».

Ces ressentis sont des freins majeurs à la mise en place d'une identité collective où les acteurs doivent voir dans « l'autre » un ensemble de traits caractéristiques permettant une identification et donc un sentiment d'appartenance.

La notion de manque de confiance, le sentiment exprimé d'iniquité entre les cadres montrent qu'il n'est pas possible pour une identité collective des cadres d'exister à l'heure actuelle, l'identité collective nécessitant des valeurs, des normes de travail partagées. Ce point me semble intéressant car il met en évidence qu'il y aura 2 axes de travail sur la confiance : la confiance vis-à-vis de la direction (dont le DS) et la confiance entre eux, que le DS aura à construire.

Le CGS et la DRH partagent le diagnostic. C'est d'ailleurs pourquoi un axe managérial existe dans le projet social de l'établissement. C'est une psychologue du travail qui est sollicitée pour élaborer un état des lieux. Il n'y a pas aujourd'hui de valeurs partagées. Le fait que certains cadres puissent penser que des pairs ont une relation privilégiée avec la direction des soins renforce le manque de confiance. Je peux aussi supposer que, si ces faits sont réels, il y a une forme de jalousie exprimée.

Le PHCP ne partage pas cette vision. Il pense que le fait d'avoir de nombreux temps de réunion démontre à lui seul que les cadres ont une identité collective.

Les temps de travail partagés sont effectivement identifiés comme un moyen d'accéder à une identité collective. Cependant, le contenu de ces réunions est important à prendre en compte. Le CGS exprime que les réunions plénières cadres permettent la transmission d'informations descendantes mais finalement peu la prise de parole des cadres.

Si je reprends les sources du malaise des cadres, je retrouve la notion d'isolement, qui de fait trouve sa justification dans le sens ou le manque de confiance et l'inexistence d'un collectif ne leur permet pas de trouver une « personne ressource, un appui voire un conseiller.

Cependant, ces propos soulèvent selon moi une question : quelle est la place du cadre de pôle dans tout ça ? En effet, c'est à lui d'accompagner ses équipes d'encadrement, d'essayer de trouver des solutions aux problématiques, voire même de se faire le relais entre son équipe de management et la direction. Le fait que les cadres de proximité n'évoquent pas s'appuyer sur celui-ci peut interroger et constituer un axe d'action pour le DS en attirant l'attention des CDP sur cette problématique, et travailler leur management de leurs équipes de cadres de proximité.

L'identité collective semble être un besoin exprimé chez les cadres pour sortir de l'isolement ressenti sur le terrain.

2.2.4 Plus-value et contraintes d'une identité collective des cadres

Pour le personnel d'encadrement interviewé, il n'existe pas de contrainte exprimée concernant l'identité collective des cadres. D'ailleurs, comme le dit le CGS « *100% des cadres ont répondu favorablement à la mise en place de groupes de travail pour réfléchir à améliorer le collectif* ».

Le CDS 1 pense que cela « *donnerait une place importante à la compétence* ». Et favoriserait le « *dynamisme et l'innovation* » pour le CDS 4. Le CDS 5 affirme que « *le travailler ensemble c'est l'essentiel de nos missions* ». La notion « *d'aller dans le même sens* » est exprimée par le CDS 6 qui rajoute que les cadres « *seraient force de proposition* »

L'identité collective doit permettre, selon eux, d'améliorer la gestion de projets, de faire preuve de créativité, de gagner en rapidité d'exécution.

Les cadres de pôle, quant à eux, expriment plutôt l'identité collective comme un moyen de « *participer davantage à la stratégie institutionnelle* » (CDP 3).

Le PHCP fait le lien entre plus-value d'une identité collective chez les cadres et chez le corps médical : « *nous ne sommes pas toujours d'accord sur tous les sujets, mais quand nous sommes menacés, nous sommes un vrai collectif* ».

La direction exprime les avantages de créer une identité collective des cadres permettant « *d'améliorer les conditions de travail des cadres* » mais aussi les vigilances à avoir puisque la DRH affirme qu'« *un collectif cadres peut représenter une force en cas de conflit* ». Le CDS évoque le rôle des cadres de pôle qu'il questionne par moment affirmant qu'ils « *doivent prendre plus d'envergure* » et regrettant qu'il ne puisse pas assez s'appuyer sur eux.

L'identité collective semble être un besoin exprimé chez les cadres pour sortir de l'isolement ressenti sur le terrain.

Ils sont convaincus qu'un travail institutionnel pour fédérer l'encadrement apportera une plus-value certaine dans la gestion de projet, un dynamisme et une meilleure créativité par le biais de l'intelligence collective.

Les cadres de pôle voient, dans la création d'une identité collective, l'occasion de prendre une place dans l'organisation, en tout cas un moyen de mieux formaliser leur place et missions au sein de l'institution.

Un point est cependant à noter concernant les cadres de pôle. Selon leur avis, leur place n'est pas facile à tenir ; ils se sentent à la fois déconnectés du terrain mais narrent également des difficultés de communication avec la direction des soins. Dans le même temps, le CGS affirme que les cadres de pôle devraient pouvoir gagner en compétence, ou en tout cas s'affirmer davantage au sein des organisations, évoquant le fait qu'il souhaiterait pouvoir s'appuyer davantage sur eux dans la gestion de dossiers ou de projets.

On voit ici deux points de vue qui se rejoignent, dans un but commun d'amélioration, sans toutefois parvenir à échanger les uns avec les autres sur le sujet.

Le risque de constitution d'un groupe d'opposition structuré me semble importante à retenir car le DS devra convaincre l'équipe de direction qu'il peut « contenir » son encadrement et que les objectifs du groupe seront centrés sur la réussite des objectifs stratégiques de l'établissement.

D'ailleurs, le PHCP perçoit également l'importance du collectif comme un moyen permettant d'exercer une forme de pouvoir d'opposition, de résistance.

2.2.5 Les leviers identifiés pour favoriser une identité collective

Plusieurs leviers sont identifiés par les cadres :

On retrouve tout d'abord l'amélioration des modes de communication et de la transparence afin d'éviter l'émergence de sentiments négatifs de concurrence, mais plutôt de fédérer.

Le CDS 1 évoque un « *pilotage nécessaire par la direction avec notre participation, en nous incluant* ». Elle parle alors de l'élaboration d'une charte de management qui pourrait servir de point de départ. Le CDP 2 rajoute qu'« *écrire une charte c'est bien, mais il faut la faire vivre au quotidien* ».

Les valeurs partagées sont nommées comme socle nécessaire à la création d'une identité collective. Le CDP 3 dit qu'il « *faut des valeurs, de l'équité, le respect de l'autre pour donner du sens aux actions* ».

La place du CGS dans un tel projet est soulignée. L'encadrement est en demande de pouvoir mieux définir leurs rôles. Le CDS 4 rajoute : « *le DS doit rassembler, les lignes directrices doivent être données* » avant de terminer par « *un DS doit être présent* ». Les CDP expriment le fait que le DS « *doit accompagner, faire le bilan et autoriser la parole de chacun* » (...) « *les rôles de chacun doivent être définis* ».

Plusieurs cadres évoquent la nécessité d'avoir un lieu de regroupement, un lieu de rencontre. Le CDS 4 parle de « *lieux dédiés aux cadres où on pourrait se retrouver* ».

La formation apparaît également comme levier identifié et notamment l'analyse des pratiques managériales qui « *permet de créer de nouvelles affinités, de casser des barrières, ça change la confiance* » pour le CDS 5. Le CDS 2 évoque la difficulté pour l'encadrement d'obtenir des temps de formation « *à croire qu'on est formé pour la vie en sortant de l'école des cadres* ».

Pour le CDP 1, les temps de réunion existantes doivent être transformées. En effet, d'après ce cadre, « *les réunions plénières sont principalement dédiées aux informations descendantes...c'est dommage...pouvoir présenter des projets que l'on a accompagné, ça serait intéressant* ».

La transversalité apparaît aussi comme un levier possible de création d'une identité collective puisqu'elle permet d'être « *identifié par ses pairs pour une compétence spécifique dans un domaine* » d'après le CDS 2 et de « *mieux connaître ce que fait l'autre* » pour le CDS 6.

Pour le DRH, les leviers afin de créer une identité collective de l'encadrement sont en premier lieu de fixer un cadre, « *les règles de fonctionnement* », dans un « *consensus partagé* ». Le DRH est, par exemple, convaincu que la direction des ressources humaines devra sans doute changer ses pratiques afin d'améliorer la communication et d'être davantage transparente avec les cadres. Une meilleure communication évitera, à son avis, les « *rumeurs disant qu'un service ou un pôle est plus écouté qu'un autre* ».

Le CGS affirme quant à lui qu'il faut leur laisser de l'autonomie. Il rajoute qu'un travail doit être mené, conjointement avec la DRH, pour « *tisser les liens d'une collaboration, une participation, à certaines prises de décision et à la stratégie* ».

La direction identifie également le partage de valeurs professionnelles de management, mais aussi de méthodes, comme levier certain pour créer une identité collective.

Le premier levier identifié par l'encadrement est de définir des valeurs partagées. Ils insistent également sur la place du DS dans un tel projet, du pilotage à l'accompagnement jusqu'à son évaluation. Le mode participatif managérial est plébiscité à l'unanimité.

Une amélioration des modes de communication entre DS/DRH et cadres constituent une priorité pour l'encadrement et la direction.

La mise en place de temps en commun peut permettre à chacun de mieux connaître l'autre. L'analyse des pratiques managériales est plébiscitée comme moyen d'améliorer la confiance entre pairs, de mieux se connaître. D'ailleurs, le manque de formation, de manière plus générale, est évoqué.

Les temps de réunion doivent être repensés afin de permettre la parole des cadres en présentant, par exemple, des projets accompagnés dans leurs unités.

Une réflexion sur les rôles et missions de chacun semble également nécessaire.

Le CGS pense qu'effectivement, une identité collective des cadres est une plus-value pour l'établissement. Il affirme également, tout comme la DRH, que ce travail doit être « cadré » dès le départ par des règles de fonctionnement. En effet, tous deux ont conscience de la force d'opposition que peut représenter un collectif.

2.3 Synthèse de l'enquête de terrain / Discussion

L'objectif de cette partie est de pouvoir répondre aux quatre questions posées en relation avec ma question centrale de mémoire. Je vais donc tenter de faire le lien entre les apports du cadre conceptuel et les réponses des personnes interviewées lors de l'enquête de terrain.

En quoi le directeur des soins peut-il influencer sur la reconnaissance des cadres ?

L'encadrement a largement pu exprimer des problématiques relatives à un manque de reconnaissance, se sentant à distance de la direction des soins, avec un défaut de communication. Ils évoquent également le sentiment de perte de sens dans leur travail, de ne pas être reconnu par leurs compétences.

Si je reprends les propos de C. Dejours les deux formes de jugement qui permettent d'assouvir le besoin de reconnaissance sont le jugement d'utilité et celui de beauté.

Actuellement, les cadres se sentent utiles au travail au sein de leurs unités. Ils accèdent donc à une forme de reconnaissance. Cependant, j'ai perçu pendant les entretiens que l'encadrement cherche une reconnaissance de la part de la hiérarchie afin de donner du sens à leurs pratiques et pouvoir exprimer leurs compétences à l'échelle institutionnelle.

Le manque de liens entre les cadres, le fait qu'ils ne se connaissent pas entre eux, ne permet pas d'accéder au jugement de beauté. En effet, cette forme de jugement doit être portée par les pairs et nécessite donc, au préalable, de constituer un groupe cadres rassemblé autour de valeurs partagées, de façon à pouvoir permettre la parole de chacun sans crainte de jugement.

De plus, l'encadrement supérieur a du mal à « trouver sa place » dans les organisations. Le directeur des soins, mais aussi la direction au sens large, a un rôle à jouer pour une meilleure reconnaissance des cadres dans l'établissement. L'élaboration d'un projet managérial porté par la direction peut influencer sur l'émergence d'un sentiment d'appartenance au groupe des cadres et donc sur la reconnaissance. Cette politique développée peut être source d'une meilleure productivité et d'efficacité.

En quoi le pôle de soins ou le service permet-il le développement d'une identité de proximité du cadre soignant et ainsi d'être reconnu ?

Comme nous avons pu le voir au travers du cadre théorique, le fonctionnement d'une unité de soins s'apparente à celui d'une microentreprise, au sein même de l'établissement : elle a un but commun, la qualité des soins apportés au patient, et pour cela, a construit des habitudes de travail pluridisciplinaires où chacun a une place qui lui est propre et reconnue. Le cadre de proximité y reçoit donc de la reconnaissance puisqu'il est perçu comme « utile » par les autres membres du groupe.

Il peut s'identifier au groupe et par conséquent développer une identité professionnelle non pas de métier mais de service.

Pour l'encadrement supérieur ou de pôle, il semble plus difficile de s'identifier à cette proximité de terrain. Ils expriment également une difficulté à échanger entre pairs et un manque de communication avec la direction, pouvant conduire à être « oubliés » des échanges entre direction et cadres de proximité.

En quoi l'identité de proximité influe-t-elle sur la possibilité d'acquérir une identité collective ?

L'identité de proximité et le sentiment d'appartenance à une équipe pluridisciplinaire au sein de l'unité qu'un cadre de santé gère est légitime. En effet, les habitudes de travailler ensemble, les codes et normes transmises au sein de l'unité forment la culture organisationnelle, qui conduit elle-même à une forme d'identité collective de service ou de proximité. Cette identité permet au cadre de se sentir utile puisque reconnu dans la place qu'il occupe au sein du service.

L'identité de proximité n'a pas d'influence sur la possibilité d'acquérir une identité collective des cadres.

En effet, nous partageons tous plusieurs identités selon les groupes avec lesquelles nous évoluons. L'idée n'est donc pas de faire disparaître cette identité de proximité mais bien pour le directeur des soins de favoriser la création d'une identité de métier, de type « corporatiste », pour fédérer l'encadrement, dans un objectif de plus-value à l'échelle institutionnelle.

Il faut cependant que l'encadrement ait envie d'intégrer ce collectif, y voit un intérêt de par les valeurs partagées véhiculées par le groupe, et se sente en confiance les uns avec les autres. Il est par conséquent important qu'ils s'« apprivoisent », apprennent à se connaître pour dépasser les préjugés. En effet, un manque de confiance entre les membres d'un groupe traduit « de faibles niveaux d'identification et de coopération potentielle »⁶⁴.

En quoi l'émergence d'une identité collective des cadres peut-elle être une plus-value ?

Si je fais le lien entre le cadre conceptuel de l'identité et l'apport des personnes interviewées lors de cette enquête de terrain, je peux affirmer qu'il n'existe pas sur cet établissement d'identité collective des cadres. En effet, l'absence de temps partagés et de valeurs affichées est un frein à cette construction identitaire.

Pour la direction, fédérer les cadres et donc favoriser l'émergence d'une identité collective, apparaît comme un moyen de dépasser le malaise des cadres sans toutefois, à mon avis, le faire disparaître. Ainsi, une des causes principales identifiées est le rôle multitâche du cadre, source de stress et de tension. Cependant, cela peut aider à décroquer l'exercice du cadre, diminuant son sentiment d'isolement, et lui permettant d'assouvir le besoin de reconnaissance.

Lors des entretiens, l'encadrement a pu exprimer la plus-value d'une identité collective des cadres, affirmant notamment un meilleur dynamisme, une meilleure productivité au travail, de la créativité. Cela peut constituer pour le DS un appui sur une équipe de managers qui coopère, qui soit motivée et impliquée dans les projets institutionnels.

Il semble important de considérer le risque que peut engendrer la constitution d'un tel collectif, susceptible de se montrer force d'opposition.

Cette enquête, bien que non généralisable, puisqu'il s'agit d'un diagnostic réalisé en local sur un établissement, me permet tout de même d'émettre des préconisations pouvant favoriser l'émergence d'une identité collective de l'encadrement.

⁶⁴ CHEDOTEL F., 2004, « Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération », Management, volume 7, Disponible sur Internet, [Visité le 24/09/20] <https://www.cairn.info/revue-management-2004-3-page-161.htm>

3 Préconisations pour le directeur des soins afin de construire une identité collective des cadres

A partir du cadre conceptuel, de l'enquête réalisée sur un établissement, des stages réalisés pendant cette année de formation et de mon expérience professionnelle, je vais pouvoir formuler des préconisations en vue de répondre à l'enjeu d'une construction d'une identité collective des cadres soignants. En effet, construire une identité collective de l'encadrement, c'est aussi positionner les cadres au service de l'institution, comme une force, pour mettre en œuvre les orientations stratégiques sur le terrain. Déterminer des orientations (rôle de la direction) ne prendra pas vie s'il n'y a pas d'effecteurs, de relais de mise en œuvre (rôle de l'encadrement).

Ces pistes d'actions doivent, bien évidemment, se faire en lien avec le directeur de l'établissement et les directions fonctionnelles, particulièrement la direction des ressources humaines.

Ces préconisations comprendront quatre axes :

- La mise en place d'une politique managériale institutionnelle
- La formalisation de règles de fonctionnement
- Une étroite collaboration avec la direction des ressources humaines
- Le DS et le management des cadres

3.1 Axe 1 : La politique managériale institutionnelle

Cette notion est plébiscitée par l'encadrement soignant lors des entretiens réalisés, qui évoque le « *portage institutionnel* », et me semble être primordial pour la réussite d'un tel projet.

Cela dépasse donc le cadre de la direction des soins et doit être affiché comme une réelle volonté de la Direction de l'établissement.

D'après l'évaluation que j'ai pu réaliser lors de mes stages, un volet managérial est souvent présent au sein du projet social et lien avec la qualité de vie au travail (QVT).

3.1.1 Le projet managérial

Certains établissements ont choisi d'inclure, dans leur projet d'établissement, un projet managérial. Formaliser un projet managérial, c'est souligner l'importance de la qualité du management pour le bon fonctionnement de l'hôpital, de la gestion de projets à la qualité des soins prodigués au patient.

Il a pour objectif de définir la contribution de l'encadrement médical et non médical pour la mise en œuvre du projet d'établissement et de renforcer l'implication, l'engagement de l'ensemble des personnels.

De ce fait, il doit être étroitement articulé avec les autres volets du projet d'établissement et particulièrement avec :

- Le projet qualité et gestion des risques : pour une évaluation des pratiques, favoriser le signalement des événements indésirables et introduire une culture de l'amélioration continue.
- Le projet social : pour la qualité de vie au travail par exemple.
- Le projet de soins : afin de favoriser le positionnement de l'encadrement paramédical.

Le projet managérial permet tout d'abord l'implication de tous les personnels en position de management : directeurs, médecins chef de pôle ou de service, encadrement administratif, technique et logistique et encadrement soignant puisqu'il doit être élaboré en co-construction. Il doit favoriser le portage institutionnel de valeurs et de normes de manière à créer une culture organisationnelle et un climat de confiance entre les acteurs.

Il doit s'accompagner d'un dispositif de formation pour permettre aux différents acteurs de progresser, avec pour finalité de répondre aux objectifs fixés dans le projet d'établissement. Comme tout projet, des indicateurs d'évaluation et de suivi seront mis en place.

Il serait intéressant de pouvoir mettre à disposition de l'encadrement soignant et non soignant, un lieu dédié pour des temps informels, comme des temps café après le déjeuner. Ces temps favorisent les relations interpersonnelles et la connaissance de « l'autre ».

3.1.2 La politique d'encadrement du DS

Dans le cas où l'établissement ne dispose pas d'un projet managérial, il est du rôle du DS de promouvoir une politique d'encadrement.

Cette politique doit décliner les modalités de promotion professionnelle (cf. Axe 3), et formaliser les règles de fonctionnement du management avec l'encadrement supérieur et les cadres de proximité afin que ces derniers exercent une forme de management vis-à-vis des équipes soignantes en cohérence avec le cadre posé.

Ainsi, je pense que des temps d'échanges réguliers individuels entre le DS et l'encadrement supérieur sont nécessaires. Ces temps d'échanges avec le cadre de pôle seront orientés

sur l'avancée des projets du pôle, la gestion des risques, les problématiques rencontrées sur le terrain et seront également l'occasion d'évaluer la contractualisation interne des pôles. Ces temps privilégiés en dualité pourront générer de la reconnaissance et renforceront la confiance entre l'encadrement supérieur et la direction des soins.

Des réunions plénières avec l'encadrement supérieur sont également à formaliser. Ces réunions doivent être courtes (1h) et seront principalement axées sur la déclinaison de la politique institutionnelle et des stratégies adoptées.

Enfin, des réunions plénières avec l'encadrement de proximité (environ une fois par trimestre) permettront au DS de s'assurer de la bonne communication entre les cadres de pôle et les cadres de proximité.

Ces différents temps fixés concourent à favoriser une communication de qualité entre la direction et le terrain.

3.2 Axe 2 : Des règles, des documents à formaliser

En l'absence d'un projet managérial, il est du ressort du DS, afin de faciliter l'émergence d'une identité collective, de fixer des règles de fonctionnement. Ces documents seront présentés lors des différentes instances.

Ces règles doivent exister pour optimiser les pratiques managériales, mais aussi, comme évoqué par certains acteurs de l'enquête, pour éviter de créer un collectif qui soit source d'opposition. Ces documents sont :

- La charte de management
- Les fiches de poste
- La communication et l'accès à l'information

3.2.1 L'élaboration d'une charte de management

Une charte de management est un outil de communication interne qui explicite notamment les valeurs professionnelles auxquelles doit se référer l'encadrement. Elle peut favoriser la mise en place d'une culture organisationnelle susceptible de générer une identité collective. Elle permet donc de donner du sens à l'action mais aussi de donner des repères à l'action.

La création d'une charte de management a pour objectif de faire évoluer les pratiques managériales. Elle suppose donc, selon moi, de travailler non seulement sur un système de valeurs comme l'équité, la transparence, sens du service...) mais aussi sur des comportements associés afin de traduire ces valeurs en principes d'actions concrets.

Elle nécessitera, dans un deuxième temps, la création de fiches actions en lien avec les situations problématiques managériales les plus récurrentes identifiées. En effet, une

charte traduit une culture de management. Elle guide donc plus qu'elle n'impose et ne se substitue pas à un référentiel du management qui précisera la ou les conduites à tenir en fonction des situations individuelles rencontrées.

3.2.2 Les fiches de poste et l'entretien annuel d'évaluation

Il est primordial, pour le DS, de pouvoir définir les rôles et missions des personnels d'encadrement. C'est pourquoi les fiches de poste constituent un préalable pour lui permettre d'évaluer le niveau de compétences de l'encadrement, mais aussi déterminer un cadre utile pour que chacun puisse donner du sens à son travail.

Lors de l'enquête, l'encadrement de pôle a pu exprimer ses difficultés à trouver sa place. La définition formalisée du poste doit permettre à chacun de donner du sens à son travail.

Dans le cadre d'un processus de recrutement, la fiche de poste met en exergue les objectifs et les caractéristiques du travail à réaliser.

En outre, les fiches de poste sont des outils d'évaluation pour le DS permettant la mesure des missions effectuées ainsi que des objectifs à atteindre.

3.2.3 La communication et l'accès à l'information

Un autre point important dont d'ailleurs a fait part l'encadrement lors de l'enquête est le lien existant entre la direction des soins et l'encadrement. On entend d'ailleurs parler de la direction, coupée du terrain, siégeant dans sa tour d'ivoire.

Selon moi, le DS doit rester un acteur de terrain et se montrer présent dans les services de soins. Cette proximité renforcera le sentiment de confiance en favorisant les liens relationnels entre le DS et l'encadrement de proximité.

Aujourd'hui, la majorité de la communication passe par voie informatique et les messageries mail. Le DS posera des règles de fonctionnement pour gagner en lisibilité et être plus opérant dans ses réponses. Les cadres de proximité doivent faire remonter leurs demandes à l'encadrement supérieur qui lui, en informe la direction des soins. Cela renforcera la place de l'encadrement supérieur ou de pôle dans le schéma managérial.

On retrouve souvent sur l'intranet des établissements des documents utiles pour les professionnels paramédicaux : formations e-learning, procédures... Par contre, je n'ai pas pu observer de documents utiles pour l'encadrement.

L'existence d'une « boîte à outils », disponible par l'ensemble de l'encadrement, faciliterait la diffusion des informations relatives à leur pratique telles que : actualité, textes de lois.

Les projets menés au sein des pôles ou encore des unités de soins seraient déposés sur cette plate-forme. Cela favoriserait leur diffusion, certains projets pouvant être source d'inspiration. Ces données mises à disposition permettront aux cadres d'interpeler leurs collègues pour des conseils ou avis, et ainsi créer des liens autres que par affinité.

3.3 Axe 3 : Une collaboration DRH/DS nécessaire

La collaboration entre la direction des ressources humaines et la direction des soins est primordiale pour décliner la politique managériale affichée.

Cela passe par :

- La mise en place de groupes d'analyse des pratiques managériales
- Un plan de formation qui reconnaît la place de l'encadrement soignant
- Un dispositif tutoral, une mobilité au bénéfice de la professionnalisation

3.3.1 Analyse des pratiques managériales

Comme je l'ai déjà évoqué précédemment, il est primordial, afin de créer une identité collective des cadres, d'instaurer des temps partagés, avec l'objectif de créer des normes, des codes, des pratiques auxquels l'ensemble de l'encadrement soignant puisse se rattacher.

L'analyse des pratiques managériales est un espace qui permet la verbalisation de situations problématiques rencontrées et la mise en évidence d'hypothèses et de pistes de résolution. Elle repose sur les expériences et compétences de chaque membre du groupe de travail et vise, par l'introspection collective, la professionnalisation des acteurs.

La mise en place de temps d'analyse des pratiques constitue un axe important de développement de compétences et de postures managériales partagées.

Ces groupes, composés de pairs, externalisent l'encadrement de leur situation d'isolement liée à la fonction, favorisent les échanges engagent une démarche réflexive à partir de situations managériales vécues, développant ainsi des stratégies de management appropriées au contexte.

Ces groupes sont animés, soit par un intervenant extérieur, comme par exemple une psychologue du travail, mais également entre pairs, dans le cadre d'une autre forme d'analyse des pratiques nommées techniques de co-développement. Cette dernière, pour

être opérationnelle, nécessitera au préalable une formation de l'ensemble de l'encadrement.

Ce dispositif devra, bien sûr, être évalué afin de mesurer son efficacité et sa plus-value.

3.3.2 Des axes de formation spécifiques et collectifs

Un des intérêts de l'analyse des pratiques managériales est de pouvoir faire remonter au DS les problématiques récurrentes rencontrées par les cadres de proximité afin de proposer des actions de formations collectives, basées par exemple, sur des séminaires. En effet, l'encadrement évoque le manque de formation, le sentiment que le « *fait d'avoir eu une année de formation à l'IFCS les dispense par la suite de temps de formation* ».

Le DS devra négocier avec la DRH pour qu'un budget annuel soit instauré pour qu'un axe du plan de formation soit dédié à l'encadrement.

Des thématiques récurrentes connues peuvent être remontées via l'analyse des pratiques, je pense notamment à la gestion de conflit, la gestion de personnalité difficiles. D'autres thèmes sont nécessaires au maintien des compétences et des connaissances de l'encadrement.

A terme, nous pourrions imaginer la constitution d'un « bureau cadres » destiné à organiser ces séminaires.

3.3.3 Professionnalisation, tutorat et mobilité

Afin de permettre à chaque nouvel arrivant dans l'équipe d'encadrement d'assimiler rapidement cette culture professionnelle, nous préconisons la mise en place d'un parcours de professionnalisation.

Le parcours d'un cadre de proximité commence par la détection d'un potentiel, en lien avec un projet professionnel, dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation que le cadre de santé réalise avec les membres de son équipe soignante.

Cette possible candidature se doit, à mon sens, d'être suivie par un entretien avec le DS en présence, si possible, de la DRH. Lors de cet entretien, il sera possible de faire prendre connaissance au candidat de la charte de management, rappelant ainsi les valeurs managériales qui en découlent.

Le candidat sera alors informé de la mise en place d'un dispositif tutoral contractualisé pour accompagner l'agent nouvellement positionné en situation de management vers une professionnalisation.

Chaque tuteur doit pouvoir faire connaître la charte de management et les valeurs affichées. De plus, le tuteur a un rôle de guidant pour le « novice » en lui apportant ses conseils, sa

façon de gérer certaines situations rencontrées, conduisant un système de pratiques managériales partagées.

Le tutorat peut donc faciliter la professionnalisation et le développement de compétences du « novice » tout en s'assurant qu'il partage les valeurs managériales institutionnelles et des pratiques cautionnées par le collectif.

De la même façon, lors de son retour de l'IFCS, un dispositif similaire pourra être mis en place afin d'accompagner le jeune cadre dans sa prise de fonction.

La mobilité des cadres dans les établissements est un sujet délicat à manier. En effet, les cadres sont souvent positionnés dans les services en fonction de compétences et expérience passée. La mobilité existe, dans la plupart des cas, uniquement en cas de départ d'un de ses membres. Or, la mobilité est un bon moyen de découvrir d'autres fonctionnements de services. Bien entendu, le DS devra associer les médecins aux procédures de recrutement ou d'affectation mais aussi pour et l'évaluation de l'encadrement.

Le DS doit permettre le décloisonnement en proposant, par exemple, la mise en place de journées « vis ma vie » pendant lesquelles un cadre peut passer une journée avec un autre cadre d'un autre pôle. Ce dispositif peut favoriser l'attractivité d'un poste lors d'une vacance à pourvoir ou pour confirmer un choix de projet professionnel.

3.4 Axe 4 : Le directeur des soins et le management des cadres

3.4.1 La place de la CSIRMT

La commission des soins infirmiers et de rééducation médicotechnique est une instance consultative dans la gouvernance hospitalière.

D'après mon expérience professionnelle, cette instance est parfois utilisée comme un moyen d'assurer une communication descendante, où sont présentés les projets et la stratégie institutionnelle ou encore les plans de formation, aux membres pluri professionnels de cette instance.

Cette instance pourrait également être utile pour une meilleure reconnaissance de l'encadrement.

Le projet de soins doit être élaboré en mode participatif. Une implication pluri professionnelle est nécessaire afin que ce projet prenne sens pour tous. Permettre le pilotage des différents groupes de travail pour la construction puis le suivi du projet de soins

par l'encadrement supérieur renforcera leur place dans la stratégie institutionnelle et sera donc source de reconnaissance et de valorisation.

Le DS peut également solliciter les membres de la CSIRMT (cadres de proximités ou cadres de pôle) afin de piloter des sous-commissions pour développer la recherche en soins paramédicale ou encore la gestion des risques en lien avec la direction de la qualité s'il y en a une au sein de l'établissement.

La CSIRMT, selon moi, ne doit pas être qu'une instance de transmission d'informations descendantes. C'est aussi un temps durant lequel des cadres et des soignants des unités peuvent présenter des projets afin de les valoriser et motiver la mise en route de projets dans les autres services.

3.4.2 Le management transversal

Ces dernières années, les fonctions transversales se sont développées avec l'objectif de favoriser une approche centrée sur le patient et son parcours.

Je pense que le DS doit penser le management des cadres en confiant notamment la gestion de certains dossiers ou projets en transversal. D'ailleurs, le rapport de recommandations sur la gouvernance du Professeur O. Claris paru en juin 2020 indique, concernant le management, le « *souhait de l'encadrement soignant de réinventer les pratiques managériales dans une approche décloisonnée* »⁶⁵.

La transversalité est un moyen pour le manager de légitimer ses compétences, son savoir-faire et savoir-être. Il permet également le décloisonnement lié à l'organisation en unités de soins ou, à une autre échelle, au pôle d'activités.

Ce mode managérial nécessite de la part du DS une bonne connaissance des compétences des cadres. En effet, une des principales difficultés identifiées est la légitimité de l'acteur positionné en transversal aux yeux des pairs et des soignants. Le DS doit donc s'assurer, pour ne pas mettre en péril le projet, de nommer la « bonne personne au bon endroit ».

3.4.3 Le GHT, une perspective de construction identitaire ?

Les GHT, créés par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 doivent être une force et source d'initiative de projets inter établissements afin d'améliorer le

⁶⁵ Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières, juin 2020, Disponible sur Internet, [Visité le 3/10/20] <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-professeur-olivier-claris-a-remis-son-rapport-de-recommandations-sur-la>

parcours de soins du patient à l'échelle territoriale. Cette nouvelle organisation peut favoriser l'émergence d'une identité collective de l'encadrement.

Il me semble que les DS, à l'échelle du GHT, par l'élaboration du projet de soins partagé, gagneraient à formaliser un axe concernant le management. Des dispositifs de formation inter établissements peuvent se mettre en place. De plus, les compétences développées par certains cadres pourraient être mises à disposition des autres établissements afin de proposer des formations mutualisées.

Je pense enfin que les analyses de pratiques managériales pourraient, par exemple, être mises en œuvre avec des groupes composés de cadres émanant des différents établissements du GHT. Ces échanges favoriseront les relations interpersonnelles et interprofessionnelles permettant de construire des pratiques partagées à l'échelle territoriale.

Conclusion

Un directeur d'établissement récemment rencontré m'a confié que l'encadrement soignant est, selon lui, « *le métier le plus difficile à l'hôpital* ». Ces difficultés sont multifactorielles : une profession qui a du mal à construire des normes et des pratiques partagées dans un contexte de mouvance des organisations hospitalières et de contraintes économiques, une évolution rapide du métier, une multiplicité des missions, l'évolution des droits et de l'exigence du patient concernant la qualité et la sécurité des soins et l'isolement ressenti, seul à gérer les problématiques du quotidien.

En questionnant la possibilité pour le DS d'insuffler une dynamique afin de favoriser le sentiment d'appartenance de l'encadrement soignant à un collectif professionnel, je pensais que cela permettrait de dépasser le malaise des cadres. Je prends conscience à la fin de ce travail que cela ne suffira pas à éliminer le sentiment de mal être au travail mais peut participer à l'atténuer. Ce mémoire professionnel me permet d'affirmer que la création d'une identité collective des cadres favoriserait leur fédération, leur implication dans les projets institutionnels et ainsi gagner en reconnaissance. En effet, l'encadrement soignant est un acteur fondamental de la direction des soins. Il est donc primordial pour le DS de s'assurer de la cohésion de l'équipe de cadres.

L'enquête réalisée au sein d'un établissement de santé me permet de confirmer que le directeur des soins doit créer un lien de confiance en élaborant une stratégie qui dépasse la direction des soins. En effet, c'est l'ensemble de la direction et le corps médical (chefs de pôle et de services) qui doivent être impliqués dans un tel projet.

D'ailleurs, le rapport remis par le Professeur Claris⁶⁶ en juin 2020 va dans ce sens. On retrouve une recommandation préconisant de rendre obligatoire l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance comportant un volet médical et déclinant les valeurs de l'établissement.

Je sais déjà que, suite à ma prise de fonction, une de mes missions confiées par le directeur de l'établissement sera d'élaborer un projet de management. J'ai bien conscience que je ne devrai pas me lancer dans un tel projet sans établir un diagnostic et affiner ma connaissance du contexte dans lequel évolue l'établissement.

⁶⁶ Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières, juin 2020, Disponible sur Internet, [Visité le 3/10/20]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-professeur-olivier-claris-a-remis-son-rapport-de-recommandations-sur-la>

Les enseignements et les temps de stage suivis lors de mon année de formation à l'EHESP m'ont apporté des outils, de la méthodologie qui favorisera la compréhension du contexte.

Une des perspectives à la création d'une identité collective des cadres me semble être axée sur l'échelle territoriale avec la mise en place des GHT.

En effet, les DS devront pouvoir collaborer en apportant de la cohérence avec leur système de management. Une politique managériale de territoire serait alors à élaborer. Il est du rôle du DS d'accompagner ses équipes de cadres dans cette nouvelle organisation afin de lever les inquiétudes et de leur permettre d'être reconnus pour leur domaine d'expertise et leurs compétences.

Bibliographie

OUVRAGES

- ALEXANDRE-BAILLY F. et al., 2016, « *Comportements humains et management* », Edition Pearson, 5^{ème} édition, Paris, 409 p.
- ALLOUCHE J. et SCHMIDT G., 1995, « *Les outils de la décision stratégique* », Éditions La Découverte, Paris, 124 p.
- Sous la Direction de Norbert ALTER, 2006, « *Sociologie du monde du travail* », Presses Universitaires de France, Paris, 368 p.
- ANZIEU D. et MARTIN J-Y, 2013, « *La dynamique des groupes restreints* », Presses Universitaires de France, Paris, 234 p.
- AUBERT N. et al., 2010, « *Management, aspects humains et organisationnels* », Presses Universitaires de France, Paris, 656 p.
- BOLTANSKI L., 1982, « *Les cadres : la formation d'un groupe social* », édition de minuit, Paris, 523 p.
- BOURNOIS F. et S ROUSSILLON S., 1998, « *Préparer les dirigeants de demain* », Éditions d'Organisation, Paris, 496 p.
- DUBAR C., 2000, « *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation* », Presses Universitaires de France, Paris, 239 p.
- DUBAR C., 2015, « *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* », édition Armand Colin, 5^{ème} édition, Paris, 251 p.
- DUPRIEZ P. et SIMONS S., 2002, « *La résistance culturelle* », éditions De Boeck, 2^{ème} édition, Bruxelles, 360 p.
- HONNETH A., 2002, « *La lutte pour la reconnaissance* », éditions du Cerf, Paris, 232 p.
- LINTON R., 1977, « *Le fondement culturel de la personnalité* », Bordas, Paris
- MASLOW A., 2004, « *Parcours de la reconnaissance* », éditions Stock, Paris,
- MEIER O., 2013, « *Management interculturel* », 5^{ème} édition Dunod, Paris, 336 p.
- MINTZBERG H., 2006, « *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* », éditions d'organisation, 2^{ème} édition, Paris, 284 p.
- RICOEUR P., 2004, « *Parcours de la reconnaissance* », éditions Stock, Paris, 385 p.

- ROCHER G., 1968, « *Introduction à la sociologie générale* », Tome 1, éditions du Seuil, Paris, 189 p.
- SAINSAULIEU R., 1996, « *L'identité au travail* », Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 3^{ème} édition, Paris, 600 p.
- THEVENET M., 2015, « *La culture d'entreprise* », Presses Universitaires de France, 7^{ème} édition, Paris, 128 p.

TEXTES DE REFERENCES

- Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 portant la création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant(e)
- Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics
- Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

DOCUMENTS ET RAPPORTS

- Pr CLARIS O., juin 2020, Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières
- COUTY E., 2013, Le pacte de confiance pour l'hôpital
- DE SINGLY C., 2009, Rapport de la mission Cadres Hospitaliers

REVUES

- BRITO O., PESCE S., « *De la recherche qualitative à la recherche sensible* », Spécificités 2015/2 (n°8), p1-2
- CHEDOTEL F., 2004, « *Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération* », Management, volume 7, disponible sur Internet, [Visité le « 3/09/20 »],
<https://www.cairn.info/revue-management-2004-3-page-161.htm>
- DIVAY S. et GADEA C., avril 2008, « *Les cadres de santé face à la logique managériale* », Revue française d'administration Publique, n°108, Disponible sur Internet, [Visité le 7/05/20],
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2008-4-page-677.htm>
- DUBAR C., 1992, « *Formes identitaires et socialisation professionnelle* », Revue française de sociologie, n°33-4, p.505
- FEUDIO J. R., mars 2006, « *Homogénéité, hétérogénéité de l'équipe dirigeante* », Revue des Sciences de Gestion, n°219, Disponible sur Internet, [Visité le 8/05/20],
<https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2006-3-page-115.htm#pa3>
- FRAY A.M. et PICOULEAU S., 2010, « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité du travail* », Management et Avenir, n°38, disponible sur Internet, [Visité le 4/09/20],

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>

- MOUSLI M., « *La culture d'entreprise : essentielle mais délicate à manier* », Alternatives économiques, hors-série 79, 1er trimestre 2009
- RENOU-NATIVEL C., janvier 2016, « *Les cadres de santé pris entre deux feux* », Santé et Travail, Disponible sur internet [visité le 23/03/20]
<https://www.sante-et-travail.fr/cadres-sante-pris-entre-deux-feux>
- VIARD P., décembre 2012, « *De la cornette au stéthoscope* », conférence entreprise et sacré : regards transdisciplinaires, Disponible sur Internet, [Visité le 2/05/20]
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01140022/document>
- Dossier « *De la reconnaissance à l'estime de soi* », Sciences Humaines, n°131, octobre 2002, Éditions Sciences Humaines, 114 p.

SITOGRAFIE

www.sante-et-travail.fr

<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

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

<https://hal.archives-ouvertes.fr/>

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

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

<http://cgsst.com/>

<https://www.larousse.fr/>

<http://socio-anthropologie.revues.org/116>

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien exploratoire pour l'encadrement soignant

Annexe 2 : Guide d'entretien exploratoire pour la direction et le médecin-chef de pôle

Annexe 1

Guide d'entretien exploratoire (cadres de pôle et cadres de proximité)

Grille d'entretien exploratoire pour l'encadrement

Bonjour, je suis élève directeur des soins et je réalise un mémoire de fin d'études. Le thème général de ce travail est d'explorer l'opportunité de la création d'une identité collective des cadres pour dépasser le malaise des cadres. Je souhaite donc pouvoir vous interviewer à ce sujet.

Cet entretien est confidentiel et restera anonyme. Me permettez-vous de l'enregistrer ?

Questions posées	Ce que je recherche
Q1 Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours professionnel ?	Je cherche à instaurer une relation de confiance avec l'interviewé Le parcours professionnel peut apporter des clés de compréhension
Q2 On évoque assez largement le malaise des cadres...Que pouvez-vous en dire ?	Je cherche à vérifier que le malaise des cadres est présent, à en identifier les causes Je cherche à comprendre le contexte
Q3 Qu'est ce qui aujourd'hui vous apporte de la satisfaction au travail ?	Je souhaite vérifier la présence d'une identité de proximité et identifier les sources de reconnaissance
Q4 Pensez-vous faire partie d'un collectif cadres ? ...Pourquoi ?	Je cherche à comprendre les freins et les enjeux à la mise en place d'une identité collective des cadres
Q5 Qu'apporterait la création d'une identité collective des cadres et comment s'y prendre ?	Je cherche à comprendre les opportunités et menaces liés à une identité collective des cadres ainsi que les leviers pour la créer
Q6 Est-ce qu'il y a quelque chose d'important que nous n'aurions pas abordé et que vous souhaiteriez ajouter ?	Je laisse la possibilité à l'interviewé d'aborder un thème qui lui semblerait important et dont nous n'aurions pas parlé.

Annexe 2

Guide d'entretien exploratoire (directeurs et médecin chef de pôle)

Grille d'entretien exploratoire pour la direction et le médecin chef de pôle

Bonjour, je suis élève directeur des soins et je réalise un mémoire de fin d'études. Le thème général de ce travail est d'explorer l'opportunité de la création d'une identité collective des cadres pour dépasser le malaise des cadres. Je souhaite donc pouvoir vous interviewer à ce sujet.

Cet entretien est confidentiel et restera anonyme. Me permettez-vous de l'enregistrer ?

Questions posées	Ce que je recherche
<p><u>Q1</u> Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours professionnel ?</p>	<p>Je cherche à instaurer une relation de confiance avec l'interviewé</p> <p>Le parcours professionnel peut apporter des clés de compréhension</p>
<p><u>Q2</u> On évoque assez largement le malaise des cadres...Que pouvez-vous en dire ?</p>	<p>Je cherche à vérifier que le malaise des cadres est présent, à en identifier les causes</p> <p>Je cherche à comprendre le contexte</p>
<p><u>Q3</u> Qu'est ce qui selon vous apporte aux cadres de la satisfaction au travail ?</p>	<p>Je souhaite vérifier la présence d'une identité de proximité des cadres et identifier les sources de reconnaissance au travail</p>
<p>Q4 Pensez-vous qu'il y ait un collectif cadres sur votre établissement ? ...Pourquoi ?</p>	<p>Je cherche à comprendre les freins et les enjeux à la mise en place d'une identité collective des cadres</p>
<p>Q5 Qu'apporterait selon vous la création d'une identité collective des cadres et comment s'y prendre?</p>	<p>Je cherche à comprendre les opportunités et menaces liés à une identité collective des cadres ainsi que les leviers pour la créer</p>
<p>Q6 Est-ce qu'il y a quelque chose d'important que nous n'aurions pas abordé et que vous souhaiteriez ajouter ?</p>	<p>Je laisse la possibilité à l'interviewé d'aborder un thème qui lui semblerait important et dont nous n'aurions pas parlé.</p>

Directeur des soins

Promotion 2020 – Caroline Aigle

Créer une identité collective de l'encadrement : une stratégie pour le directeur des soins pour dépasser le malaise des cadres**Résumé :**

Le malaise des cadres est un phénomène médiatisé depuis déjà plusieurs années qui perdure encore. A l'hôpital, l'encadrement soignant, pourtant reconnu depuis une décennie comme étant un maillon essentiel de transmission d'informations entre la direction et les acteurs de terrain, a des difficultés pour créer une identité professionnelle de métier, exprimant un manque de reconnaissance et une pénibilité du travail.

Dans ces conditions et parce que le DS a besoin de son équipe cadres pour mener à bien ses missions, il semble primordial que celui-ci se penche sur la possibilité de créer une identité collective dans un but d'efficience, de bien-être au travail et de créativité.

Aussi la question centrale de ce mémoire professionnel est :

En quoi la politique managériale du directeur des soins peut-elle favoriser l'émergence d'une identité collective des cadres soignants afin de dépasser le malaise des cadres ?

Une enquête réalisée au sein d'un établissement auprès de membres de direction, médecin-chef de pôle et encadrement met en évidence les sources du malaise des cadres et identifie des leviers nécessaires à la création identitaire professionnelle.

De ce fait, je propose des pistes d'actions ou préconisations susceptibles de permettre la création d'une identité collective des cadres, facteur de performance, de coopération et de créativité, au service de l'institution et de la direction des soins autour de 4 axes :

- La mise en place d'une politique managériale institutionnelle
- La formalisation de règles de fonctionnement
- Une étroite collaboration avec la direction des ressources humaines
- Le DS et le management des cadres

Mots clés :

Directeur des soins, malaise des cadres, identité collective, culture organisationnelle, reconnaissance, valeurs, appartenance, projet managérial, communication, encadrement soignant

