



**EHESP**

---

**Filière Directeur des Soins**

Promotion : **2011**

Date du Jury : **Décembre 2011**

---

# **Une stratégie managériale en réponse aux attentes des cadres de santé**

---

**Thérèse ROMA**

« Quand on dirige des hommes, on a le choix de la manière :  
on en appelle à leurs mains, à leur tête ou à leur cœur.  
Le mieux est de ne rien délaissier ».<sup>1</sup>

CARPINELLI. F.

Si on est droit, on n'a pas besoin de donner des ordres pour être écouté.  
Si on ne l'est pas, on a beau donner des ordres, on ne sera pas suivi.

CONFUCIUS

---

<sup>1</sup> CARPINELLI F., Psychologue du travail dans MABROUK J., mai/juin 2009, « Management hospitalier : encadrer ou manager ? », *Revue hospitalière de France*, n°528, p 63.

---

# Remerciements

---

Mes remerciements à vous tous qui avez contribué à ce que ce document voit le jour.

Vous qui m'avez livrée, avec confiance et sincérité, votre expérience, vos impressions, votre vécu...

Vous qui m'avez aidée à clarifier, à décoder, à analyser...

Vous qui m'avez soutenue, encouragée, stimulée, bousculée et accompagnée sur la durée...

Vous qui m'avez relue, conseillée, orientée, corrigée...

A vous, G7, présents dans les pires et les meilleurs moments, tout au long de cette année si particulière...

A tous grand merci.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 L'hôpital : un environnement mouvant qui impacte fortement les acteurs</b> .....	<b>5</b>
1.1 Un contexte en constante évolution.....	5
1.1.1 Des réformes dont le rythme s'accélère .....	5
1.1.2 Des évolutions sociétales qui percutent le monde hospitalier .....	8
1.2 Des acteurs fortement impactés.....	10
1.2.1 Cadres de santé : une fonction nouvelle dont les difficultés d'exercice sont identifiées.....	11
1.2.2 Directeur des soins : une fonction à revisiter .....	15
1.3 Un mode de management qui évolue.....	18
<b>2 Une enquête de terrain pour objectiver les difficultés des cadres de santé.....</b>	<b>21</b>
2.1 Méthodologie de l'enquête .....	21
2.1.1 Le terrain de l'enquête.....	21
2.1.2 L'échantillon interviewé .....	22
2.1.3 Le choix de l'outil de recueil d'information. ....	22
2.1.4 Les limites et les points forts du travail .....	23
2.2 Analyse .....	24
2.2.1 Présentation des personnes interrogées .....	24
2.2.2 Cadre de santé : des attentes connues et partagées .....	26
2.2.3 Cadre de santé : malgré des satisfactions, des difficultés identifiées mais dont la prise en compte demeure insuffisante .....	30
2.2.4 Cadre de santé : des attentes vis-à-vis des cadres de pôles et du directeur des soins.....	35
<b>3 Directeur des soins : une stratégie managériale .....</b>	<b>39</b>
3.1 Une charte pour acter des principes partagés entre les acteurs .....	39
3.2 Des groupes d'échange pour lutter contre le sentiment de solitude professionnelle.....	45
3.2.1 Des groupes d'échange de pratiques professionnelles.....	45
3.2.2 Des temps de partage avec les DS. ....	46

3.2.3	Un temps individuel avec le DS .....	47
3.3	Un véritable contenu de métier pour rompre avec le sentiment d'invisibilité ressenti par les cadres .....	48
3.4	Des conditions favorables à l'engagement des professionnels .....	48
<b>Conclusion .....</b>		<b>50</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>53</b>
<b>Liste des annexes.....</b>		<b>I</b>
<b>Annexe 1 : Norme ISO 26000 .....</b>		<b>II</b>
<b>Annexe 2 : Charte de management du CH de Saint Quentin .....</b>		<b>VI</b>
<b>Annexe 3 : Guide d'entretien CS.....</b>		<b>VII</b>
<b>Annexe 4 : Guide d'entretien CSS .....</b>		<b>VIII</b>
<b>Annexe 5 : Guide d'entretien DS gestion .....</b>		<b>IX</b>
<b>Annexe 6 : Guide d'entretien DS formation .....</b>		<b>X</b>
<b>Annexe 7 : Guide d'entretien DRH .....</b>		<b>XI</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CGDS</b>	Coordonnateur/trice Général(e) Des Soins
<b>CS</b>	Cadre de Santé
<b>CCI</b>	Certificat Cadre Infirmier
<b>CSIRMT</b>	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
<b>CSS</b>	Cadre Supérieur de Santé
<b>CSP</b>	Cadre Supérieur de Pôle
<b>DHOS</b>	Direction Hospitalière de l'Offre de Soins/Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
<b>DS</b>	Directeur/Directrice des Soins
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>FF CS</b>	Faisant Fonction Cadre de Santé
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IADE</b>	Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
<b>IFCS</b>	Institut de Formation des Cadres de Santé
<b>MR</b>	Management Responsable
<b>RPS</b>	Risques Psycho-Sociaux
<b>RSE</b>	Responsabilité Sociale de l'Entreprise
<b>T2A</b>	Tarifcation à l'activité

## Introduction

Depuis quelques années, le contexte hospitalier est marqué par de profonds bouleversements. Les réformes, nombreuses et successives, viennent modifier la gestion des établissements. Les organigrammes changent. Les pôles d'activités ont conduit à une redistribution des responsabilités et des articulations. L'émergence du « patient expert » signe la place prépondérante des usagers dans le système de santé. Les exigences croissantes de sécurité et de qualité, le poids toujours plus grand des systèmes de certification/qualité et l'application scrupuleuse du principe de précaution exercent une emprise importante sur la structure hospitalière et son fonctionnement.

Ce contexte, positionne les cadres en première ligne : *« véritables pivots des organisations administratives, soignantes, socio-éducatives, techniques et ouvrières, les [...] cadres sont au centre de tous les enjeux et maîtres d'œuvre associés au changement. C'est d'eux dont dépend la performance quotidienne [...] »*<sup>2</sup>. Ils ont un rôle central, dans la mesure où ils se situent à l'interface entre les différentes logiques hospitalières. Ils ont pour mission d'accompagner les équipes dans la traduction et l'interprétation concrète et quotidienne des différentes réformes. Certains auteurs vont jusqu'à dire que les cadres intermédiaires exercent un peu le rôle inconfortable des amortisseurs de voiture : *« un rôle capital et extrêmement actif qui assure le bon contact des roues avec la route – la bonne tenue de route du véhicule –, et un rôle passif qui consiste à « encaisser » les chocs et à préserver ainsi la durée de vie de la mécanique autant que de ses occupants »*<sup>3</sup>. En contrepartie, la durée de vie d'un amortisseur est d'une brièveté qui peut interroger. De fait, nombreux sont les rapports, articles et commentaires soulignant le « malaise » des personnels hospitaliers, en particulier des cadres, le *« sentiment confus de méfiance, d'angoisse et d'inquiétudes »*<sup>4</sup> ressenti par les professionnels. La mission animée par Chantal De SINGLY en 2009, à la demande de Madame la ministre de la santé, pour réfléchir à l'évolution des fonctions de cadre hospitalier était une réponse à ces inquiétudes exprimées par les professionnels de terrain. Le rapport de la mission met en évidence que *« le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle »*<sup>5</sup>. La position intermédiaire qu'ils occupent confronte les cadres à des contradictions et des conflits de loyauté. La mission parle de *« malaise si récurrent qu'on peut le dire constitutif de leur position spécifique »*<sup>6</sup>. En outre, *« la plupart des observateurs s'accordent pour estimer que le rôle des cadres a*

---

<sup>2</sup> TOUPILLIER D., YAHIEL. M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, p 11.

<sup>3</sup> HEES M., 2010, *Le management à l'hôpital : Science, art ou magie ?*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions Seli Arslan- p 34-35.

<sup>4</sup> GILIOLO C., aout 2007, « Nouvelle gouvernance, de la disqualification à l'inquiétude », *Soins Cadres de santé*, n°63, p 51.

<sup>5</sup> DE SINGLY C., Septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, p 28.

<sup>6</sup> Ibid. p 21.

*considérablement évolué depuis quelques années, au point d'être devenu assez écrasant* »<sup>7</sup>. Le cadre de santé est « *envahi par le présent et percuté par le devenir* »<sup>8</sup>. Certains acteurs parlent de « chaos vocationnel » pour les cadres et on assiste à une baisse des demandes d'admissions en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS)<sup>9</sup>. Une pénurie de Cadres de Santé (CS) est annoncée du fait des départs en retraite d'ici 2015 et les établissements de santé risquent de rencontrer des difficultés pour pourvoir leurs postes.

Dans ce contexte de changements et d'évolutions, l'encadrement est au cœur du système sur lequel pèsent les enjeux toujours plus grands d'efficacité. Dans le dispositif de l'organisation polaire, le cadre de pôle ou cadre supérieur de pôle est légitimé par la fonction qui lui est dévolue. La question se pose pour les autres cadres alors même que leur place dans la conduite d'unités de soins, dans la gestion de projet est plus que jamais indispensable. L'hôpital a besoin de CS compétents, performants, bien positionnés dans leur fonction et leur rôle pour réussir ce défi.

En tant que futur Directeur des Soins (DS), nous nous interrogeons sur ces changements et sur la manière de les accompagner tant sur le plan culturel que managérial. Le DS est chargé de « *coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et d'en assurer l'animation et l'encadrement* »<sup>10</sup>. Tout comme, sous l'autorité du directeur d'établissement, « *Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement* »<sup>11</sup>. Le DS est responsable de l'organisation des soins et se doit de développer une stratégie managériale visant à accompagner l'encadrement dans ces nouvelles organisations pour lui permettre d'assumer pleinement ses responsabilités. C'est le cadre supérieur de pôle qui est le responsable direct de l'animation de l'équipe de CS du pôle. Pour autant, le DS ne peut « abandonner » la place. Tout en laissant l'autonomie nécessaire aux cadres supérieurs de pôle, il est essentiel que le DS s'intéresse au vécu des CS, qu'il identifie les difficultés rencontrées, les craintes qui y sont associées, les besoins nouveaux qui émergent pour mieux définir sa stratégie et l'adapter. Car il doit pouvoir s'appuyer sur un groupe de CS<sup>12</sup> homogène, solidaire, bien positionné pour impulser la nécessaire politique d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins.

---

<sup>7</sup> YAHIEL M., MOUNIER C., Novembre 2010, Rapport « Quelles formations pour les cadres hospitaliers? », p 13.

<sup>8</sup> Dominique BOURGEON directeur des soins, IFCS, CHU Poitiers – Séminaire annuel des anciens directeurs des soins EHESP- 12 avril 2011.

<sup>9</sup> Il y a peu ou pas de données quantitatives sur le phénomène. Cependant, sur le terrain d'enquête les quatre IFCS interrégionales notent une baisse sensible des inscriptions au concours depuis 3 à 4 ans. Pour 2011, l'IFCS rattaché au Centre Hospitalier Universitaire (CHU), lieu du recueil d'information, enregistre une baisse de 25 % des inscriptions au concours.

<sup>10</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°227 du 30 septembre 2010.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> L'appellation « cadre de santé » s'est imposée à l'hôpital, dans ce travail, elle désigne les cadres paramédicaux (infirmiers de rééducation et médico-techniques)

Ces différents éléments m'amènent à poser la question de départ suivante :

**En quoi le directeur des soins peut-il contribuer à accompagner les cadres de santé dans les difficultés qu'ils rencontrent ?**

Pour répondre à cette question centrale, je mobiliserai les sous questions suivantes :

- Quelles sont les attentes du DS, des cadres de pôle, du Directeur des Ressources Humaines (DRH) vis-à-vis des cadres de santé ?
- Quelles sont les difficultés que rencontrent les cadres de santé ?
- Quelles sont les attentes des CS vis-à-vis du DS ?

Ces questions nous conduisent vers une démarche d'exploration auprès de DS, de cadres de pôle et de CS. Il nous a semblé important de rencontrer également un directeur des ressources humaines et un directeur d'IFCS. Ce travail de recherche a été conduit dans un unique établissement, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Nous avons pu, à la fois, examiner les outils institutionnels (projet d'établissement, dispositif d'accompagnement des futur CS...), et conduire des entretiens auprès des professionnels ciblés.

La première partie de ce mémoire s'attachera à rendre compte de la complexité de l'environnement hospitalier qui impacte les CS et les DS. Leurs fonctions, elles mêmes soumises à des évolutions importantes, les obligent à revoir leur positionnement. Face à cet environnement contraint, le mode de management des individus évolue progressivement.

La seconde partie sera consacrée à l'exploration des questions de travail retenues. Elle mettra en évidence que les attentes vis-à-vis des CS sont connues et partagées. Les difficultés des CS, quant à elles, sont bien identifiées par les différents acteurs. Le rôle du DS est primordial, notamment, par l'influence qu'il est susceptible d'exercer. Pour autant, la prise en compte des difficultés rencontrées par les CS dans l'exercice de leur fonction demeure insuffisante.

Enfin, la troisième partie permettra de mettre en perspective les résultats de cette recherche pour envisager un ensemble de préconisations adaptées au contexte. Nous examinerons, entre autre, le bénéfice de la mise en place d'une charte pour acter des principes partagés par tous. Des groupes d'échanges seront également proposés pour lutter contre le sentiment de solitude des CS.

# 1 L'hôpital : un environnement mouvant qui impacte fortement les acteurs

## 1.1 Un contexte en constante évolution

Cette partie se propose d'explicitier, afin de mieux le comprendre, le contexte hospitalier actuel. Celui-ci influe, en effet, sur l'exercice des fonctions de CS et de DS.

### 1.1.1 Des réformes dont le rythme s'accélère

Le monde hospitalier vit ces dernières années de profonds bouleversements. Les réformes successives viennent modifier et amplifier les contraintes qui s'exercent sur les établissements de santé. Il ne s'agit pas ici de reprendre toutes les réformes ni leurs contenus. Nous nous proposons, simplement, de mettre en perspective l'ensemble des évolutions réglementaires et surtout le rythme auquel elles se succèdent.

A partir des années 1980, la crise économique s'accompagne de l'aggravation des déficits des régimes sociaux. Les innovations techniques et scientifiques de plus en plus coûteuses vont de pair avec une augmentation de la demande en soins. Pour les pouvoirs publics, il devient alors primordial de concilier l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et de réguler les dépenses de santé afin de freiner leur augmentation croissante. La **loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière lance un grand mouvement de réformes. Elle met en place le service public hospitalier et organise la planification hospitalière en créant la carte sanitaire. Pour lutter contre le caractère inflationniste du financement par le prix de journée, la **loi n°83-25 du 19 janvier 1983** portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale instaure la dotation globale et le forfait journalier. La **loi n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière, dite loi Evin, vise la réduction du nombre de lits et des coûts hospitaliers. Elle renforce la carte sanitaire avec la création d'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et elle introduit le principe d'une évaluation des activités de soins. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) chargées de piloter le système hospitalier à un niveau régional sont créées par l'**ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance Juppé. Ce dernier texte introduit également les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui déterminent, entre autre, les éléments financiers de fonctionnement et d'investissement des établissements de santé pour 3 ans minimum. L'**ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003** portant simplification administrative, met en place le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) dont l'objectif est de décrire, et de faire connaître, l'activité d'un établissement et qui conduira, avec l'**ordonnance du 24 avril 2004**, à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Avec ce nouveau mode de financement qui privilégie « *les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens* »<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

les établissements basculent dans une logique de résultats. Le gouvernement introduit des règles de gestion de l'entreprise privée à l'hôpital public. Il impulse la concurrence par la comparaison comme facteur incitatif de la performance. Et il vise l'harmonisation des modes de financements entre le public et le privé. Le **plan « Hôpital 2007 »**<sup>14</sup> lance la Nouvelle Gouvernance. L'organisation interne des établissements de santé est modifiée. Les instances des établissements sont bouleversées dans leurs compositions et/ou leurs attributions. L'unité d'œuvre devient le pôle d'activité. A sa tête, un médecin responsable de pôle secondé par un cadre de santé et un cadre administratif.

La restructuration des établissements en pôles d'activités va bousculer les habitudes de travail et repositionner les acteurs dans d'autres logiques (logique d'appartenance, logique d'efficacité...). L'arbre décisionnel est bouleversé. « *La nouvelle gouvernance [...] redistribue les cartes du management entre l'encadrement de pôle et les directions centrales* »<sup>15</sup>.

La **loi n°2009-279 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, poursuit ces bouleversements. L'optimisation des ressources publiques est recherchée par la mise en concurrence. L'organisation interne des établissements est de nouveau remodelée. Le positionnement du directeur est très fortement marqué. L'autonomie et les pouvoirs du chef de pôle sont renforcés. Au niveau régional, l'ARH est remplacée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle a pour mission de décliner et de coordonner, sur la région, les objectifs de la politique nationale de santé et de l'action sociale.

La **maîtrise des dépenses** est devenue une préoccupation de premier plan. Sous le régime de la T2A, l'optimisation des ressources humaines (60 à 70 % des dépenses d'un établissement) est la première cible. Ceci implique une adaptabilité du personnel et diminue la souplesse de gestion des unités de soins. Les CS voient leurs marges de manœuvres se rétrécir. La recherche de performance économique peut mener à des restructurations, des fermetures de services, des modifications d'activités. Elle peut faire craindre également une sélection des patients « non rentables ». L'obligation ressentie de faire plus avec moins peut induire un sentiment d'insécurité pour des acteurs au sein de l'hôpital.

Les hôpitaux doivent faire face à une autre **pression**, celle **des usagers** du système de santé. Ceux-ci ont pris, ces dernières années, une place pleine et entière par la reconnaissance de leurs droits à travers la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes malades et à la qualité du système de santé. Ce texte témoigne de la volonté d'instaurer une démocratie sanitaire. Les patients sont en attente d'une meilleure transparence, d'une efficacité accrue et surtout d'une qualité des soins renforcée. Ils

---

<sup>14</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, ordonnance n°2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière...

<sup>15</sup> BARTHES R., mars 2010, « Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ? », *Santé RH*, p 15.

participent au fonctionnement même de l'institution hospitalière par le biais de représentants des usagers dans les instances (Conseil de Surveillance, Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge). Le succès des différents classements des hôpitaux, publiés dans les journaux, témoignent de l'intérêt du public pour ces questions. 2011 est d'ailleurs l'année des patients et de leurs droits. On assiste ainsi à l'émergence du « patient expert ».

Les **besoins de santé évoluent**. Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients porteurs d'une maladie chronique influencent la façon de dispenser les soins et d'organiser les établissements de santé. Les prises en charges ambulatoires, les hospitalisations courtes, la constitution d'équipes mobiles permettent de mieux répondre à ces nouveaux besoins.

Le rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines fait référence à « [...] 41 textes législatifs successifs de 1991, 1996, 2005 et 2009 ». Il ajoute « *la mise en œuvre des 35 heures, les différents protocoles ministériels et les plans de retour à l'équilibre* » comme « *étant les plus fréquemment cités, quels que soient les interlocuteurs.* »<sup>16</sup> Monsieur FRITZ, directeur général du CHU de Rennes, parle d'une « *frénésie textuelle épuisante* » lors d'une intervention, en juillet 2011, auprès des élèves directeurs des soins en formation à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ce qui illustre parfaitement la situation. Déstabilisés par ces changements rapides et la complexité des réformes, les professionnels de santé sont parfois heurtés par l'intégration de la logique médico-économique dans les soins et la mise en place d'une culture du résultat. Les mots clés du contexte professionnel actuel : efficacité, rentabilité, traçabilité, résultats, performances... et la réalité du travail vécu sur le terrain mettent à jour des contradictions manifestes. L'hôpital se trouve aujourd'hui devant une double injonction : accroître la qualité et la performance de ses prestations tout en maîtrisant l'évolution des coûts et en rationalisant ses dépenses. Il s'agit de soigner mieux en dépensant moins ou mieux.

Les interdépendances de l'hôpital avec son environnement ne cessent de croître. Du fait de la pression de la réglementation, des restrictions budgétaires, de l'évolution des technologies, l'hôpital doit établir des rapports de coopération et des réseaux d'alliance et de réciprocité de plus en plus denses. L'organisation hospitalière est également impactée par les évolutions de la société avec laquelle elle interagit.

---

<sup>16</sup> TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, p 4.

### 1.1.2 Des évolutions sociétales qui percutent le monde hospitalier

Il n'y a pas de décloisonnement étanche entre l'hôpital et la société. Les évolutions sociétales influent donc considérablement sur les organisations hospitalières. La société actuelle se caractérise par une mondialisation de l'économie, une flexibilité généralisée avec toujours plus d'exigences de réactivité et de performance. L'hyperconsommation devient la règle. Flexible, sans frontières et sans limite la société est dite fluide ou « liquide »<sup>17</sup>. Dans ce contexte, l'hôpital doit faire face aux nouvelles attentes des patients mais aussi à celles de ses propres agents. Les patients veulent être informés et exigent des prises en charge de qualité, en toute sécurité. Les personnels hospitaliers réclament l'amélioration de leur contexte de travail et des conditions d'exercice de leurs métiers.

#### Une mutation du rapport social au travail

Les Trente glorieuses ont vu l'apogée d'un salariat où le personnel est caractérisé par un statut et un cadre réglementaire qui le fondent dans des catégories. Il est membre d'un collectif dont il partage les caractéristiques ce qui renforce son anonymat. Robert Castel<sup>18</sup> parle du salariat, de cette époque, comme d'un processus de désindividualisation. « *Le salarié est jugé-placé par sa situation d'emploi, et les salariés trouvent leur commun dénominateur et existent socialement à partir de cette place* »<sup>19</sup>. L'entreprise n'est pas le lieu du développement personnel.

A partir des années 70 un « *effritement de la condition salariale* »<sup>20</sup> s'installe. Le chômage progresse constamment. La gestion des personnels tend à s'individualiser. Projets personnels et professionnels, bilan de compétences, entretien individuel d'évaluation et autres dispositifs participent de la même volonté de responsabiliser l'individu sur son évolution professionnelle et sa position sociale. Le destin de l'entreprise ne repose plus sur un collectif indifférencié mais sur chaque salarié individuellement. L'individu avec sa personnalité et ses qualités assume une part de la performance de l'entreprise. Aujourd'hui, l'entreprise performante est celle qui est capable d'ajuster constamment son organisation. Le changement continu devient la règle. L'entreprise est en situation de menace, sous la contrainte constante d'un environnement aléatoire (société mondialisée, transnationale, postmoderne, cosmopolite...). Elle devient incertaine et l'individu est exposé. Un sentiment de précarité s'installe. Il se nourrit de tous les changements qui se succèdent, se contredisent parfois, et ne permettent pas toujours de stabiliser les modifications précédentes. Cette variabilité brouille la lisibilité et un fonctionnaire qui n'arrive plus à comprendre les changements qui affectent son cadre de travail peut se

---

<sup>17</sup> Expression de BAUMAN Z., *Liquid Modernity*, Polity Press, 2000.

<sup>18</sup> CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Editions Fayard, p 365.

<sup>19</sup> Ibid. p 372

<sup>20</sup> Notion développée par CLAUDE J. F., 1998, *L'éthique au service du management*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons.

trouver précarisé par un sentiment d'insécurité, de perte de repères, d'inquiétude et de stress.

Le rapport au travail se discute également au travers de la répartition du temps de travail/temps de loisir, de la vie professionnelle/vie privée. Le temps libre est fortement valorisé. Le travail ne doit pas tout consommer, il doit laisser la place au ludique, à l'imaginaire et au rêve. Dès lors, le choix du travail est, soit celui qui contraint le moins pour laisser la place aux autres activités, soit celui qui permet aussi la création.

### L'individu hypermoderne<sup>21</sup>

Les mutations économiques, technologiques, sociales et culturelles de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle touchent l'homme dans son identité profonde. D'importantes mutations se sont produites dans différents registres : le rapport au corps, le rapport au temps, le rapport aux autres et, enfin, le rapport à soi-même.

La découverte des antibiotiques, de la contraception et des antalgiques nous libère **d'un corps** asservi par la nature (maladie, maternité, douleur). Aujourd'hui, l'homme devient presque responsable de la durée et de la qualité de sa vie par ses choix d'hygiène de vie (tabac, l'alcool, l'alimentation et l'exercice physique). Au-delà, le recours à la chirurgie esthétique permet de remodeler, de façonner un corps nouveau conforme à son désir.

Notre **rapport au temps** se caractérise, cette dernière décennie, par une accélération continue. Auparavant, soumis au temps (cloches des églises, horloges des pointeuses...) nous ne cessons dorénavant de le violenter pour en tirer le maximum. Désormais l'individu veut dominer le temps car « le temps c'est de l'argent ». Cette logique d'accélération va de paire avec la généralisation du règne de l'urgence (faire le maximum de choses en toujours moins de temps). Le sentiment de pouvoir vaincre le temps s'adosse sur l'avènement des nouvelles technologies de communication : internet, téléphone portable, multimédia... Grâce à ces outils, l'individu peut avoir l'illusion de maîtriser le temps.

Le changement dans la **relation à l'autre** est partiellement induit par ces nouvelles techniques de communication. Il se développe une sorte d'addiction à la communication. L'individu existe dans la mesure où il est « branché ». Il est en permanence en rapport avec quelqu'un. C'est un horizon à très court terme qui structure les actions de l'individu contemporain. Dans une société qui ne s'intéresse qu'à l'immédiat et dans laquelle le contexte économique donne le ton du changement permanent et de la flexibilité généralisée, comment s'inscrire dans la durée pour ce qui concerne le domaine des relations avec les autres ? L'éducation et la formation mettent l'accent sur la capacité

---

<sup>21</sup> Vocabulaire utilisé par AUBERT N., novembre 2004, « Que sommes nous devenus ? », *Sciences humaines*, n°154.

d'adaptation, de changement et forme des personnalités flexibles et capables de construire des identités multiples au fil du temps et des nécessités. L'engagement durable est remplacé par des rencontres brèves qui commencent aussi vite qu'elles cessent. Les liens sociaux sont plus nombreux, mais aussi plus fragiles. Ces relations éphémères sont représentatives du rapport à l'autre de l'homme hypermoderne.

Le **rapport à soi** se caractérise par l'excès. L'individu, en quête de performances toujours plus grandes et d'intensité dans l'instant, plonge dans l'hyperactivité tout en se débattant avec un rapport au temps toujours plus contraignant.

Le portrait de l'individu contemporain, avec toutes ses facettes contradictoires, pourrait être le suivant. Centré sur la satisfaction immédiate de ses désirs il est intolérant à la frustration. Débordé de sollicitations, il est sommé d'être toujours plus performant. Talonné par l'urgence, il développe des comportements compulsifs visant à gorger chaque instant d'un maximum d'intensité.

Les comportements et les attentes des personnels se modifient donc en profondeur. Responsables et managers hospitaliers le savent bien, les jeunes générations fonctionnent de manière assez différente des générations précédentes. Les repères de valeurs issus de traditions culturelles partagées se sont érodés. Le sentiment d'appartenance aux structures (hôpital, service...) a diminué. Une très forte demande de gestion plus individualisée et plus personnalisée s'exprime. Un nomadisme professionnel apparaît. Ces changements questionnent les organisations établies. Les conséquences managériales sont importantes et la qualité du management a un impact majeur sur le fonctionnement de l'hôpital et sur sa capacité à remplir sa mission.

## **1.2 Des acteurs fortement impactés**

Ce contexte mouvant impacte particulièrement les CS qui sont des acteurs majeurs dans la conduite des changements. Ils ont la responsabilité de la traduction concrète et quotidienne de ces réformes auprès de leurs équipes. La performance globale de l'établissement repose en partie sur leurs capacités à gérer le changement. Le DS, lui-même en situation d'adaptation aux évolutions, voit sa fonction interrogée par les nouvelles organisations. Même si la responsabilité directe de l'encadrement des CS est portée par le cadre de pôle, le DS se doit de leur apporter son soutien car il a besoin de CS performants et bien positionnés. Les CS doivent faire le lien entre les différents services de l'hôpital, répondre aux attentes des patients et des familles et satisfaire aux revendications de leurs équipes.

### **1.2.1 Cadres de santé : une fonction nouvelle dont les difficultés d'exercice sont identifiées**

Premier niveau de l'encadrement, le cadre de proximité, anime hiérarchiquement ou fonctionnellement une équipe. Il est sur le terrain, en première ligne, proche des problèmes quotidiens. Ses compétences managériales sont ainsi mise en œuvre à trois niveaux interdépendants : l'unité, le pôle d'activité médicale, l'établissement. C'est lui qui rend les réformes acceptables au soignant. Il est le garant de leur mise en œuvre.

#### De la surveillante au cadre de santé

Sous des appellations différentes (surveillantes, infirmière major, infirmière chef), un encadrement a toujours existé dans les hôpitaux. Cet encadrement, d'abord incarné par des religieuses, s'est laïcisé au cours du XX<sup>ème</sup> siècle. Il faudra attendre le décret du 17 avril 1943<sup>22</sup> pour voir l'officialisation de la fonction de surveillante. Le Ministère de la Santé Publique crée le Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Surveillante (CAFIS) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Monitrice (CAFIM) en 1958<sup>23</sup>. La formation proposée est de huit mois, dans une école agréée. En 1975, le décret<sup>24</sup> du 9 octobre institue le Certificat Cadre Infirmier (CCI). Toutefois, le CCI n'est pas obligatoire pour être nommé cadre infirmier. Et la règle est encore la nomination à l'ancienneté sur la base, essentiellement, d'une compétence technique. Une nouvelle réforme de la formation des cadres infirmiers intervient en 1995<sup>25</sup>. Les professionnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation justifiant de cinq ans d'exercice professionnel peuvent avoir accès à la formation de cadre de santé. L'intitulé du grade n'est pas modifié, ils restent « surveillants des services médicaux ». Il faut attendre le décret du 31 décembre 2001<sup>26</sup> pour voir modifier le statut des cadres infirmiers. Il est créé un statut unique du corps des cadres de santé regroupant l'ensemble des filières paramédicales. La formation en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) devient obligatoire ainsi que l'obtention du diplôme pour accéder au grade de CS. L'accès par voie d'inscription sur tableau d'avancement est définitivement supprimé concourant à la professionnalisation de la fonction.

#### Des missions qui évoluent avec l'appellation

La « surveillante » avait surtout pour rôle de veiller au bon fonctionnement du service en « ayant l'œil » sur les équipes. La circulaire du 20/02/1990<sup>27</sup> décline les missions principales du surveillant hospitalier. Il participe en collaboration avec l'équipe médicale à

<sup>22</sup> Décret n°831 du 17 avril 1943 portant réglementation de l'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

<sup>23</sup> Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et infirmier moniteur et d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.

<sup>24</sup> Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier.

<sup>25</sup> Arrêté du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

<sup>26</sup> Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

<sup>27</sup> Circulaire dh/8a/pk/ct n°00130 du 20 février 1990, relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers.

la définition des objectifs et du projet de l'unité. Il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée. Il assure un rôle d'encadrement et d'animation des personnels. Dans le respect des filières, il est obligatoirement titulaire du diplôme de base spécifique au regard du service dont il est responsable. Le décret du 31 décembre 2001, déjà cité, n'apporte pas de précision supplémentaire. Il prévoit dans son article 4 que « *les agents de grade de cadre de santé exercent des fonctions correspondant à leurs qualifications et consistant à encadrer des équipes dans des unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations d'établissement* ». Avec le répertoire des métiers élaboré en 2004, la Direction Hospitalière de l'Offre de Soins (DHOS), complète les missions du cadre en introduisant la gestion de l'information, le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires.

Jusqu'aux années 1980-1990, le travail des surveillants(es) consistait à accompagner la mise en œuvre du développement de la médecine scientifique. Depuis, l'évolution est celle du passage d'une fonction de surveillance à une fonction de gestion dans un contexte de régulation par les coûts, de rationalisation de la prise en charge des malades. Le CS est entraîné dans « *le sillage de la rationalisation managériale* »<sup>28</sup>. Il est, en effet, amené à mettre en œuvre des réformes pour lesquelles il ne partage pas forcément ni les idées ni les répercussions. « *Directement concernés par ces évolutions, les cadres de santé sont tenus de mettre en œuvre des réformes qui entraînent souvent une réduction des moyens et un alourdissement des conditions de travail des salariés, source de tensions, au sein des collectifs de travail* »<sup>29</sup>. Le rôle du CS, dans la nouvelle gouvernance, comporte plusieurs facettes. Il est le cadre de proximité qui encadre et accompagne l'équipe soignante, le relais entre l'équipe médicale et l'équipe paramédicale et le médiateur auprès des patients et de leurs familles. Mais il est aussi, un CS au sein d'un pôle d'activité avec des missions transversales. Les cadres sont donc des professionnels chargés d'assurer un travail de lien et d'articulation dans un environnement reconfiguré par les nouveaux modes d'organisation. « *Un travail supplémentaire pour que les efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars du travail accompli* »<sup>30</sup>. Pour pouvoir gérer au mieux les nouveaux impératifs institutionnels le CS est devenu un manager d'équipe. « *30 ans d'histoire infirmière et de volonté de positionnement professionnel séparent la surveillante du service de soins hospitaliers, promue souvent parce que bonne infirmière,*

---

<sup>28</sup> DIVAY S., GADEA C., 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n°128, p 679.

<sup>29</sup> Ibid. p 677.

<sup>30</sup> STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation*, Paris, Editions l'Harmattan, p 191.

*du cadre de santé, responsable, pour son champ de compétences, de la qualité des prestations offertes »<sup>31</sup>.*

Mais manager une équipe au sein d'une organisation de plus en plus contrainte, en tenant compte des évolutions liées aux nouvelles offres de soins est un exercice complexe.

### Une démographie défavorable

Une étude nationale de 2000 montre que 6% des postes de CS sont inoccupés et que les départs à la retraite de ces mêmes professionnels ne cessent d'augmenter et atteindront leur paroxysme en 2013<sup>32</sup>. 55 à 60 % d'entre eux ont vocation, d'ici là, à partir en retraite. L'observatoire national de la santé, affine les données et présente, lors de sa séance plénière du 26 mai 2003, un document intitulé "Fonction publique hospitalière : données démographiques, horizon 2015". Le constat d'ensemble, partant des effectifs de 1999, montre une tendance très défavorable pour l'encadrement des services de soins. L'effectif en 1999 était de 503 216 titulaires dans le corps d'encadrement (CS, CSS, DS). En appliquant un pourcentage de 56 % de départ en retraite, il y aura 279 418 départs d'ici 2010. Par corps d'encadrement les chiffres sont les suivants : pour les CS, 19 194 départs soit un déficit de 85% de titulaires, concernant les CSS, 4 479 départs soit une diminution de 95 % de titulaires, pour les DS, 935 départs soit un solde négatif de 92 % de titulaires. Les corps d'encadrement se différencient de l'ensemble de la filière des services de soins par le volume des départs qui est presque double de celui de l'ensemble. « [...], 300 000 départs à la retraite devraient intervenir dans les prochaines années au sein des personnels hospitaliers »<sup>33</sup>. Ainsi, le volume croissant de départs à la retraite va-t-il notamment concerner, à législation constante, les corps d'encadrement.

Ces départs se conjuguent avec une désaffection pour la fonction. La traduction concrète est une diminution du nombre d'inscription au concours de CS. Il y a peu ou pas de données quantitatives sur le phénomène. Néanmoins les informations recueillies à diverses sources semblent valider sa réalité. En avril 2011, lors du séminaire annuel des anciens élèves directeurs des soins à l'EHESP, le DS de l'IFCS du CHU de Poitiers parlait d'une chute importante des candidatures pour les CS comme pour les DS d'ailleurs. Le directeur de l'IFCS, interrogé lors du travail d'enquête, fait état d'une baisse sensible des inscriptions au concours depuis 3 à 4 ans pour les quatre IFCS interrégionales. Pour la rentrée 2011, il enregistre une déperdition de 25 % des inscriptions au concours. Au final, pour cet IFCS, la rentrée de septembre 2011 se fait avec 26 étudiants cadres pour 50 places disponibles.

---

<sup>31</sup> PERRIN G., 2<sup>ème</sup> trimestre 2000, « Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui », *Soins Cadres*, n°34, p 11.

<sup>32</sup> Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des hôpitaux, octobre 2000, *Etude sur l'encadrement dans les établissements public de santé (hors personnel de direction)*.

<sup>33</sup> TOUPIILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, p 5.

Les DS doivent s'inquiéter de cette situation de pénurie. La détection des potentiels et la mise en place de dispositifs d'accompagnement des projets cadres deviennent une nécessité pour lutter contre la désaffection qui s'annonce. Les modes de fonctionnements, la place occupée par les CS, la responsabilité, l'autonomie et la valorisation de leurs rôles contribuent à renvoyer une image positive de la fonction, susceptible d'éveiller des vocations chez les jeunes professionnels.

#### Des difficultés d'exercice reconnues

« Sous leur forme présente de « vrais » cadres, [...], les cadres de santé sont une catégorie relativement nouvelle, mal assurée de son identité et peu dotée de référents collectifs spécifiques »<sup>34</sup>. Les CS, demeurent encore tiraillés entre la logique de la profession et celle de l'organisation. « Pendant que certains investissent avec plus ou moins d'hésitation les nouveaux espaces qui leur sont ouverts, d'autres rechignent à assumer le rôle qui leur est dévolu, en particulier parmi des cadres de soins qui restent proche d'une défense des valeurs du service public et du métier d'infirmière »<sup>35</sup>. La question du « malaise des cadres » est devenue récurrente depuis le début des années 2000 et fait l'objet d'un certain nombre d'enquêtes.

Madame BACHELOT NARQUIN, alors ministre de la santé et des sports, décide en 2009, de mettre en place une mission de réflexion sur les cadres hospitaliers (missions, rôles, formation...). Après une large concertation, cette mission dite « De Singly », publie ses résultats en septembre 2009 sous forme d'un rapport.<sup>36</sup> Cette étude, si elle ne porte pas exclusivement sur les CS, les inclue. Elle met en évidence un manque de reconnaissance du travail réalisé. « Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière »<sup>37</sup>. Le rapport parle de « l'invisibilité » du travail du cadre qui est pourtant au cœur de l'organisation. Celui-ci est dit ingrat, peu connu et mal reconnu : « quand c'est bien fait, cela ne se voit pas, il n'y a que quand ce n'est pas fait qu'on le voit »<sup>38</sup>. Les cadres hospitaliers sont très exposés et éprouvent des difficultés à se situer, ce qui est, sans doute, l'une des causes du manque d'attractivité du métier. Ils se plaignent d'un manque de liberté et d'autonomie. Ils se disent insuffisamment associés au processus de décision en ce qui concerne leur champ d'action. Enfin, la reconnaissance statutaire et financière n'est pas à la hauteur des responsabilités qu'ils assument. Au final, ces carrières sont estimées peu attractives et les responsabilités mal valorisées. L'encadrement souffre d'un déficit de représentation.

---

<sup>34</sup> DIVAY S., GADEA C., 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n°128, p 687.

<sup>35</sup> Ibid. p 678.

<sup>36</sup> DE SINGLY C., Septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1.

<sup>37</sup> Ibid. p 6.

<sup>38</sup> Ibid. p 29.

La Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT), pour sa part, conduit une enquête auprès de 6 768 cadres des fonctions publiques entre mai et octobre 2010. La synthèse de cette enquête, « Les cadres déboussolés », met en avant un niveau de tension qui s'élève, une charge de travail qui s'accroît, un besoin de reconnaissance non satisfait, une faible rémunération, un isolement et un manque de moyens, enfin, une absence de visibilité et un certain découragement.

En avril 2011, le Syndicat des managers publics de santé (Smps) confie au Docteur Lançon consultant en prévention des risques psychosociaux, une étude<sup>39</sup> sur les conditions d'exercice des managers publics de santé. Les CS représentent 10 % des personnes interrogées. Les résultats de l'étude laissent apparaître « *un mal-être plus prononcé chez [...] les cadres de santé* ». Si les professionnels se déclarent investis et réellement motivés mettant en avant l'intérêt du travail, les responsabilités, la variété des tâches et l'autonomie. Ils se plaignent d'un manque de reconnaissance, d'une pénibilité psychique et d'une charge de travail importante avec un niveau de stress élevé. Treize des vingt items les plus négatifs ont trait aux injonctions contradictoires, au rythme du travail, à la solitude dans l'exercice des fonctions et à l'évolution permanente des normes.

Ces études mettent en évidence les difficultés d'exercice pour les CS. La complexité des actions à mener, la fragmentation et la multiplicité des tâches, conduisent à une activité pressée et stressante et induisent, parfois, une perte de sens du travail. Le manque de reconnaissance et l'isolement pèsent. Le CS jongle entre la mise en œuvre, la conduite des projets qui demandent prise de recul et distance et un quotidien toujours plus prégnant, des équipes à animer, des soins à encadrer. Sans cesse il doit s'ajuster et s'adapter aux imprévus. « *La valeur ajoutée des métiers de pilotage se déplace vers leur capacité à traiter les aléas et les dysfonctionnements. La pertinence de l'action suppose que l'agent assume de déroger aux consignes habituelles* »<sup>40</sup>.

Le CS se trouve être le relais des DS au plus prêt du terrain.

## **1.2.2 Directeur des soins : une fonction à revisiter**

### Un exercice réglementé

Le corps des directeurs des soins se constitue à l'issue d'une longue évolution réglementaire. Surveillante générale d'abord, il faudra attendre le décret du 11 avril 1975<sup>41</sup> pour voir l'officialisation et **la création réglementaire du grade** d'infirmier général. Nouvelle étape, la loi du 31 juillet 1991<sup>42</sup> crée, dans chaque établissement, un service de

<sup>39</sup> WALLON M.L., mai/juin 2011, « Conditions d'exercice des managers de santé- surinvestis mais en manque de reconnaissance », *Managers de santé*, n°90, p 26-32.

<sup>40</sup> CLAUDE J.F., 1998, *L'éthique au service du management*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons, p 35.

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction. Une commission du Service des Soins Infirmiers (CSSI) est instituée. Elle est présidée par le directeur du service des soins infirmiers. Le décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé ouvre la voie vers l'élargissement du service de soins infirmiers. Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur de soins de la Fonction publique hospitalière modifie le contour de la profession. Il **crée le corps des DS** issu de trois filières infirmière, médico-technique et de rééducation. Il **crée la fonction de Coordonnateur Général Des Soins (CGDS)**. Nommé par le chef d'établissement le DS dispose, par délégation de ce dernier, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. La loi HPST quant à elle, consacre le Directeur des soins, président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) comme **membre de droit du Directoire**. Les missions des DS sont ainsi réaffirmées à un niveau plus politique et stratégique. Dans le même temps, la loi transfère la **gestion du corps des DS au Centre National de Gestion (CNG)** de la fonction publique hospitalière. La formation des DS à l'EHESP passe à douze mois. Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière vient **confirmer le rôle plus stratégique et politique des DS**. La mention de l'autorité hiérarchique sur les cadres disparaît ainsi que la notion de filière. Le DS devient le garant de la répartition équilibrée des ressources entre les pôles. Le récent protocole d'accord du 29 juillet 2011, inscrit le DS comme membre à part entière du corps de direction et renforce donc son rôle politique et stratégique.

#### Un positionnement à conforter

Les directeurs de soins vivent des évolutions majeures : un cadre d'exercice renouvelé par le référentiel métier, un allongement de la formation initiale, une gestion nationale du corps par le Centre National de Gestion (CNG), un mode de préparation au concours qui instaure un cycle préparatoire. Soumis à l'évolution des organisations et impactés par les dispositions de la loi HPST, leurs missions et leur positionnement évoluent. Les DS voient s'ouvrir devant eux de nouveaux champs de responsabilités dans le cadre d'un mode d'exercice rénové. Les évolutions réglementaires les ont confortés sur une transversalité des soins qu'ils soient infirmiers, médico-technique ou de rééducation. La loi HPST fait du coordonnateur des soins un membre de droit du directoire et lui reconnaît une fonction de pilotage stratégique. A ce titre, précise le statut des directeurs des soins, il « *contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* ». Au-delà de son rôle stratégique auprès du président du directoire le DS a également un rôle effectif dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie et de la politique de

l'établissement car Il est membre, à part entière, de l'équipe de direction et contribue à la synergie collective. Une enquête sur « les conditions d'exercice des Directeurs des Soins » menée par la CFDT en octobre 2011 indique que « *Les directeurs des soins sont largement associés aux instances [...]»* et « *la participation à l'élaboration de la politique d'établissement est avérée pour 94 % des directeurs des soins* »<sup>43</sup>. Cela témoigne d'un positionnement affirmé dans le champ stratégique de la politique de l'établissement.

Dans sa version de 2002, le statut des directeurs des soins conférait au coordonnateur général des soins, par délégation du chef d'établissement, une autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. Cette disposition a été abrogée par le décret du 29 septembre 2010. Pourtant, le bilan de l'organisation en pôles d'activité<sup>44</sup> préconise dans sa recommandation n°47 de « *reporter le transfert inéluctable de l'autorité hiérarchique sur les personnels soignants des directions des soins aux chefs de pôles à une étape ultérieure* » afin de maintenir des repères structurants. Pour autant, la position hiérarchique du DS est questionnée vis-à-vis des CSS et des CS. En effet, « *la fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire, où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction à la fois stratégique (impulsion des politiques de soins, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement des réseaux de soins...) et de conseil et de support aux pôles (aux managers, responsables de pôles, encadrement)* »<sup>45</sup>. La place du directeur des soins dans l'équipe de direction le situe comme manager stratégique pour la réalisation des projets à moyen et long terme.

Cependant, ce management doit être associé à un management opérationnel et de proximité pour rendre efficace son action au sein de l'établissement. Le DS doit désormais faire le lien entre la stratégie et la mise en œuvre ; Il est davantage un manager de collectifs que d'individus. Le DS demeure le pilote du service de soins. Il est responsable de l'organisation des soins. Il a un rôle d'animation de l'encadrement. L'éloignement du terrain lui facilite neutralité, recul et hauteur de vue mais l'oblige à travailler en étroite collaboration avec les acteurs de terrain, plus particulièrement les CS. Personne ressource, il assure des fonctions transversales de conseil et d'expertise. Il est force de proposition pour le directeur de l'établissement, les directeurs adjoints mais aussi les médecins chefs de pôle, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, les CSS et les CS. Le patient, la qualité et la sécurité de sa prise en charge représentent la principale préoccupation du DS. Toutes ses actions convergent vers cet objectif. Aujourd'hui, l'enjeu pour les DS est de générer des liens et de la cohérence entre les

<sup>43</sup> [www.syncass-cfdt.fr/actualites/communiqués-de-presse/248-directeurs-des-soins-une-fonction-complexe-qui-doit-etre-reconnue-11-octobre-2011](http://www.syncass-cfdt.fr/actualites/communiqués-de-presse/248-directeurs-des-soins-une-fonction-complexe-qui-doit-etre-reconnue-11-octobre-2011), p 7.

<sup>44</sup> ZEGGAR H., VALLET G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection Générale des Affaires Sociales, p 41.

<sup>45</sup> COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins », *Gestions hospitalières*, n°453, p 20.

acteurs afin de contribuer à l'efficacité de l'établissement. Le passage d'une organisation hiérarchique et pyramidale à un fonctionnement basé sur le conseil et l'expertise et dans laquelle la notion de hiérarchie a disparu, bouscule les repères. Le DS devra prendre en compte l'évolution des relations professionnelles que cela induit. « *Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur des soins reste bien le chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé et le garant de l'harmonie institutionnelle au niveau des équipes soignantes* »<sup>46</sup>. La fonction de DS ne saurait se réduire au management des cadres de santé. Néanmoins si le management des CSS est déterminant dans la conduite des projets, la dynamique impulsée doit se décliner jusqu'au niveau de l'encadrement de proximité. Le contact établi par le DS avec le terrain ainsi que l'accompagnement des CS (ni trop loin, ni trop prêt) est un atout pour une collaboration efficace, une coordination réussie du projet de soins et l'émergence d'une compétence collective.

Cette spectaculaire évolution de la place du DS dans le management hospitalier le conduit d'une direction de gestion à une direction politique et stratégique. Acteur de la modernisation du secteur de la santé, le DS doit adapter sa stratégie managériale. Il dispose pour cela de différents outils pour accompagner la dynamique institutionnelle.

### **1.3 Un mode de management qui évolue**

Dans une société en pleine mutation, la place des institutions évolue et leur mode de management est questionné.

Management est une déclinaison du verbe américain « *to manage* » - réussir, se débrouiller- mais sa véritable origine est celle, latine et française du mot « ménage »<sup>47</sup>. Ce mot prend lui-même racine dans le terme latin « Manus », main, au moyen âge. Cette notion renvoie à l'idée de commandement, de pouvoir et d'autorité. Ce qui distingue un rassemblement quelconque d'hommes, d'une organisation formelle, c'est avant tout la présence d'une autorité, d'un manager, dont la tâche est d'unir les efforts, dans un but donné. Le management est donc l'art de diriger. « *C'est aujourd'hui, avant tout, l'art de donner sens à la mission institutionnelle et de piloter les projets collectifs en conduisant les femmes et les hommes qui participent à leur mise en œuvre dans un esprit dynamique, responsable et solidaire, dans une démarche de valorisation de la performance, en s'appuyant sur des techniques d'organisation éprouvées mais aussi innovantes et sur des outils d'observation fiables et pertinents* »<sup>48</sup>. L'émergence du

---

<sup>46</sup> TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, p 21.

<sup>47</sup> PICQ T., Le management public en formation – séminaire EN3S – octobre 2006- RESP, p 9.

<sup>48</sup> TOUPILLIER D., mai/juin 2011, « Vers la direction d'un hôpital de réseaux », *Manageurs de santé*, n°90, p 14.

management est très contemporaine. En effet, c'est au début du 20<sup>ème</sup> siècle qu'apparaissent les premières théories du management. De nombreux théoriciens construisent les fondements théoriques du management. Théorie administrative de Fayol, gestion scientifique du travail de Taylor, gestion des relations humaines et théorie de la contingence sont autant d'éléments fondateurs qui influencent toujours le management du 21<sup>ème</sup> siècle.

Ces dernières années ont vu la naissance d'une vaste littérature sur la responsabilité sociale des Entreprises (RSE). Cette notion a été reprise, intégrée et élargie dans celle du développement durable dont elle constitue un volet à part entière. La prise de conscience collective autour de l'écologie, les recherches en matière d'énergies renouvelables, de développement durable, sont autant de signaux d'un changement de valeurs. Le manuel de certification des établissements de santé V2010 intègre, d'ailleurs, des exigences relatives au développement durable dans son chapitre I : Management de l'établissement. Le Critère 1.b précise que « *le développement durable apporte une vision globale et à long terme en conciliant trois dimensions : une gestion économique fiable, un établissement socialement intégré, un établissement de santé écologiquement respectueux* »<sup>49</sup>. L'année 2010 a vu, également, le lancement d'une norme internationale, ISO 26000 (annexe 1), qui précise les lignes directrices relatives à la RSE et comprend, à côté d'un volet environnemental, un volet managérial très significatif. ISO 26000 synthétise, pour mieux les faire comprendre, les notions que recouvre la responsabilité sociétale et ce que doivent faire les organisations pour fonctionner d'une manière socialement responsable.

On voit ainsi émerger la notion de Management Responsable (MR) qui intègre un ensemble de valeurs et de comportements aux principes de management des hommes. Un MR s'articule autour de trois piliers : le respect des usagers, le respect de l'environnement et le respect des personnels au travers d'une gestion des ressources humaines à la fois respectueuse des équipes et garante des valeurs du service public. Le MR propose des pratiques de management des hommes favorisant l'information des salariés, la transparence des données de l'entreprise, la participation des salariés aux décisions les concernant, le respect et l'écoute des personnes et des groupes, la communication ascendante, l'encouragement au dialogue etc. Une entreprise peut désormais être qualifiée de socialement responsable, de citoyenne, son management est dit ou non durable. Un MR a pour but de prendre en compte les besoins des générations futures tout en répondant à ceux de la génération actuelle. Il exerce « *une influence positive sur les performances de l'entreprise, de par ses effets bénéfiques sur le moral, la motivation, l'engagement, la loyauté, la formation, le recrutement et le taux de rotation du*

---

<sup>49</sup> Haute Autorité de Santé, juin 2009, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, p 14.

*personnel* »<sup>50</sup>. Le MR représente aujourd'hui une tendance de plus en plus marquée. Il produit un effet positif sur les performances globales et durables d'une organisation.

Malgré le poids historique de la culture hiérarchique et centralisée, une prise de conscience, encore timide, apparaît en France, quant à l'importance des dimensions relationnelles et psychologiques de la qualité du management des hommes, notamment avec la prise en compte des risques psychosociaux. Or, « *il existe, dans nos civilisations occidentales, peu d'organisations dont l'efficacité s'appuie aussi totalement sur le facteur humain* »<sup>51</sup>. Il existe un lien de cause à effet entre, d'une part, les pratiques de management des hommes et, d'autre part, les motivations des hommes au travail, leurs capacités de mobilisation de leurs compétences, de leurs talents et de leurs énergies, et cela tant au niveau individuel que collectif. C'est pourquoi les entreprises vont de plus en plus dépendre de la qualité du management des hommes.

A l'hôpital, de rares expériences existent en ce qui concerne la mise en place de projet/charte managérial(e). Le centre hospitalier de Saint Quentin (Aisne) fut l'un des premiers (annexe 2). Il s'est vu décerné le grand prix du management public en mars 2009. La démarche est alors qualifiée de « *novatrice qui promeut l'adhésion à une éthique professionnelle commune et, au-delà de la fonction d'encadrement, la reconnaissance du métier de manager hospitalier* »<sup>52</sup>. L'établissement dans lequel nous avons effectué notre enquête, développe dans son Projet social une fiche action intitulée « Promouvoir le développement durable et encourager un management socialement responsable ». La déclinaison de cet objectif précise que « la promotion du développement durable trouve une raison d'être dans le cadre du projet social, dans sa dimension « amélioration de la Qualité de vie des professionnels » (volet prévention des risques professionnels) et « management durable » (en lien avec le maintien dans l'emploi et l'insertion des personnes en situation de handicap) ». Cette partie a permis de cerner l'environnement de la recherche. Après cette phase conceptuelle, l'enquête de terrain qui suit va alimenter la réflexion et permettre un approfondissement du sujet.

---

<sup>50</sup> PALAZZO G., WENTLAND M., 2011, *Pour un management responsable*, Paris, Editions Pearson Education, p 89.

<sup>51</sup> CUENDET G., UHODA S., 1993, *Conduire des équipes hospitalières*, Paris, Editions d'Organisation, collection hôpital 2000, p 11.

<sup>52</sup> MABROUK J., mai/juin 2009, « Management hospitalier : encadrer ou manager ? », *Revue hospitalière de France*, n°528, p 63.

## **2 Une enquête de terrain pour objectiver les difficultés des cadres de santé.**

### **2.1 Méthodologie de l'enquête**

L'enquête a été réalisée dans un même établissement afin de mieux cerner les problématiques. Cette unicité de lieu a permis un travail qui va de la strate stratégique à la ligne hiérarchique de proximité.

#### **2.1.1 Le terrain de l'enquête**

L'établissement, Centre Hospitalier Universitaire (CHU), est le seul de la région à assurer la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Organisé sur quatre sites, il assure des soins de recours et de référence dans toutes les spécialités, sauf les grands brûlés.

S'inscrivant dans l'expérimentation nationale de la nouvelle gouvernance, l'établissement adopte un fonctionnement polaire dès 2005. A l'époque, la crainte des CS de se trouver sous la responsabilité hiérarchique des médecins responsables de pôle les conduit à l'élaboration d'un courrier collectif adressé au directeur général demandant le maintien de la ligne hiérarchique avec la direction des soins.

La capacité d'accueil est de 1594 lits (Médecine-Chirurgie-Obstétrique, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée) et de 90 places (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, soins de suite et de réadaptation) auxquels il convient d'ajouter 30 postes d'hémodialyse. L'effectif total est de 5566 agents dont 480 médecins et 5086 personnels non médicaux<sup>53</sup>.

Depuis 2003, l'établissement présente un déficit financier. A la suite d'une mission d'expertise conduite par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins, un contrat de retour à l'équilibre financier est signé. Il prévoit, entre autre, la suppression de 150 postes dans le cadre de la mise en place d'un dispositif d'indemnité de départ volontaire. Les derniers départs sont prévus pour fin 2011. La renégociation de l'accord local d'aménagement et de réduction du temps de travail a eu lieu en avril-juin 2010 pour une application au premier janvier 2011. La fin 2010 voit également une réorganisation des pôles d'activités conduisant à un nouveau découpage effectif au 1er janvier 2011. Dorénavant, 9 pôles cliniques et 5 pôles de gestion sont en place.

L'enjeu majeur, pour cette structure, réside dans la construction d'un nouveau CHU, mono-site, qui facilitera les économies d'échelle et permettra de disposer de marges de manœuvre.

L'établissement est en attente de nomination d'un directeur général<sup>54</sup>. L'intérim est assuré par le directeur général adjoint depuis janvier 2011. Il est assisté de treize directeurs

---

<sup>53</sup> «Chiffres clés» 2009 de l'établissement.

<sup>54</sup> Le nouveau directeur général prend ses fonctions le 8 août 2011.

adjoints, de deux directeurs des soins gestion et d'un directeur des soins coordonnateur des écoles et instituts de formation.

La direction des soins est structurée et organisée autour d'une CGDS, d'une DS et d'un Cadre Supérieur de Santé (CSS) chargé de la gestion des recrutements et du pool de remplacement. Il convient d'ajouter l'ensemble les CSS (en charge d'un pôle ou chargés de missions transversales) ainsi que les Cadres de Santé.

La CGDS et la DS se sont réparties les pôles médico-cliniques pour favoriser un suivi de proximité. Toutes deux font partie de l'équipe de direction. Seule la participation au Directoire et la présidence de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) les distinguent dans leur fonctionnement. C'est pourquoi la dénomination DS sera utilisée indifféremment pour l'une ou l'autre dans l'analyse des résultats de l'enquête.

### **2.1.2 L'échantillon interviewé**

Les entretiens ont été réalisés auprès de :

1 coordonnateur général des soins (CGDS), 1 directeur des soins, 1 directeur d'IFCS, 1 DRH, 2 cadres supérieurs de pôle (CSP) et 7 cadres de santé.

Ces professionnels travaillent tous dans le même établissement, lieu de la recherche.

### **2.1.3 Le choix de l'outil de recueil d'information.**

#### **2.1.3.1 L'analyse de contenu**

L'analyse de contenu est une méthode, qui permet « *l'examen objectif exhaustif, méthodique et si possible qualitatif d'un texte en vu d'en tirer ce qu'il contient de significatif par rapport aux objectifs de la recherche* »<sup>55</sup>. Ici, l'analyse de contenu porte sur deux documents : le projet d'établissement, en particulier, le projet de soins et la procédure d'accompagnement des projets CS. Le projet d'établissement couvre la période de 2009 à 2013. La procédure intitulée « La fonction CS au CHU de... » date de juin 2006. L'étude de ces données, internes à la structure et faisant référence à la fonction CS, nous a permis de repérer la politique de l'établissement et d'établir des liens entre le prescrit et le réel, entre la visée et la mise en œuvre.

#### **2.1.3.2 L'entretien**

La démarche choisie privilégie les entretiens semi directifs à partir d'un guide d'entretien adapté aux différents acteurs (annexe n° 3, 4, 5, 6). Cette technique nous a semblé la plus appropriée au regard du sujet à traiter. Cet outil d'investigation favorise la production d'un discours et la collecte de manière vivante des informations recherchées. En privilégiant le contact, un climat de confiance a pu s'instaurer. Ainsi, les personnes ont pu

---

<sup>55</sup> MUCCHIELLI R., 2006, *L'analyse de contenu*, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions ESF, p 223.

s'exprimer en toute liberté. L'entretien est l'outil privilégié de l'exploration des représentations et des valeurs des personnes, la parole étant le vecteur principal.

Dans ce contexte de recherche, cet outil s'avère pertinent par les objectifs qu'il poursuit :

- « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux évènements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences...*
- *la reconstitution de processus d'actions, d'expériences ou d'évènements du passé.* »<sup>56</sup>

De plus, il est appréciable pour les avantages qu'il présente : souplesse et faible directivité. Son utilisation permet de récolter les témoignages et les interprétations en respectant le rythme des personnes.

Le choix des personnes rencontrées s'est effectué de manière aléatoire, le plus souvent avec le CGDS, en fonction des disponibilités des personnes. Ainsi, il ne s'agit pas d'un échantillon au sens classique, car il n'est pas statistiquement construit.

#### **2.1.4 Les limites et les points forts du travail**

##### Les limites

Les limites tiennent au nombre de personnes interrogées, insuffisamment représentatif pour que les résultats de cette étude soient généralisables. De même mon statut d'élève directeur des soins, en stage auprès de la direction des soins, a pu impacter le discours des acteurs. Enfin, la réalisation de l'enquête dans un seul établissement ne permet pas d'analyse comparative des éléments recueillis.

Une autre limite tient à l'absence d'entretien avec les médecins (chef de service) alors qu'ils sont en rapport quotidiens avec les CS et que leurs modes de fonctionnement peuvent, ou non, faciliter le travail de ces derniers. Il est à noter que dans ce CHU, les chefs de service ne sont pas consultés sur l'affectation des CS. Pour la CGDS « *c'est un peu compliqué. Avec une quinzaine de mobilité de CS ça va prendre 6 mois !* »

##### Les points forts

Au-delà des limites de cet exercice, les bénéfices personnels demeurent : meilleure compréhension de la fonction, identification de pistes de réflexion...

Pour faciliter l'exploitation des résultats, l'analyse se fera à partir de trois grands axes :

- Les attentes relatives à la fonction de cadre de santé (Sont-elles connues et partagées par les acteurs ?)
- Les difficultés que rencontrent les cadres de santé (Sont-elles identifiées et perçues par les différents acteurs ? Comment sont-elles prises en compte ?)
- Les attentes des CS vis-à-vis du DS ?

---

<sup>56</sup> QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Editions Dunod, 284 p.

## 2.2 Analyse

### 2.2.1 Présentation des personnes interrogées

Une présentation succincte du profil des personnes interrogées nous permettra de les situer professionnellement.

	Ancienneté dans la fonction	Ancienneté dans le service	Motivations	Donne envie aux professionnels de l'équipe ?
<b>CS 1</b>	15 ans	1 an 1/2	Responsabilité Envie de faire avancer	Oui
<b>CS 2</b>	18 ans	2 ans	Prise de responsabilité	Oui
<b>CS 3<sup>57</sup></b>	FF CS <sup>58</sup>	6 mois	Indépendance Responsabilité Autonomie	Oui
<b>CS 4</b>	3 ans	3 ans	Plus de responsabilité Envie de changer Vision plus globale de l'établissement Faire progresser les choses Ambition	Oui
<b>CS 5</b>	4 ans	3 ans	Problème de santé : difficile de rester infirmière	Non Qualifie son management d'affectif
<b>CS 6</b>	7 ans 1/2	4 ans	Dynamique de projet Envie de faire avancer Vision plus globale de l'établissement	Oui
<b>CS 7</b>	23 ans	13 ans	Avait deux options IADE <sup>59</sup> et CS... a choisit CS Choix par rapport à un contre exemple	Non Qualifie son management d'affectif
<b>CSP 1</b>	6 ans	5 ans	Autonomie	
<b>CSP 2</b>	2 ans	2 ans	Autonomie Plus de choix Plus de décision Plus d'ouverture	
<b>CGDS</b>	6 ans 1/2	5 ans		
<b>DS</b>	3 ans	3 ans		
<b>DS IFCS</b>	6 ans	4 ans		
<b>DRH</b>	33 ans	9 ans		

La population enquêtée possède une expérience professionnelle relativement variée qui s'étend de six mois d'exercice de la fonction à 23 ans, pour le plus ancien. On retrouve

<sup>57</sup> En fond bleu : les hommes.

<sup>58</sup> FF CS : Faisant Fonction Cadre de Santé. Position conduisant à la formation cadre dans cet établissement.

<sup>59</sup> Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.

une répartition homme/femme classique dans le milieu hospitalier : 2 hommes pour 5 femmes chez les CS, et au total 4 hommes pour 9 femmes.

Les CS, sauf pour deux d'entre eux, tiennent un discours assez homogène, quant à leur accès à la fonction. Il s'agit pour eux d'un processus logique d'évolution de carrière. La motivation la plus répandue est alors un désir d'évolution vers davantage de responsabilités, d'autonomie et une vision plus globale du fonctionnement de l'institution. Ils pointent également le désir de peser sur la conduite d'un service avec l'envie de *«faire avancer les choses»*.

A deux exceptions près, les CS rencontrés sont bien dans leur fonction. Ils répondent très spontanément « oui » à la question « Pensez-vous donner envie de devenir CS aux professionnels que vous encadrez ? ». Leurs réponses font état de l'image qu'ils renvoient à leurs équipes : *« J'aime beaucoup ce que je fais c'est clair et cela doit se voir », « Quand je parle de mon métier je donne envie. D'ailleurs il faut que je fasse attention à ne pas le présenter de façon trop idéalisée »*. Ou encore *« Je suis tellement heureuse dans ma fonction que chaque fois que j'en parle je n'avance que les idées positives »*.

Pour deux d'entre eux (CS 5 et 7), par contre la réponse est négative : *« Non, très sincèrement non. Je ne dévalorise pas du tout ma fonction. Mais les équipes se rendent bien compte aussi des pressions que l'on peut subir, de ce qui nous est demandé... »*, *« Non, non... Je ne regrette pas ce que je fais mais... J'ai 54 ans, on a changé les règles du jeu en cours de route. Je pense bien à la retraite »*. Pour ces deux personnes, les motivations qui ont conduit au choix de cette fonction tranchent avec ce que nous avons pu voir ci-dessus. Il n'est pas question ici de responsabilité, d'autonomie... Pour le CS 5, il s'agit d'une évolution professionnelle motivée par un problème de santé qui impacte sa capacité à réaliser des gestes fins *« ce n'était pas quelque chose qui d'emblée m'attirait mais c'était l'opportunité de continuer à exercer mon métier d'IDE sur un versant différent »*. L'autre personne parle d'un choix entre une formation IADE et une formation CS. *« J'avais deux dossiers dans les mains et puis je me suis dit que ce serait plutôt cadre »*. Il explique son choix également en réaction à *« la surveillante que j'avais en urologie pendant longtemps. Elle gérait cela comme une mère avec ses filles. Elle était là jusqu'à 19h. C'était un contre exemple et par réaction... »*. Tout deux expliquent spontanément qu'ils utilisent un mode de management affectif *« Je fonctionne pas mal à l'affectif quand même. Oui, je peux être le papa », « Je suis consciente que je dois être un peu trop dans l'affectif avec les équipes. Je fais beaucoup de social, j'écoute beaucoup les agents »*.

Il est signifiant de constater, pour le CS 5, que l'affichage sur la porte de son bureau est encore *« surveillante »*. Elle précise *« c'est un affichage ancien qui n'a pas été retiré »*.

Si l'on se réfère à Ivan Sainsaulieu, nous retrouvons ici deux des modèles de CS mis en évidence lors de son enquête<sup>60</sup>. Le « *cadre animateur*<sup>61</sup> », modèle dominant, et qui correspond aux CS 1, 2, 3, 4 et 6. Les grands traits de ce profil mettent en avant « *le goût de faire changer les choses* », une « *autonomie professionnelle plus grande* », « *le management des personnes* » et une « *vision d'ensemble* ». Le cadre animateur est plutôt optimiste et la composante de proximité est une source de satisfaction pour lui. Il a « *le goût revendiqué de la participation* »<sup>62</sup>. L'autre modèle, correspondant aux CS 5 et 7, renvoi au « *cadre critique* ». Ce profil se caractérise à la fois par l'isolement, un attachement au métier d'origine, une opposition de base et un pessimisme sur les chances d'amélioration. Le « *cadre critique* » pense que la gestion éloigne du soin, le budget pose problème et il critique l'idée que la juxtaposition entre qualité et productivité soit nécessaire. La participation est jugée impossible, il critique le personnel et, de fait, pour lui « *l'avenir est sombre* »<sup>63</sup>. Les propos du CS 5 illustrent ce profil. « *Mais on n'a pas de directrices des soins ! Ce qu'elles font n'importe quel directeur adjoint peut le faire. Il y a même imposture dans les termes. Ce n'est pas une direction des soins c'est une direction comptable. On a affaire à un corps... et la fonction soins est diluée, perdue dans l'affaire. En gros, nos DS sont inféodées à la direction des finances* ». Il fait référence très simplement à son état d'esprit « *Je suis assez pessimiste quand même. C'est peut être l'âge* ».

## 2.2.2 Cadre de santé : des attentes connues et partagées

### 2.2.2.1 Les évolutions de la fonction cadre

Chacune des fonctions interrogées fait référence à l'ancienne « **surveillante** ». « *Avant, on avait beaucoup d'ancienneté dans le service et on chapeautait les soins* »(CS). Un des DS se souvient que « *il y a 10 ans, l'IG<sup>64</sup> attendait une super infirmière dans le service. Les anciens étaient nommés et fonctionnaient au mérite, à la reconnaissance. Ils exécutaient une fonction* ». Un des corollaires de cette évolution est l'éloignement de l'équipe « *nous étions plus sur le terrain, maintenant nous sommes moins proches de l'équipe* »(CS).

En parlant des évolutions de la fonction, les professionnels les resituent au regard des **évolutions de la société**. « *Le travail à l'hôpital a suivi ce que l'on voit à l'extérieur. Les patients aussi ont changé* »(CS). « *Tous les métiers de l'hôpital ont évolué au regard des réformes, au regard des évolutions de la société* »(DS). Un des DS insiste sur la notion de respect qui avait cours. « *Avant, jamais une famille n'aurait remis en cause une équipe de*

---

<sup>60</sup> SAINSAULIEU Y., 2008, *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Rueil Malmaison, Editions Lamarre, 220 p.

<sup>61</sup> Ibid. p 53

<sup>62</sup> Ibid. p 55

<sup>63</sup> Ibid. p60

<sup>64</sup> Infirmière Générale

*soins, pas plus qu'un agent, la gestion du planning. Il y avait un certain respect ». « Le travail avait certainement une place autre » ajoute-t-il.*

L'introduction de la **logique médico-économique** est très présente dans le discours des uns et des autres. Un CSS nous indique que les *« notions médico-économiques commencent à prendre sens dans le public »*. Les CS citent très facilement les indicateurs, ils parlent de tableaux de bord, de durée moyenne de séjour etc. C'est l'intégration de cette logique médico-économique qui fait dire au DRH que les CS *« sont devenus beaucoup plus administratifs, moins soignants »*.

**L'intensification du travail** semble également faire partie des évolutions notables de la fonction. *« On nous demande de plus en plus de choses, notamment dans la gestion. Nous subissons de plus en plus de pressions, de plus en plus de sollicitations de toutes parts. Ce qui prend forcément du temps. Les objectifs à atteindre sont de plus en plus nombreux »*(CS).

Le nécessaire **travail d'interface** du CS occupe une bonne place dans les changements identifiés. *« Aujourd'hui on ne peut plus être cadre uniquement dans son service »*(CS). *« Je trouve que notre rôle d'interface (entre la direction et les équipes) est de plus en plus important. Le travail en réseau devient obligatoire »*(CS).

Le projet de soins, dans sa fiche action « Etre cadre au CHU », brosse un contexte dans lequel *« les cadres de santé sont confrontés à des évolutions majeures »*. Celles-ci sont développées à travers différents thèmes : la place des usagers, l'évolution des technologies, l'évaluation continue de la qualité des soins, gestion des risques et sécurité des soins, la nouvelle gouvernance, T2A ainsi que l'évolution du rapport au travail et approche sociétale.

#### 2.2.2.2 Le rôle attendu des cadres de santé : entre proximité et distance

Le rôle attendu est assez consensuel et peut se décliner sous deux formes, une dimension de proximité et une dimension institutionnelle.

La **dimension de proximité**, suppose que le CS soit *« au cœur du service »*. Les DS attendent du CS *« qu'il donne du sens à la pratique professionnelle des équipes »*. Cela suppose une présence physique dans le service et une connaissance de celui-ci. Le DS a *« un peu de mal à comprendre qu'un CS n'assiste pas aux transmissions, qu'il ne connaisse pas les patients, qu'il ne rencontre jamais les familles »*. Cette connaissance est nécessaire pour optimiser la gestion des ressources humaines, matérielles, des compétences individuelles et collectives. La gestion des ressources humaines recouvre ici l'accueil et l'intégration des nouveaux, l'évaluation des pratiques professionnelles, l'évaluation des agents, la gestion des conflits... Le projet de soins spécifie que le CS *« est chargé de donner du sens à la déclinaison opérationnelle des différentes réformes »* et insiste sur la nécessité pour le CS de *« s'adapter, communiquer, expliquer, donner du sens »*. Cela ne peut se faire que dans une relation de proximité, au sein de l'équipe. Cette proximité se retrouve également dans l'expression des CS. Pour l'un, son rôle est

de « dynamiser, fédérer une équipe ». Pour un autre c'est « être auprès du patient et présent dans l'équipe ».

Le CS doit donc « être à la fois au cœur de l'équipe, mais aussi à côté parce qu'il est un chef d'équipe » (DS). C'est la **dimension institutionnelle** qui suppose que le CS connaisse le projet d'établissement et les grands projets institutionnels. « Il conduit l'ensemble des travaux de son service en adéquation avec la politique institutionnelle »(DS). Un chef d'équipe « connaît les valeurs institutionnelles et les porte »(DS). Il participe également à la dimension institutionnelle en s'impliquant dans les différents groupes de travail transversaux. Cette inscription dans la transversalité permet la confrontation avec d'autres réflexions, d'autres avis et d'autres réalités de travail. Cette implication le positionne « au cœur des dispositifs institutionnels ». Cependant, ces « missions dites « transversales » l'obligent à un positionnement complètement différent pendant une partie de son temps de travail [...] Quelquefois il se perd un peu, ne sachant plus très bien quelle est sa position réelle [...] »<sup>65</sup>.

Le profil du cadre de santé, figurant dans le livret remis aux « Faisant Fonction CS » (FF CS) précise que ses principales missions « sont d'entraîner, de coordonner et de fédérer toute une équipe de soins autour d'un projet inscrit dans la dynamique de l'établissement ayant pour finalité de garantir des soins de qualité au service de la personne soignée ». La dimension de proximité et la dimension institutionnelle se retrouvent bien dans les attentes signifiées ainsi aux futures CS. Ceci est d'ailleurs bien intégré par les CS. « Ce qu'attend de nous la direction des soins c'est que nous soyons de proximité tout en étant investi dans certains groupes ». Même les « cadres critiques », dans une autre tonalité certes, valident cette vision du rôle du CS : « Les DS attendent des cadres quelqu'un qui gère les problèmes à un premier niveau. Quelqu'un dont on n'entend pas trop parler. Quelqu'un qui participe aux actions, aux projets prescrits par les DS ».

Le DRH quant à lui attend des CS « qu'ils soient véritablement des responsables d'équipe. Cette équipe, ils doivent la faire fonctionner dans le cadre des objectifs du pôle et dans le cadre des objectifs de l'établissement ».

Au-delà de ces points de convergence, le DRH insiste sur la nécessité pour les CS d'être « honnêtes, professionnellement honnêtes. C'est une valeur extrêmement importante ». Il fait référence à la mise en place du premier protocole d'aménagement et de réduction du temps de travail. A l'époque, il a constaté « un véritable travail de sape, de certains cadres ». Il précise « qu'il n'y en avait pas beaucoup » mais cela a suffi à créer des difficultés. En outre, il attend des CS équité et disponibilité. Un CSS réagit dans le même domaine. Pour lui « il faut qu'à un moment les CS entendent qu'ils représentent l'institution et qu'ils sont porteurs de la parole de la DS, de la DRH. Il faut parfois leur rappeler leur devoir. C'est aussi à nous d'être exemplaires ».

---

<sup>65</sup> COUDRAY M.A., 2004, *Le cadre soignant en éveil*, Paris, Editions Seli Arslan, p135.

### 2.2.2.3 Des attentes affichées et diffusées

Tous se rejoignent pour positionner le projet de soins comme « *une véritable feuille de route* » qui « *définit les attentes institutionnelles* ». En plus de la déclinaison des visées institutionnelles qui demandent à être priorisées et contextualisées dans chaque pôle et service, le projet de soins, avec la fiche « être cadre au CHU », va jusqu'à la description de la fonction cadre en s'appuyant sur les travaux de la Haute Autorité de Santé<sup>66</sup>. Cette fonction est balayée à travers les cinq items Prévoir, Organiser, Décider, Evaluer et Motiver (PODEM). D'autres canaux existent qui permettent aux CS d'affirmer « *je n'ai aucune difficulté à connaître les attentes* ». A ce titre, l'entretien d'embauche et l'entretien de validation des projets cadres rejoignent l'entretien annuel d'évaluation. Si le CS est évalué par son CSS en entretien de face à face, les DS reçoivent annuellement les CS, en présence des CSS, pour un bilan de l'année. A cette occasion, des objectifs sont fixés pour l'année à venir. Les professionnels identifient également les réunions cadres comme source d'informations. « *Les réunions cadres sont l'opportunité d'avoir des consignes, des lignes de conduite* ». Ils font référence également à leur fiche ou profil de poste. Un autre repère important pour eux est le CSS qui décline les attentes de l'institution. Il faut encore identifier le résultat de la dernière certification « *qui nous a pointé des axes d'amélioration* » et globalement les groupes de travail en cours, les résultats d'audits. « *Donc on connaît les orientations* ». Le dispositif d'accompagnement des FF CS prévoit un tutorat. Celui-ci est important pour « *la lisibilité des attentes de l'institution* ». Des temps de bilan sont prévus qui sont autant d'occasion d'échanges (bilan à 1 mois de la mise en fonction, à 3 mois, à 6 mois, rapport d'étonnement au retour de l'IFCS...).

**Synthèse** : Chacun a conscience des évolutions de la fonction CS. Une convergence des attentes vis-à-vis des CS se manifeste à travers l'expression des différents acteurs. De multiples supports ou dispositifs institutionnels explicitent et affichent les attendus et permettent aux CS de dire qu'ils ont des lignes de conduite, des orientations, des axes d'amélioration...

Néanmoins, le projet de soins même s'il est un « *vrai fil rouge, ne rend pas forcément visible le positionnement attendu* ».

Le dispositif d'accompagnement des futurs CS, n'a pas été remis à jour depuis 2006. Une difficulté intervient depuis quelques années de façon récurrente : l'échec au concours sur titre. Sur les 10 à 12 CS sortants, tous les ans, de l'IFCS, le CHU enregistre très régulièrement un échec à ce concours. Actuellement, une personne est dans cette situation. Elle est positionnée de nouveau en FF CS et bénéficie d'un dispositif de suivi dans l'attente d'une nouvelle présentation au concours sur titre de l'année suivante. « *C'est très stressant de ne pas avoir le concours sur titre. Et nous (CSS) derrière il faut accompagner. Ce n'est pas tout à fait simple. Ils sont sur un poste de cadre, avec un*

---

<sup>66</sup> Haute Autorité de Santé, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*.

*diplôme de CS, mais ils n'ont pas le titre ! Tous les 2 mois nous fixons des objectifs... C'est humainement compliqué ».*

En outre, la fiche de poste ou profil de poste de CS n'est pas connue de tous les CS. Il nous a d'ailleurs été impossible de nous la procurer sur la durée de notre stage. Elle semble être très ancienne et n'être plus utilisée depuis quelque temps. S'agit-il vraiment d'une fiche de poste ? C'est peut-être ce qui fait dire à un des « cadres critiques » « *une zone de flou demeure* ».

### **2.2.3 Cadre de santé : malgré des satisfactions, des difficultés identifiées mais dont la prise en compte demeure insuffisante**

#### 2.2.3.1 Des zones de satisfaction avant tout

Les CS situent leurs zones de satisfaction dans cinq domaines. La première source de satisfaction provient des **patients et des familles** et d'un service qui fonctionne bien « *même si ce n'est pas parfait* ». Un CS parle des « *retours que l'on a des familles parce que derrière on sent qu'on a un malade qui est satisfait* ».

Viennent ensuite les **relations avec les équipes**, un CS se dit satisfait quand « *l'équipe se sent bien* ». Un autre met en avant le « *côté relationnel avec les paramédicaux* ». L'un des « CS critiques » rapporte une anecdote ; « *L'année dernière, j'avais cumulé beaucoup de problèmes personnels et c'était difficile ici. Une aide soignante est venue me voir dans mon bureau pour me dire : « Cette fois-ci, c'est moi qui voudrais savoir si je peux faire quelque chose pour vous ». C'est un beau cadeau quand même. Ça fait du bien. J'en suis fier* ».

La mobilisation des équipes autour de **projets** est une autre source importante de satisfaction des CS. Elle rejoint l'envie « *d'avancer, ne pas stagner* » qui constitue l'une des motivations des professionnels pour l'accès à cette fonction. Le fait d'avoir des « *IDE qui se questionnent qui réfléchissent* » alimente cette satisfaction.

La participation à des **groupes de travail hors l'unité** de soins fait partie également des éléments positifs. « *La participation aux groupes transversaux m'apporte un échange avec mes collègues, me permet de voir ce qui se passe dans les services et de mettre en valeur les projets que l'on fait avec les équipes. Ça c'est important. Mais aussi, je suis honnête, cela permet une visibilité institutionnelle (être vu et connu)* ».

La source de satisfaction citée avec beaucoup de force par les CS est **la reconnaissance**. Ils déclinent la reconnaissance de l'équipe « *Ça fait plaisir d'avoir des équipes qui apprécient ce que je fais* », vient ensuite la reconnaissance des équipes médicales « *quand je dis quelque chose, je suis écoutée et entendue* », celle des collègues et enfin celle de la hiérarchie. « *Aussi, la reconnaissance que je peux avoir via la direction des soins* ».

La reconnaissance est indiquée comme un réel moteur « *c'est un point très positif, ma satisfaction c'est d'être reconnue* ».

### 2.2.3.2 Des difficultés réelles et reconnues

Paradoxalement les CSS, les DS et le DRH sont beaucoup plus prolixes que les CS sur le sujet.

Une **charge de travail de plus en plus lourde** corrélée à une difficile **gestion du temps** est le premier point qui fait consensus. Pour les DS c'est la difficulté que les CS expriment le plus. Un CSS parle de CS « débordés ». Les CS citent les arrêts maladies et la gestion du planning comme une de leur difficulté mais sans insister, presque en passant. Alors que les CSS et les DS s'attardent volontiers sur cet aspect « *c'est le planning qui leur mange du temps* », « *on les sent la tête dans le guidon sur ces aspects là* ».

L'**articulation avec les équipes médicales** est citée par les CS : « *Les relations avec les médecins sont compliquées c'est un véritable choc des cultures. Une de mes difficultés est de travailler avec des valeurs qui ne sont pas les miennes, pas celles de l'équipe* ». Un des DS parle même d'un « *certain épuisement* » possible face à une organisation médicale sur laquelle le CS « *manque de leviers d'action* ».

Les CS insistent surtout sur l'**intensité** et le **morcellement du travail** ainsi que sur l'**éparpillement des tâches**. « *On nous demande beaucoup. Parfois j'ai une impression de décousu. Ce qui est difficile c'est que ça bouge, il y a énormément d'évolutions et de multiples domaines pour lesquels on sollicite les cadres* ». « *Je crois que c'est la somme de travail à faire, le passage d'un sujet à l'autre et le faire dans l'urgence qui fait une des difficultés de la fonction* » (DS). Un CS utilise une image pour exprimer ce fait « *Parfois j'ai le sentiment qu'on charge la mule à l'extrême* ».

La **bonne mesure entre la proximité et l'investissement institutionnel** attendu est parfois une source de difficulté « *la difficulté aussi c'est de devoir prendre de la distance avec le service pour m'investir dans des groupes de travail... On ne peut pas être partout à la fois* ». Pour un CS les groupes de travail institutionnels sont « *une soupape, sauf quand il y en a trop cela devient une charge* ». Le DRH parle d'un équilibre à trouver « *entre la participation transversale, rôle qui leur est demandé par la direction, et leur rôle de proximité vis-à-vis des agents et des patients. Et ce n'est pas simple pour eux. Ils doivent trouver un équilibre* ». Précisément interrogé sur la répartition entre son rôle de proximité et sa participation institutionnelle, un CS indique « *je participe à des projets mais il ne faut pas participer à dix projets. Il faut être aussi présent dans le service car les équipes ont besoin de la présence du cadre. 75% de temps en proximité et 25% de temps en transversal c'est mon idéal* ». Pour un des DS la bonne répartition c'est « *l'équivalent d'une journée par semaine en transversal à peu près. Cela peut être plus à certains moments, comme lors des groupes d'autoévaluation, mais sur une globalité d'année, une journée par semaine c'est bien* ».

Avec beaucoup de prégnance certains CS évoquent le fait de ne **pas toujours être entendu** dans l'expression de leur vécu. « *Parfois on se demande si on est entendu, écouté. Je n'ai pas toujours l'impression que l'on comprend que c'est difficile* ». « *Les difficultés du quotidien, sur le terrain, ne sont pas forcément entendues* ».

Les CSS, DS et DRH insistent sur d'autres difficultés qui ne sont pas signalées/perçues par les CS.

Les **difficultés de positionnement** sont abordées par les DS et le DRH. Ils parlent de difficultés à trancher, à décider pour certains CS. Ils élargissent, s'incluant parfois, en parlant des réformes successives et de la difficulté de s'y retrouver. « *On a à peine fini une réforme qu'on en commence une autre. La première des difficultés est de se positionner dans ce mouvement perpétuel de réformes* ». Face à la quantité **d'injonctions paradoxales** et à la somme de demandes qui arrivent parfois de différents endroits, et qui sont toutes prioritaires, les CS « *peuvent avoir un peu le tournis et quand on a le tournis c'est difficile de se positionner* » (DS). Ce contexte qui change en permanence et qui se conjugue à « *un établissement qui bouge beaucoup* » met à mal la « *capacité à se projeter* ».

La **complexité de gestion des interfaces** figure également dans les difficultés identifiées, ainsi que la **complexité de la ligne hiérarchique et fonctionnelle**. Avec la mise en place des pôles d'activités, une autre dynamique intervient. Le CS doit tenir compte d'une double hiérarchie celle du pôle et celle de la Direction des Soins. Il est contraint à revisiter ses liens et parfois à interroger ses loyautés vis-à-vis de son métier d'origine, de son service, de son pôle, et de l'établissement. Le CS « *a le sentiment d'avoir parfois à choisir entre être le cadre du médecin, celui du directeur des soins, du directeur de l'établissement ou celui de l'équipe* »<sup>67</sup>. « *Et au fond, le risque c'est d'avoir un conflit de loyauté et de valeur* » (DS). Un CSS parle d'évolution des mentalités, de conflit intergénérationnel et de certains CS « *qui ne comprennent plus pourquoi les agents ne veulent plus si..., pourquoi ils exigent cela...* ». Enfin un DS indique que, pour lui, certains CS sont en perte de sens. « *Certains disent qu'ils n'ont pas fait cadre pour ça, que ce n'est pas ce qu'on leur avait demandé* ».

Enfin, l'existence **d'espace et de temps de paroles** fait défaut car « *c'est important que le cadre, face à ses difficultés, puisse avoir un espace d'expression* ». « *Après la réunion cadre, dans les groupes de travail il y a beaucoup d'échanges. Mais il n'y a pas d'espace organisé* » (DS).

### 2.2.3.3 Des difficultés dont la prise en compte demeure insuffisante

« *La réalité du management au quotidien dans les services nécessite que les cadres de proximité soient aidés, soutenus, valorisés, guidés parfois* »<sup>68</sup>.

Pour les CS, le soutien dont ils disposent, provient, déjà, de leurs collègues. Ce sont les échanges, l'entente qui existe « *dans une équipe de cadres* » qui sont aidant. Conscients de ne plus faire partie de l'équipe de soins, ils insistent sur la nécessité de se créer **un réseau** « *à côté* » car « *ce n'est pas dans l'équipe qu'on va trouver une soupape* ». L'adhésion à ce réseau nécessite de la « *confiance* » et de « *l'entraide* ». L'un des CS

<sup>67</sup> COUDRAY M.A., 2004, *Le cadre soignant en éveil*, Paris, Editions Seli Arslan, p 165.

<sup>68</sup> Ibid. p 184.

qualifie « le réseau de cadres de plus difficile parce qu'il y a des enjeux de pouvoirs. De ce fait, les relations ne sont pas toujours faciles ». Un autre parle de « compétition entre les CS » en évoquant l'ouverture prochaine d'un concours de CSS.

Les **outils**, mis à la disposition des CS, sont identifiés comme des aides. Ils trouvent facilitant de disposer de tableaux de bord ressources humaines, travaillés par un groupe de CS (absentéisme, nombre d'étudiants, mutualisation des ressources humaines...), de tableaux de bord qualité (transmissions ciblées, charge en soins...)... Ces outils leurs permettent d'objectiver une part de leur activité et de pouvoir la suivre. Ils font l'objet d'une analyse et donnent lieu à des échanges avec le CSS, les DS et les collègues parfois. Ils sont utilisés pour argumenter certaines demandes et font l'objet d'un rapport annuel.

En outre les CS savent, que s'ils le souhaitent, ils ont « l'opportunité d'être **reçu à la direction des soins pour discuter** » même si « derrière on n'a pas forcément la réponse souhaitée... ». Les DS abondent dans ce sens. « Ils savent que la direction des soins est ouverte pour discuter de toute situation difficile, ou non d'ailleurs ». « Que ce soit les CSS ou la direction des soins, c'est la politique de la porte ouverte, clairement. Il est facile pour un cadre d'avoir un entretien, d'être vu ». Cependant, « face à une problématique, on ne leur donne pas la solution toute faite. On cherche avec eux. D'ailleurs ils nous disent « on savait bien qu'on allait repartir avec du travail ! ». ».

Il est un point sur lequel les DS sont sans appel, c'est sur le portage des décisions institutionnelles. « Ce qu'on leur dit toujours c'est qu'ils peuvent venir chez nous, pleurer, hurler, nous dire qu'ils ne sont pas d'accord, s'exprimer. Par contre, quand ils sortent du bureau, ils ont l'obligation de porter les décisions institutionnelles. S'ils ne sont pas en accord avec la politique institutionnelle qu'ils doivent décliner... Et bien peut-être l'herbe est-elle plus verte dans le près d'à côté. Je crois qu'il faut savoir à un moment donné dire « je ne suis pas en accord je m'en vais ». Cela m'est arrivé de dire cela à un cadre ici dans ce bureau ».

La **réunion mensuelle des cadres** est vécue par les CSS, le DRH, et par les DS, comme un moyen de valoriser les CS. « C'est un peu la promotion et la valorisation, des travaux réalisés par les uns et les autres. Et les CS s'y retrouvent ». La réunion des CS « tout comme la CSIRMT sont des vecteurs de reconnaissance des CS ». De plus, deux à trois fois par an, le directeur général organise une **assemblée générale de l'encadrement**. « C'est toujours un moment attendu. Tout le monde est là. Le directeur général répond à toutes les questions. Il rappelle les grands axes du projet, fait le point sur les difficultés, les chantiers en cours et à venir... ».

Une autre dimension, dans le soutien aux CS, est la **formation continue**. Le DRH précise que l'élaboration du plan de formation peut être impactée par des besoins identifiés au niveau de l'encadrement. « On peut être amené à mettre au plan de formation des actions comme « la fonction cadre aujourd'hui », « la gestion de personnel dans certaines situations »... en fonction des difficultés que l'on a repéré chez les CS ».

L'analyse des besoins en formation est également un levier pour les DS ainsi d'ailleurs que la **prise en compte des demandes de mobilité**. Chaque année, vers le mois de mai, une bourse à l'emploi est ouverte pour l'ensemble des postes de CS disponibles. Les deux DS reçoivent chacune les personnes souhaitant changer de service et organisent les mouvements avant d'affecter les sortants de l'IFCS.

Les occasions de **passage des DS dans les unités de soins** sont fortement appréciées. Deux fois par an, associées à la qualité, elles réalisent des audits sur les parcours de soins au sein des services. « *Finally, c'est un moment très attendu, il faudrait qu'on on fasse plus. Parce que là nous sommes dans le conseil, l'accompagnement. Nous sommes l'œil extérieur qui analyse un certain nombre de processus. Ça, les CS aiment bien. C'est plutôt aidant* ». Lorsqu'elles sont de garde, elles ont pris l'habitude de passer dans les services pour rencontrer les équipes qui « *apprécient de les voir* ». Lors de situations difficiles, leur présence et leur disponibilité sont soulignées : « *Elles se sont montrées très disponibles, très à l'écoute de l'équipe, très réactive. Du jour au lendemain elles sont venues. J'ai beaucoup apprécié* ».

**Synthèse** : L'exercice de la fonction de CS confronte à de réelles difficultés qui sont bien identifiées par les différents acteurs. L'entourage des CS en parle beaucoup plus que les CS eux-mêmes. Le fait de les reconnaître n'est pas suffisant et leur prise en compte demeure incomplète. Comment faire pour que ces difficultés pèsent moins dans un quotidien où la charge de travail est de plus en plus lourde, l'urgence est la règle, l'éparpillement devient incontournable ? Ce constat fait dire à un des DS « *que l'exercice de la profession est complexe* ». Quand aux CS, ils témoignent de deux positions. Celle des « cadres critiques » qui ne trouvent leur satisfaction que dans leur relation avec l'équipe soignante et parlent d'un management affectif. Ceux-là, disent « *avoir le sentiment, bien souvent, de ne pas avoir l'opportunité, le droit de dire non. Quand il y a trop de sollicitations, si on dit non, c'est mal perçu. Il faut le justifier. Et même quand on le justifie de manière tout à fait correcte, on sent que ce n'est pas forcément bien perçu* ». « *Certains objectifs qui nous sont fixés sont très ambitieux et on n'arrive pas toujours à les atteindre* ».

Et puis, celle des « cadres animateurs » qui malgré les difficultés identifiées se disent investis, impliqués et trouvent des zones de satisfaction variées au travail. L'un d'eux précise « *Je me sens bien dans ma fonction malgré tout ça* ». Un autre dit ne pas se retrouver dans le discours sur le malaise des CS. « *Attachons-nous au positif ! Oui il y a des choses compliquées ! Mais quand je regarde à l'extérieur de l'hôpital je me dis que nous ne sommes pas forcément à plaindre. C'est ma philosophie de vie* ». Ou encore « *Ça ne sert à rien de perdre son temps à se plaindre, à crier, à se débattre. Demandons nous plutôt : Qu'est-ce qu'on peut faire de bien avec ce que l'on a ?* ».

## 2.2.4 Cadre de santé : des attentes vis-à-vis des cadres de pôles et du directeur des soins.

### 2.2.4.1 Les attentes des cadres de santé

Pour les CS le rôle du CSS est de «  **fédérer**  une équipe de CS autour du projet de pôle » alors que la DS elle, a pour mission de «  *fédérer tout un établissement pour avancer ensemble, dans une même direction*  ».

Les CS n'ont pas besoin de la présence constante ni du CSS, ni du DS. Ils réclament avec force une certaine  **autonomie** . «  *Je n'ai pas besoin de voir la CSS tous les jours. Pour moi, c'est important l'autonomie c'est ce qui fait le plaisir du métier*  ». En contrepartie, les CS insistent sur la nécessité «  *de basculer*  » toutes les informations à leur CSS et aux DS afin qu'elles aient un suivi des dossiers et des problématiques. «  *Elle (CSS) aime bien, et moi aussi j'aime bien, lui faire part de ce qui se passe. Elle est au courant sans être omniprésente. Elle est disponible sans être là tout le temps à nous demander des comptes*  ». Le CSS et les DS sont par contre attendus dans les situations de difficultés. «  *C'est important de savoir que le CSS est là pour répondre à mes attentes, mes difficultés et mes questions*  ». «  *La DS se positionne vis-à-vis de difficultés que l'on peut rencontrer*  ». Pour que ce fonctionnement soit possible les CS et les CSS insistent sur la notion de  **transparence et de confiance** . «  *L'autonomie se gagne du fait de la transparence, la confiance aussi. Le cadre supérieur qui n'a pas confiance dans son cadre lui laissera moins d'autonomie*  ». Les CSS portent la même idée, par rapport au DS. «  *C'est une relation de confiance qui s'instaure entre la DS et le CSS de pôle car la DS ne peut pas être partout. C'est un travail dans la transparence*  ». La confiance est source d'énergie. «  *Il n'y a sans doute pas plus motivant et dynamisant que de travailler dans une équipe où règne un climat de confiance. La confiance génère la confiance*  »<sup>69</sup>. Le CSS est perçu comme «  *une  **personne ressource** . Elle a des connaissances. On peut s'appuyer sur elle*  ».

La DS n'est pas dans la même proximité «  *On n'appelle pas le DS pour un oui pour un non. On a moins de contacts directs avec elle. En première intention, je m'adresse à ma CSS. Elle fait remonter la difficulté à la DS*  ». Les occasions de contact direct avec les DS sont souvent des situations problématiques. Si les CS se disent satisfaits du soutien qu'ils peuvent recevoir dans ces situations «  *quand j'ai eu besoin, elles ont été là tout de suite sur le terrain. Je me sens soutenu*  », ils précisent qu'ils ne les «  *voit jamais seul. On échangerait peut être différemment si on était seul avec la DS*  ». Les CSS abondent en indiquant que les «  *CS ont besoin, à un moment donné de travailler avec la DS. Enfin j'ai été CS, j'aimais bien de temps en temps pouvoir travailler directement avec le DS. Je trouvais ça intéressant*  ». Pour eux, cette articulation peut se faire à travers le projet de soins et les groupes de travail qui en découlent. «  *Le projet de soins, que les DS assument en transversalité, leur permet d'être dans les pôles. Et là, elles ont toute*

<sup>69</sup> CLAUDE J. F., 1998, *L'éthique au service du management*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons, p 115.

*légitimité à travailler en direct avec le cadre. Je n'en prends absolument pas ombrage. La DS intervient aussi en cas de problèmes importants, nécessitant l'intervention institutionnelle* ». Mais au-delà de ces contacts à l'occasion de groupes de travail ou de difficultés à gérer, les CS aspirent à des rencontres davantage centrées sur eux-mêmes. « *J'ai besoin d'échanges face à face. C'est un temps qui me manque par rapport aux DS* ». « *Les contacts avec les DS, aujourd'hui il y en a peu, épisodiquement un entretien d'évaluation. La réunion cadres n'est pas un contact car il n'y pas de relation personnalisée* ». Pour preuve, le travail sur la fiche du projet de soins « être cadre au CHU ». Un groupe de travail de CS et CSS a été constitué. Le groupe est animé par les DS. L'une d'elle témoigne « *C'est un peu devenu un groupe d'expression. Nous nous sommes éloignés de l'objectif initial qui était de construire un outil* ». L'un des CS propose d'organiser « *peut être une fois par mois ou par trimestre une réunion avec le DS, le CSS et les CS du pôle. Cela permettrait aux CS d'aborder leurs projets, d'évoquer leurs difficultés ou au contraire leurs points de satisfaction* ».

#### 2.2.4.2 Des cadres de santé influencés par le directeur des soins

Le DS impulse et influence le management des CS par différents canaux.

Son **investissement** dans l'établissement, sa **personnalité** même sont observés et remarqués. « *Ce n'est pas l'effet modèle, mais une forme de charisme. C'est aussi la façon dont j'incarne la fonction et également la lisibilité que je lui donne au sein de l'établissement* ». Le **discours** porté par le DS impacte de façon non négligeable des CS. L'un d'eux se souvient : « *Nous sommes des vecteurs auprès des équipes mais elles (DS) aussi dans leur discours et dans la tenue des propos. Je pense notamment à un sujet sur l'hygiène qui m'a permis de voir que la directrice avait réagit précisément. Elle avait donné des mots clé en parlant des référents* ». Cet impact appelle une vigilance de la part des DS. « *En effet, les interlocuteurs [...] détectent très vite, la cohérence du discours et du projet mais aussi et surtout l'implication personnelle de celui qui le porte, surtout lorsqu'elle demeure au fil des mois et des années* »<sup>70</sup>.

L'influence exercée par le **projet de soins** est reconnue par tous les acteurs. « *Le DS est responsable de l'élaboration du projet de soins. A travers celui-ci, il influence complètement les cadres* ». « *Je crois que le projet de soins reflète ce qu'un DS attend comme qualité des soins et donc ce qu'il attend des CS* ». « *Le projet de soins est une référence, une intention formalisée* ».

Le projet de soins est également important par **les valeurs** qu'il met en exergue. Le projet de soins de l'établissement affirme que « *la politique de soins s'ancre sur des valeurs : respect, équité, confiance, hardiesse* ». Un peu plus loin il est précisé que « *la déclinaison opérationnelle s'appuie sur le management des cadres de santé qui animent une équipe de professionnels autour de valeurs partagées et de projets communs dans une*

<sup>70</sup> BARTHES R., mars 2010, « Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ? », *Santé RH*, p 17.

*dimension pluridisciplinaire* ». Ces valeurs partagées sont précisées. Il s'agit de « *l'équité, l'exemplarité, la considération, la rigueur, le respect et la reconnaissance des capacités de chacun* ». Les CS déclinent spontanément un grand nombre de ces valeurs lors des entretiens. « *Le respect, c'est primordial. L'équité, on essaie de l'atteindre le plus possible à travers les plannings... Il y a de la confiance entre les agents et le CS, entre le CS et le CSS et le DS. En tant que cadre, je me sens porteur de ces valeurs. C'est évident et c'est la base de tout* ».

Enfin, **la façon dont le DS manage lui-même** ses équipes d'encadrement impacte, en cascade, le management des CSS et des CS. Un DS précise qu'il se sent influent à travers « *la façon dont je le considère (CS). Je crois qu'un cadre ne peut pas considérer son équipe si moi je ne le considère pas lui. J'ai encore la candeur de penser que cela influence* ». Un CS parle de cette influence disant que c'est une influence « *qui n'est pas forcément ressentie parce qu'elle n'est ni autoritaire ni directive* ».

**Synthèse** : Les CS attendent de leur propre encadrement une fédération à travers les différents niveaux et projets. Ils sont fortement attachés à une certaine autonomie dans l'exercice de leurs fonctions. Ils fondent cette autonomie sur un climat de confiance et une transparence dans les informations qu'ils transmettent aux CSS et aux DS. Ils vivent les CSS comme des personnes ressources auxquelles ils font appel en cas de besoin. Les DS sont plus éloignés et interviennent, essentiellement, dans les situations problématiques graves. Ils ont alors un rôle d'appui, de soutien et de conseil. Les CS aspirent par contre à des rencontres plus fréquentes et plus individuelles avec les DS.

Les CS se disent influencés par le DS. A travers ses comportements, son investissement institutionnel, son discours, les valeurs qu'il porte et son propre management le DS prend valeur d'exemplarité. La traduction des axes institutionnels à développer et des valeurs institutionnelles dans le projet de soins en font un outil fondamental.

### **En conclusion :**

Les CS de cet établissement, vivent la turbulence liée à un contexte démographique, économique, social et règlementaire en profonde mutation. L'exercice de leur fonction les confronte à des difficultés réelles, reconnues et bien identifiées mais dont la prise en compte par l'institution reste insuffisante. Les DS sont des acteurs incontournables pour les CS qui sont en attente vis-à-vis de ces derniers. Les capacités d'influence des DS ainsi que leur positionnement au sein de l'institution les situent en première ligne.

En réponse à notre question de départ : « **En quoi le directeur des soins peut-il contribuer à accompagner les cadres de santé dans les difficultés qu'ils rencontrent ?** », nous pouvons dire, en nous appuyant sur l'enquête, que les besoins identifiés sont de plusieurs natures.

« L'hôpital de demain impose aux cadres de jouer un rôle commun au sein de l'établissement. Il exige que les cadres disposent d'une culture commune, qu'ils partagent les mêmes valeurs, qu'ils adhèrent au même projet d'établissement, qu'ils développent des interactions au quotidien, dans une même démarche d'innovation et de progrès à la recherche d'efficacité »<sup>71</sup>. Les CS attendent du DS une reconnaissance, une visibilité accrue du positionnement attendu, des possibilités d'échange et des temps individuels, une révision du dispositif d'accompagnement des FF CS...

Répondre à ces besoins nécessite de créer un environnement favorable à l'exercice de ces professionnels. Pour cela il s'agit :

- D'élaborer une charte pour acter des principes partagés entre les acteurs.
- De mettre en place des groupes d'échanges pour lutter contre le sentiment de solitude professionnelle.
- D'élaborer un véritable contenu du métier afin de rompre avec le sentiment d'invisibilité ressenti par les cadres.
- De créer les conditions propices à l'engagement des professionnels.

La troisième partie se propose de développer la déclinaison opérationnelle de ces éléments.

---

<sup>71</sup> CALMES G., ABBAD J., août-septembre 1995, « Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier », *Gestions hospitalières*, n° 167, p 546.

### 3 Directeur des soins : une stratégie managériale

La mobilisation des énergies est un enjeu pour le DS, afin de réussir l'accompagnement du changement. Le DS semble avoir un impact direct sur les CS, parce qu'il est intrinsèquement et par ce qu'il dit et entreprend. L'articulation DS/CS est fondamentale. Le DS doit y être particulièrement sensible et exercer une vigilance permanente. Les modalités de cette articulation gagneraient à être définies, connues de tous et évaluées régulièrement. « *Nulle organisation ne peut se révéler efficace dans la durée si elle ne sait pas, ne veut pas ou ne fait pas partager ses enjeux* »<sup>72</sup>. C'est le rôle du DS de rendre lisibles les grandes orientations de la direction des soins et plus largement de l'institution. A cette condition, il pourra donner du sens et obtenir l'adhésion des acteurs pour une action collective efficace. Car « *la création d'équipes de cadres structurées autour du directeur des soins est un facteur clé du management dans les institutions de santé* »<sup>73</sup>.

#### 3.1 Une charte pour acter des principes partagés entre les acteurs

Dans cette structure, le projet d'établissement en cours est valide jusqu'en 2013. Il inclut, dans son introduction, un volet intitulé « *Projet de Management* ». La finalité affichée est de « *définir la stratégie poursuivie par la Direction Générale pour consolider le rôle d'établissement [...] de référence du CHU dans ses activités de soins, d'enseignement et de recherche. Il décline trois orientations :*

- *Mettre en œuvre une politique de gestion des ressources préparant le nouveau CHU [...]. Participer à la montée en qualification et en compétences des professionnels.*
- *Conforter le positionnement hospitalo-universitaire et le rôle de recours et de référence du CHU.*
- *Garantir aux patients une prise en charge de qualité, soucieuse du respect de leurs droits et de leur bonne information ».*

Les acteurs interviewés sont unanimes pour reconnaître que ce document n'est pas un réel projet de management. « *Pour moi un projet de management ce n'est pas ça. Le document actuel est une compilation des différents projets* ». En effet, la lecture de ce document montre qu'il reprend une synthèse des différents projets constitutifs du projet d'établissement. On y retrouve les grandes lignes du projet médical, du projet social, du projet de soins... C'est sans doute pourquoi, la direction des soins a éprouvé le besoin d'aller plus loin dans le projet de soins en déclinant, en partie, les fonctions des CS ainsi que les valeurs partagées du management. Ceci, pour éviter un manque de lisibilité de la politique de la direction des soins qui est source de difficulté pour les CS.

---

<sup>72</sup> TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, p 8.

<sup>73</sup> COUDRAY M.A., 2004, *Le cadre soignant en éveil*, Paris, Editions Seli Arslan, p 184.

Dans le contexte, il semble difficile d'introduire autre chose dans le projet d'établissement. Par contre, l'arrivée d'un nouveau directeur général peut être propice à l'élaboration d'une charte du management institutionnel. Ce travail permettrait de mettre à plat les fonctionnements, de clarifier les lignes hiérarchiques en fonction des souhaits et des attendus du nouveau directeur. Cet exercice permettrait d'objectiver les attentes et les besoins de chacun et de co-construire un dispositif clarifiant les places, rôles et niveaux d'intervention.

La charte managériale est un véritable **référentiel des pratiques** de gestion des ressources humaines de l'organisation. Elle donne la ligne de conduite à tout l'encadrement. La cohérence passe par un positionnement collectif et non individuel et l'existence d'un texte de référence est un moyen de réguler les comportements individuels. La construction d'un socle culturel, basé sur des valeurs communes, est une plus value qualitative. « *Le cadre y trouve les repères déontologiques du management. [...] La définition précise de l'ensemble des règles institutionnelles appliquées au fonctionnement et à l'organisation du service, donne du sens et de la cohérence aux actions de management. [...] Personne ne souffre de trop bien comprendre le pourquoi de ses actions* »<sup>74</sup>. Par contre « *le manque d'information transforme le plus responsable en exécutant. [...]* »<sup>75</sup>.

Dans son essai « Gouvernance des territoires et charte managériale »<sup>76</sup>, CARLES. J., propose **trois piliers à une charte managériale** : « *la convention de sens, la convention de partage et la convention de transparence* ». La convention de sens correspond à l'explicitation des valeurs communes. C'est le socle minimal des valeurs partagées. Elle constitue l'assise de la charte managériale. C'est le « *passage de l'utopie au souhaitable* ». C'est elle qui formalise l'adhésion des acteurs. La convention de partage précise la répartition des actions et des tâches. Elle répond à la question « qui fait quoi ? ». Elle apparaît comme la règle admise par tous les acteurs quant à l'attribution du leadership sur les différentes actions. Elle explicite également les moyens qui permettent à chaque acteur de réaliser les missions qui leurs sont confiées. C'est le « *passage de ce qui est souhaitable à ce qui est possible* ». Enfin, la convention de transparence concerne les modes de communication, permettant d'assurer la transparence, et le descriptif du système de pilotage. Elle précise les circuits d'information. Elle vise à mesurer l'efficacité et l'impact des actions. Elle incite à évaluer la performance globale du dispositif et les performances de chacun des acteurs. « *La convention de sens et la convention de partage ne seront acceptées par l'ensemble des acteurs que dans la mesure où chacun*

---

<sup>74</sup> DURAND J., mai 2003, « Réflexion éthique des soins », *Objectif soins l'essentiel du management*, n° 116, p 11-12.

<sup>75</sup> Ibid.

<sup>76</sup> CARLES J., mars 2007, *Gouvernance des territoires et charte managériale*, Voiron, Territoriale éditions.

*pourra s'assurer que les autres les respectent. La convention de transparence garantit cette exigence»<sup>77</sup>.*

La **définition des valeurs communes de référence** est un passage obligé pour l'élaboration d'une charte de management. Définir des valeurs de référence, légitimes, capables de mettre en cohésion les différents niveaux de gestion permet de fédérer, de développer l'autonomie des CS et de renforcer le sentiment d'appartenance au corps des CS. « *Les valeurs tissent un lien entre les individus, elles répondent au désir de croyance générale plus qu'à l'exigence de la raison. Tel est le paradoxe de nos valeurs : [...] elles distinguent et elles unissent* »<sup>78</sup>. La HAS, elle-même, invite les établissements de santé à définir leurs valeurs car elles « *sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes. Dans le contexte des établissements de santé, caractérisé par la présence de groupes porteurs de visions différentes et pourtant toutes légitimes, elles constituent un cadre de référence utile. Ces valeurs, liées aux missions de l'établissement, permettent de fonder les arbitrages et les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Les établissements sont invités à mener une démarche autour de la définition de valeurs en évitant les écueils du formalisme ou du détournement* »<sup>79</sup>.

L'auteur, CLAUDE. J. F<sup>80</sup>., identifie **quatre fonctions principales aux valeurs**. La première fonction est de soutenir l'identité d'une communauté. Les valeurs servent à rassembler les personnes en une communauté qui s'organise et collabore autour d'une mission. L'adhésion aux valeurs de la collectivité par l'individu renforce l'implication et la créativité. La seconde fonction est de servir d'appui à la force. Les valeurs sont une force car elles représentent ce à quoi l'individu ou la collectivité tiennent. Elles peuvent avoir un caractère universel qui constitue donc un puissant levier pour agir. La troisième fonction est de permettre l'indignation. L'indignation est un indicateur, un révélateur, des valeurs en jeu et peut donc agir comme une alarme qui va pousser à agir dans un contexte donné. Enfin, la quatrième fonction des valeurs est d'orienter les choix. Une certaine hiérarchie de nos valeurs s'établit en fonction des situations faisant passer l'une au premier plan et les autres au second.

Les valeurs donnent du sens et **donner du sens** c'est « *permettre aux personnes de trouver des raisons d'agir, de dépasser les difficultés, de dénouer les impossibilités, de*

---

<sup>77</sup> Ibid. p 114.

<sup>78</sup> LAZORTHES F., février 2005, « La démocratie dans l'horizon des valeurs... retour à Alexis de Tocqueville », *Soins cadre*, n°53, p 41.

<sup>79</sup> Haute Autorité de Santé, juin 2009, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, 99 p.

<sup>80</sup> CLAUDE J. F., 2005, *Le management par les valeurs*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions Liaisons, Collection entreprises et carrières, 250 p.

*trouver leur chemin dans l'incertain et le chaotique* »<sup>81</sup>. Mais, forcément très générales, les valeurs ne sont pas véritablement opérationnelles. C'est pourquoi, l'étape suivante nécessite de les décliner en normes de comportement dans telles ou telles situations. Les normes précisent et opérationnalisent les valeurs. Par exemple, « l'équité » est une valeur qui, dans le domaine de la rémunération, peut se décliner en « rémunérer ses collaborateurs en fonction de leur contribution ».

La mise en place d'une charte de management consiste en la matérialisation d'une volonté de transmission de valeurs et de formalisation de règles générales auxquelles chacun doit pouvoir adhérer. Elle a pour but de **guider l'action collective** autour de valeurs communes. Ces règles de management permettent, avant tout, d'offrir un cadre pour l'action, de délimiter pour chacun les bonnes règles de fonctionnement. Elles forment un corpus qualifiable de **guide de « bonnes pratiques »**. Ces règles sont le moyen de déployer une véritable politique managériale. Dès l'instant où elles sont énoncées et connues, elles encadrent l'activité et limitent les risques d'abus ou de débordement dans l'exercice des fonctions. Ce point est particulièrement important pour les cadres, dont l'une des missions est de prendre des décisions.

L'élaboration d'une charte de cette nature doit résulter d'un **travail collectif** le plus participatif possible et à tous les stades. La mise en place d'une démarche négociée implique les managers dans la définition des règles et la construction des outils pour développer une cohésion d'ensemble. C'est un moyen judicieux de **créer un apprentissage managérial**, dans le même temps. Ce dernier conduit à une évolution réelle et non artificielle des pratiques managériales. Deux principes sont essentiels, l'implication de la direction générale, incontournable dans ce type de démarche. Et, la charte s'adressant d'abord aux managers, il est primordial de les impliquer dans son élaboration. Les mots retenus doivent faire écho chez eux. Car pour faire mouche, les valeurs doivent d'abord être portées par le management. La charte doit leur parler.

La première étape de l'élaboration consiste en un **état des lieux**. Plus il est vaste, mieux cela est. Il faut partir des pratiques managériales pour identifier les deux catégories de valeurs, positives ou négatives, couramment distinguées. Ce sont, d'une part, les **valeurs, implicites** qui structurent le comportement des agents sans qu'ils s'en rendent compte. Elles sont issues de la culture, partagées au sein de l'établissement. Elles résultent d'une histoire et sont transmises dans le temps. D'autre part, les **valeurs issues d'un discours** qui indiquent la direction dans laquelle on souhaite faire évoluer la culture. Une charte se doit de contenir un mélange des deux types de valeurs : les valeurs pratiquées qui constituent le socle sur lequel repose et s'appuie l'institution et les valeurs déclarées qui ouvrent sur de nouvelles perspectives et éclairent les chemins à venir.

---

<sup>81</sup> GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité – Réflexion à l'usage des dirigeants*, Paris, INSEP Consulting Editions, p 7.

Après avoir sélectionné les valeurs retenues, la seconde étape conduit à identifier des normes de comportement associées à chacune. Puis vient la validation du produit final et la mise en place d'une communication institutionnelle la plus large possible. Cette communication empruntera des canaux variés et multiples. Elle s'adresse à tous les acteurs de l'établissement de l'agent des services hospitalier, du plombier jusqu'aux directeurs.

La démarche est progressive. Elle se fait par étape car les valeurs s'inscrivent dans le long terme. Elle est rigoureuse pour éviter les incohérences qui peuvent décrédibiliser l'ensemble de la démarche. Maintenir la cohérence exige que les règles, les procédures et les systèmes soient cohérents avec les valeurs opérantes qu'ils renforcent.

Dans un premier temps, le **DS a ici un rôle de proposition** auprès du directeur général du CHU. Il développe un argumentaire mettant en lumière la plus value d'une telle démarche et cherche à fédérer les acteurs à travers le comité de direction et le président de la commission médicale d'établissement par exemple. Il propose la mise en place d'un comité de pilotage (Copil) qui assure la pérennité du dispositif et qui a pour objectif de valider la méthodologie, les productions... Celui-ci est composé de membres de l'équipe de direction et de représentants médicaux (chefs de pôle si possible). Le directeur général assure la présidence de ce Copil ce qui donne de la force et indique un portage institutionnel de la démarche. Ce groupe pourra se réunir tous les deux mois.

Après concertation avec le DRH, **l'opérationnalité du projet** peut être assurée par une articulation DS/DRH. Un comité de suivi est constitué, c'est l'instance opérationnelle. Ce groupe se réunit tous les mois. Après avoir sensibiliser les personnels à travers la réunion des cadres de santé, la CSIRMT, la réunion des cadres techniques et administratifs, le journal interne de l'établissement, la DS et DRH proposent la mise en place de groupes de travail hétérogènes qui mixent les directions et les niveaux de management. Ils veillent aux justes proportions des groupes dans leur taille, et dans leur composition. Plus les groupes sont nombreux, plus l'analyse est riche dans la confrontation des points de vue. Le premier travail consiste en la réalisation de l'état des lieux, il s'agit d'établir un bilan de l'existant. Cette étape peut se faire en combinant deux méthodes : des d'entretiens auprès des professionnels sur leur conception de l'encadrement et la diffusion large d'un questionnaire pour identifier les attentes des personnels vis-à-vis de leur encadrement. Les questions suivantes<sup>82</sup> peuvent être utilisées pour cette étape.

1. Citez les valeurs principales qui conduisent vos actions professionnelles.
2. Pour chaque valeur citée, donnez en quelques mots votre propre définition.
3. Pour chaque valeur citée, donnez un exemple de comment celle-ci se décline ou pourrait se décliner dans votre management.
4. Ecrivez votre conception du management en quelques mots, en quelques verbes.

---

<sup>82</sup> Démarche utilisée par Madame BECU S., DS au CH René Muret (Sevran).

A partir de ce premier travail, se dessine la définition de la philosophie de l'encadrement et la déclinaison des valeurs communes. Un travail de cette envergure s'inscrit forcément dans la durée. Pour exemple, un an environ a été nécessaire au CH de Saint Quentin.

Les modalités de **suivi et d'évaluation** de la démarche ainsi que le dispositif de communication interne et externe sont à prévoir d'emblée. Une fois réalisée et validée par le Copil, la charte fait l'objet d'une présentation aux instances, en réunion de cadres, dans le journal interne. Elle est insérée dans le livret d'accueil du personnel. Elle fait l'objet d'un affichage large. Elle est intégrée dans la fiche de poste de l'encadrement.

Dans le cas où le directeur général ne souscrit pas à la démarche, le DS peut l'initier et la mener pour la direction des soins. Il s'agira alors d'une charte du management paramédical uniquement. La démarche utilisée est la même mais dans un champ plus restreint.

Une charte de ce type intégrant valeurs et normes de comportement peut modifier la manière dont **les managers sont évalués**. Au-delà de la mesure des résultats obtenus, le niveau de performance peut être apprécié, également, au regard des normes déclinées à partir des valeurs formalisées dans la charte de management. *« Paradoxalement, le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) semblent peu ou pas générer de démarches d'évaluation. Or leur impact, sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients, est non négligeable »*<sup>83</sup>. Face à ce constat, la HAS propose un guide **d'autoévaluation des pratiques de management** en établissement de santé. La mission De SINGLY quand à elle *« propose d'utiliser la démarche des évaluations des pratiques professionnelles comme moyen de renforcer les capacités managériales à l'hôpital, en mobilisant les cadres eux-mêmes et leurs établissements, le niveau régional et la Haute Autorité en Santé. Elle ouvre aussi la question de la validation individuelle d'EPP en management en recommandant d'en faire un outil de suivi de l'évolution professionnelle individuelle (formations et réinvestissement des formations) et de la lier à l'évaluation individuelle »*<sup>84</sup>.

En donnant un sens commun à l'action, en renforçant la transparence cet outil **valorise la confiance** par une collaboration accrue entre les parties prenantes. *« Il est important de voir que l'accès au sens devient source de plaisir et de motivation, de dynamisation de l'énergie »*<sup>85</sup>. Entrer dans ce type de démarche répond aux exigences d'un management responsable.

---

<sup>83</sup> Haute Autorité de Santé, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, p 6.

<sup>84</sup> DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, p 62.

<sup>85</sup> LENHARDT V., 1992, *Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building*, Edition INSEP, p 59.

## 3.2 Des groupes d'échange pour lutter contre le sentiment de solitude professionnelle

Les CS éprouvent le besoin d'avoir des espaces d'échanges entre eux et des temps individuels avec les DS. Ils l'expriment de diverses façons. Etre CS c'est à la fois être « **au cœur de l'équipe** » mais aussi « **à côté** ». **Accéder à cette fonction c'est devoir se créer un** nouveau « réseau » et le réseau des CS n'est pas forcément facilitant.

Les CS ont besoin d'espaces de régulation collectif. La mission De SINGLY, qui préconise la création d'un espace cadre dans chaque établissement, indique que « *ce sont des lieux d'échange et de partage d'information, de soutien entre cadres qui contribuent à créer une culture et des références communes* »<sup>86</sup>. Il est impératif de construire des lieux et des espaces où les échanges sur les difficultés que pose le travail soient francs, et de favoriser des comportements créant la confiance.

### 3.2.1 Des groupes d'échange de pratiques professionnelles

L'expérience faite dans notre établissement d'origine, nous amène à proposer la mise en place de **groupe d'échanges de pratiques professionnelles**. C'est un espace de parole où les pratiques professionnelles pourront être discutées par la mise à distance de l'action et la réflexivité sur la pratique. Il ne s'agit pas d'un groupe de parole mais bien d'un espace d'échange sur les pratiques d'encadrement qui a pour but de questionner les représentations, les positionnements et les compétences mobilisés au quotidien. L'expression, la verbalisation permettent cette prise de distance, au contraire du « faire » du quotidien. Il est souhaitable de travailler à partir de situations concrètes amenées par les participants. Il est possible également de se baser sur un écrit professionnel (article d'actualité...) qui est commenté, analysé et à partir duquel les pratiques sont interrogées. Il s'agit de questionner sa pratique, de réfléchir à son positionnement, d'analyser ses ressentis et attitudes de manière à comprendre les modalités et/ou difficultés de la relation managériale. Devant le nombre de CS de cet établissement (un peu plus d'une centaine), il peut être envisagé d'organiser ces groupes par pôle d'activité. L'objectif étant de constituer une connaissance et une culture commune de pôle. Ceux-ci viennent en effet de changer de configuration en janvier 2011 et les CS ne se connaissent pas encore tous sur un même pôle. La participation à ce type de groupe ne peut s'imposer. Elle se fonde nécessairement sur le volontariat des CS. Les groupes d'échanges de pratiques professionnelles peuvent être animés par des intervenants extérieurs ayant des compétences de psychosociologue. Néanmoins, un ou des professionnels de l'établissement formés à l'animation de groupe peuvent également tenir ce rôle. Le choix de l'animateur est déterminant. L'absence de lien hiérarchique libère la parole. Un CSS ne nous semble donc pas un choix judicieux. Le DS aurait légitimité à tenir ce rôle. Cependant considérant le nombre potentiel de groupe cela s'avère impossible. Un IFCS

---

<sup>86</sup> DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, p 78/79.

est adossé à ce CHU. Il semble possible de solliciter les cadres supérieurs formateurs. Cette implication peut contribuer à l'amélioration des liens entre le terrain et l'IFCS. Les cadres formateurs sont à la fois extérieurs aux services de soins tout en connaissant le terrain. Ils n'ont pas de lien hiérarchique, tout en ayant la connaissance du métier.

Il importe de déterminer, ensemble, les modes de fonctionnement. La durée, la fréquence des rencontres et les règles de fonctionnement (confidentialité...), après avoir été négociées, avec le groupe feront l'objet d'un « contrat » liant tous les membres. Ce contrat fera l'objet d'un examen annuel afin de laisser ouverte la possibilité de réajustements éventuel.

Ce dispositif peut, utilement, débiter dès la période de FF CS. Un espace de partage et d'échanges regroupant tous les FF CS (plus ou moins une douzaine tous les ans) permettra d'éviter l'isolement, de disposer de conseils, de partager les expériences, de présenter ses réussites et ses échecs, de créer une compétence collective, et de mieux gérer le stress. L'instauration de ces temps d'échanges peut également permettre le repérage des difficultés et, parfois, le traitement, en amont, des problèmes. Ayant déjà participé à ce type de groupe, le CS de retour de l'IFCS aura d'autant plus de facilité à poursuivre dans cette dynamique.

Ce type d'encadrement collectif est également un lieu de collaboration et de cohésion autour de la stratégie d'établissement.

Les CS aspirent à davantage de temps avec les DS. Cet axe peut prendre deux aspects : des temps de partage avec les DS en plus petits groupes et des temps individuels.

### **3.2.2 Des temps de partage avec les DS.**

Les réunions cadres telles qu'elles existent ne répondent pas totalement aux besoins d'échanges des CS avec les DS. Ces réunions ont lieu dans un amphithéâtre, peu propice aux débats et aux partages. Les DS s'installent au premier rang afin de ne pas être en hauteur sur l'estrade. Lorsqu'elles prennent la parole elles se lèvent pour faire face au public mais, la plupart du temps, elles tournent le dos aux CS et CSS. C'est le nombre qui impose la salle et il semble difficile de changer la disposition. Il nous apparaît donc opportun que les DS, qui se sont répartis la référence des pôles, puissent de temps en temps aller à la rencontre des CS par le biais des réunions de cadres de pôle. Dans un groupe, plus petit, la prise de parole, ainsi que sa circulation, est plus aisée. Ces rencontres pourraient se faire autour de thématiques d'actualités ou d'une complexité particulière. Elles sont l'occasion pour chacun de se connaître et de se reconnaître. Le caractère soutenu des échanges et des rencontres favorise la connaissance de l'autre. Celle-ci combinée à la transparence des discours et des comportements induit la confiance. Or, la littérature managériale a montré qu'au fondement de la motivation et de l'implication était la confiance. La confiance que l'on peut inspirer passe, en grande partie,

par la rencontre d'individu à individu. La confiance exige que l'on « paie de sa personne » pour rencontrer l'autre et aussi s'exposer à lui.

### **3.2.3 Un temps individuel avec le DS**

Actuellement, il n'y a aucun temps de rencontre individuelle entre le DS et le CS. Même s'ils savent qu'il est toujours possible de demander un rendez-vous avec un DS, les CS n'utilisent cette option qu'en cas de grande difficulté et l'entretien se fait souvent en présence du CSS.

Nous proposons que l'entretien annuel de bilan se fasse en la seule présence du DS. Le CSS voit le CS en entretien d'évaluation. Puis, un temps d'échange entre les CSS et les DS est organisé pour qu'ils puissent, ensemble, évoquer la situation des différents CS, les problématiques éventuelles des uns et des autres... Cette étape existe déjà aujourd'hui. Notre expérience personnelle nous montre que ce temps d'échange privilégié entre CS et DS est facilitant pour une expression libre et détachée. Le CS peut avoir des choses à dire à son CSS qu'il ne souhaite pas aborder en présence du DS. A l'inverse, les échanges avec le DS peuvent amener des éléments qu'ils ne souhaitent pas aborder avec le CSS. Il faut que le DS rencontre l'individu qu'il y a derrière chaque agent et qu'il prenne connaissance de ses projets. De ce contact personnel peut découler un sentiment de reconnaissance pour le CS et « *la reconnaissance [est] génératrice de sens, de plaisir et d'intention contributive* »<sup>87</sup>. Le DS doit autant que possible, et à bon escient, valoriser chaque CS pour les motiver et augmenter leur confiance en eux.

L'acceptation et la réussite de ce dispositif repose sur la confiance et la transparence. Le CSS ne doit pas se sentir dépossédé ou exclu. Le management des CS par les CSS n'est pas incompatible avec l'intervention directe du DS. Sa présence, bien comprise, auprès des CS peut s'avérer un atout majeur de réussite. C'est l'occasion pour le DS de clarifier les objectifs de la direction des soins, d'entendre les difficultés et surtout, c'est pour lui, se donner les moyens de rassembler, associer et coordonner les acteurs. La loyauté est une condition *sine qua non* et primordiale à cette démarche, loyauté du CS et du DS envers le CSS, loyauté entre le CS et le DS. C'est ce qui permet d'établir la relation de confiance indispensable.

Le DS a un rôle pédagogique majeur pour accompagner les cadres. Il doit être là pour épauler, valoriser, conseiller et faire le lien entre tous les cadres (CS et CSS) de l'institution.

---

<sup>87</sup> LANNOY P., décembre 2005, « L'autonomie du cadre de santé. Contribution à l'organisation et satisfaction au travail », *Gestion hospitalière*, n°45, p 786.

### **3.3 Un véritable contenu de métier pour rompre avec le sentiment d'invisibilité ressenti par les cadres**

« Se situer dans une organisation suppose de connaître ses missions et ses objectifs définis à partir d'une fiche de poste, [...]. Si le répertoire des métiers permet de donner des repères généraux pour les postes et les missions, ceux-ci ne suffisent pas à expliciter pour un établissement donné ce qui est attendu de chacun. Chaque établissement doit préciser les missions qu'il confie en général aux différentes catégories de cadres (par filière et par niveau) et en particulier à chaque personne cadre dans la situation spécifique qu'il occupe »<sup>88</sup>. Dans ce CHU, l'existence d'une fiche de poste pour les CS ne semble pas aller de soi. Pour le CS de l'équipe opérationnelle d'hygiène, elle existe bel et bien. D'autres CS disent l'avoir eue, pourtant il nous a été impossible de nous la/les procurer. Il semble qu'il y ait confusion dans l'esprit des acteurs entre la définition de fonction, telle qu'elle peut figurer dans le document « Etre cadre au CHU » à destination des FF CS, et une réelle fiche de poste. Il nous paraît important de clarifier ces notions et que chaque CS puisse avoir, à disposition, une fiche de poste qui constitue pour lui un référentiel. C'est un outil indispensable pour préciser, évaluer et gérer le développement des compétences des CS. Le fait que la place de chacun soit bien définie au sein d'une équipe ainsi que les tâches à réaliser facilite la collaboration, rassure les agents et donne confiance en l'organisation.

Le projet social de l'établissement prévoit « une intégration de la démarche métiers/compétences dans les processus de gestion des ressources humaines », le projet de soins lui se propose de « formaliser un référentiel d'activités et de compétences pour les cadres du CHU ». Un travail en collaboration direction des soins/direction des ressources humaines me semble donc tout à fait indiqué sur cet axe. Il ne faut pas oublier non plus que la réingénierie des formations des métiers de la santé est en cours. Après la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puéricultures, la formation infirmière a été revisitée tout récemment. La formation cadre, à son tour, est en cours de refonte. La méthodologie utilisée est vraisemblablement la même : à partir d'un référentiel d'activités, se décline un référentiel de compétences puis un référentiel de formation.

### **3.4 Des conditions favorables à l'engagement des professionnels**

« Pour encourager l'équipe à être performante, les gestionnaires de projets doivent définir clairement les objectifs du projet, clarifier les rôles et tâches de chaque membre de l'équipe, inspirer un engagement fort vis-à-vis de la réalisation des objectifs et favoriser la coopération autour d'un esprit de projet commun »<sup>89</sup>. Pour atteindre les deux premiers objectifs nous avons vu le rôle de la charte de management, l'importance de relations

---

<sup>88</sup> DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, p 73.

<sup>89</sup> PALAZZO G., WENTLAND M., 2011, *Pour un management responsable*, Paris, Editions Pearson Education, p 89.

soutenues et des échanges, collectifs et individuels, et enfin la nécessité d'une clarté dans la définition et l'organisation du travail (définition de fonction et fiches de postes). Pour inspirer un engagement fort, le DS s'appuie sur ces différents outils. Mais les outils, seuls, ne font pas la qualité du manager. Il est admis que la qualité des comportements est fortement liée au management et à l'exemplarité des dirigeants. En effet, « *le leader réussit à créer un effet d'entraînement, notamment grâce à sa présence, et s'appuie sur l'exemplarité de sa conduite personnelle pour la faire rejaillir sur l'ensemble du groupe* »<sup>90</sup>. L'exemplarité définit une cohérence entre actes et parole, entre valeurs affichées et valeurs incarnées. Aussi le DS doit-il les vivre au quotidien. Déjà Benoit de NURSIE, fondateur de l'ordre des Bénédictins au V<sup>ème</sup> siècle, pensait que le responsable enseigne plus par ses actes que par ses paroles. De l'exemplarité dépend la crédibilité et l'influence du DS. C'est d'elle également que naît la confiance chez les interlocuteurs. « *La confiance passe par la certitude que la personne va tout faire pour réussir, pas dans le fait qu'elle va réussir* »<sup>91</sup>. Inspirer confiance est nécessaire, mais, il est tout aussi important de faire confiance car, faire confiance, génère de la confiance et de la motivation en retour. Ce double mouvement se retrouve dans la définition suivante. « *Donner confiance, c'est se permettre d'être influent sur l'autre sans qu'il se sente menacé. C'est aussi en retour autoriser l'autre à être influent sur soi* »<sup>92</sup>.

Or, nous l'avons vu, les CS, CSS et DRH sont fortement attachés à la notion de transparence, de loyauté, et de confiance car c'est, pour eux, la source de l'autonomie à laquelle ils tiennent tout particulièrement.

La procédure de détection des potentiels et d'accompagnement des FF CS doit être révisée, en particulier, les différentes étapes de validation du projet. Les dispositifs précédents sont à même, eux aussi, de mieux accompagner ces professionnels en devenir, de les soutenir dans leurs apprentissages et de mieux les connaître, en les côtoyant davantage à travers les échanges. L'ensemble devrait permettre de limiter, voir supprimer les situations d'échec au concours sur titre au retour de l'IFCS.

---

<sup>90</sup> PICQ T., Le management public en formation – séminaire EN3S – octobre 2006- RESP, p 10.

<sup>91</sup> MARTIN B., LENHARDT V., JARROSSON B., 1996, *Oser la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants*, Paris, INSEP Editions, p 121.

<sup>92</sup> CLAUDE J. F., 1998, *L'éthique au service du management*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons, p 57.

## Conclusion

En moins de dix ans, l'hôpital a connu un cycle de réformes majeures du plan Hôpital 2007 à la loi HPST. Ces évolutions impactent fortement le management des CS. Les pratiques évoluent et l'on voit de plus en plus d'entreprises intégrer la notion de responsabilité sociale et de management responsable. L'hôpital lui-même, timidement, commence à intégrer cette dimension. Quelques expériences en témoignent. Le DS est l'un des principaux acteurs pour promouvoir ces nouveaux modes de management.

Dans le maelström des réformes, les CS sont au cœur du système pour accompagner la mise en œuvre. Le contexte de travail du cadre s'est significativement transformé au cours des dernières années. Et « *leurs modes de management, [...], leurs définitions de la performance, leurs fonctions et même leurs identités professionnelles sont mises en cause, bouleversées, réinterprétées* »<sup>93</sup>. Les responsabilités des cadres sont parfois lourdes. L'exercice de la fonction s'avère d'une grande complexité. Mais « *Réalistes et clairvoyants, les cadres hospitaliers, dans leur grande majorité, sont prêts à relever les grands défis de l'époque pour peu que les pouvoirs publics et l'institution hospitalière leur en donnent la possibilité et les moyens* »<sup>94</sup>.

Si les difficultés des CS sont maintenant bien identifiées, leur prise en compte demeure insuffisante et difficile.

Le DS, lui-même, voit sa fonction modifiée dans ses lignes hiérarchiques et fonctionnelles ainsi que dans son positionnement, dorénavant résolument politique et stratégique. En tant que responsable de l'encadrement et de l'animation de la direction des soins, il dispose de leviers non négligeables pour favoriser une politique d'encadrement répondant aux besoins des CS.

Le projet de soins ainsi que l'existence d'une charte d'encadrement vont permettre de fédérer les CS par l'élaboration de valeurs communes et la construction du sens de l'action collective. La charte de management est un fil rouge, une référence, qui donne la ligne de conduite à tout l'encadrement. Le cadre y trouve les repères déontologiques du management. Dès l'instant où des règles et des valeurs sont énoncées et surtout connues, elles encadrent l'activité et limitent les risques d'abus ou de débordement dans l'exercice des missions. Une charte de management ne peut se contenter d'être simplement élaborée, elle doit aussi trouver l'adhésion de tous, encadrant ou non, et surtout être réellement appliquée et mise en œuvre. La mesure de la satisfaction d'un service, et de l'encadrement peut servir d'indicateurs pour juger de la réelle effectivité.

---

<sup>93</sup> DESMARAIS C., 2008, « Encadrer sous contrainte dans les fonctions publiques ? », *Revue française d'administration publique*, n°128, p 659.

<sup>94</sup> DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, p 91.

Les CS n'ont pas toujours le sentiment d'être entendu dans l'expression de leurs difficultés. Ils aspirent à des temps de rencontres plus nombreux et plus individuels avec leurs DS. La mise en place de groupes d'échanges sur les pratiques de management, la participation des DS à certaines réunions de pôle ainsi que la réalisation du bilan annuel en face à face (DS et CS) pourraient être des réponses à leurs besoins. L'articulation de CS, CSS et DS doit être clairement explicitée pour que chacun se sente en confiance dans ce nouveau dispositif.

« Clarifier les rôles et les missions des cadres dans le système hospitalier est Indispensable. C'est une attente très forte des cadres »<sup>95</sup>. C'est pourquoi, dans cet établissement, il est nécessaire de clarifier les notions de définition de fonction et de fiche de poste. Ce travail aura pour conséquence de réduire le sentiment d'invisibilité du travail ressenti par les CS.

Enfin, pour favoriser les synergies, le style de management mis en place par le Directeur des soins prendra toute son importance. Pour susciter la motivation et l'implication, le DS aura à cœur de développer la confiance au sein de l'organisation pour lever les freins empêchant tout un chacun de se concentrer sur les objectifs à atteindre. La confiance inspirée par son exemplarité, la congruence entre son discours et ses actions et la confiance accordée à autrui agissent tel un lubrifiant invisible. « Pour que cette confiance renaisse et se fortifie, il est sans doute essentiel que les dirigeants prennent plus au sérieux la nécessité de clarifier, de transmettre (et de vivre eux même en cohérence) le sens, les valeurs et les axes stratégiques majeurs de leur entreprise pour que les divers niveaux managériaux puissent s'en emparer et, sur le terrain, donner aux jeunes générations des raisons de trouver dans leurs activités professionnelles une part de leur réalisation personnelle »<sup>96</sup>. C'est une des conditions pour que la baisse des vocations pour la fonction de CS puisse s'inverser.

Les nouveaux enjeux pour les directeurs des soins sont multiples dans le contexte de la montée en charge des pôles, de la nouvelle gouvernance, des impératifs de qualité et du déploiement territorial des coopérations. Il a besoin d'un groupe CS autonome, confiant dans ses capacités, compétent et opérant.

Dans ce contexte et au sein d'une structure dont la finalité est de produire du soin et de « prendre soin », se préoccuper du management, c'est pleinement investir l'avenir. C'est ce que P. RICOEUR appelle « la sollicitude » et T. TODOROV « le souci ».

Ce « souci » de l'encadrement participe de la prévention des risques psycho-sociaux (RPS), ce qui devient une priorité. Le travail évolue, les organisations se transforment rapidement... les risques professionnels aussi. Depuis une vingtaine d'années, les RPS

---

<sup>95</sup> DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, p 63.

<sup>96</sup> SERIEYX H., mai 2011, « Une génération à la loupe : quand les Y mutent », *Personnel-Mensuel*, n°519, p 55.

sont progressivement apparus comme des sujets majeurs de la vie au travail. Phénomène complexe qui recouvre des réalités très différentes, « *les risques psycho-sociaux doivent être analysés comme le résultat de « tensions » excessives, non régulées ou insuffisamment régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales. Ces tensions sont regroupées en quatre grandes familles, celles issues des contraintes du travail, celles liées aux valeurs et exigences du salarié, celles liées aux situations de changements des contextes de travail, et celles liées aux relations et comportements des individus* »<sup>97</sup>.

Prévenir les RPS c'est avant tout mettre en place des modes d'organisation qui soient favorables à la santé physique et mentale des salariés. En France, le deuxième Plan santé au travail (2010-2014), place explicitement la lutte contre les RPS parmi ses priorités. Le bien être au travail devient un élément important de la gestion des ressources humaines. A travers diverses enquêtes<sup>98</sup> il apparaît que, pour améliorer leur bien-être au travail, les cadres plébiscitent le dialogue plus que la formation. Ils souhaitent disposer d'un accès plus facile à leur supérieur hiérarchique et dégager du temps pour discuter en équipe des moyens permettant de réduire le stress et les conflits. Ces éléments constituent selon eux les pistes les plus pertinentes et vont dans le sens des préconisations de la troisième partie de ce travail.

Le médiateur de la République, Jean-Paul Delevoye, précise lors des rencontres d'Hippocrate, organisées le 10 mars 2011, par la Faculté de médecine Paris Descartes que « *la maîtrise des dépenses est peut être nécessaire. Mais la meilleure façon d'améliorer la qualité du service public est de faire en sorte que les professionnels soient heureux d'y travailler* ».

---

<sup>97</sup> BERNON J., DOUILLET P., mars 2009, « Evolution des organisations du travail et risques psycho-sociaux, quelques enseignements issus de l'approche du réseau ANACT », ANACT Lyon, *Santé Mentale au travail*, p 13.

<sup>98</sup> Exemple [www.travailler-mieux.gouv.fr/1er-barometre-du-bien-etre-au.html](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/1er-barometre-du-bien-etre-au.html)

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- Ministère de la santé et des sports. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°227 du 30 septembre 2010.

## OUVRAGES :

- ARDOINO J., 1990, *Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant. Les nouvelles formes de recherche en éducation*, Paris, Editions ANDSA.
- CARLES J., mars 2007, *Gouvernance des territoires et charte managériale*, Voiron, Territoriale Editions. 220 p.
- CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Editions Fayard, 490 p. CLAUDE J. F., 1998, *L'éthique au service du management*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons, 253 p.
- CLAUDE J. F., 2005, *Le management par les valeurs*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions Liaisons, Collection entreprises et carrières, 250 p.
- COUDRAY M.A., 2004, *Le cadre soignant en éveil*, Paris, Editions Seli Arslan, 220 p.
- CUENDET G., UHODA S., 1993, *Conduire des équipes hospitalières*, Paris, Editions d'Organisation, collection hôpital 2000, 107 p.
- GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité – Réflexion à l'usage des dirigeants*, Paris, INSEP Consulting Editions, 357 p.
- HEES M., 2010, *Le management à l'hôpital : Science, art ou magie ?*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions Seli Arslan, 186 p.
- LENHARDT V., 1992, *Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building*, Paris, INSEP Editions, 302 p.
- MARTIN B., LENHARDT V., JARROSSON. B., 1996, *Oser la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants*, Paris, INSEP Editions, 165 p.
- MUCCHIELLI R., 2006, *L'analyse de contenu*, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions ESF, 223 p.
- PALAZZO G., WENTLAND M., 2011, *Pour un management responsable*, Paris, Editions Pearson Education, 221 p.
- QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Editions Dunod, 284 p.

- SAINSAULIEU Y., 2008, *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Rueil Malmaison, Editions Lamarre, 220 p.
- STRAUSS A., 1992, *La trame de la négociation*, Paris, Editions l'Harmattan, 319 p.

### **PERIODIQUES :**

- AUBERT N., novembre 2004, « Que sommes nous devenus ? », *Sciences humaines*, n°154.
- BARTHES R., mars 2010, « Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ? », *Santé RH*.
- BERNON J., DOUILLET P., mars 2009, « Evolution des organisations du travail et risques psycho-sociaux, quelques enseignements issus de l'approche du réseau ANACT », ANACT Lyon, *Santé Mentale au travail*.
- BOURET P., 2008, « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue française d'administration publique*, n°128.
- CALMES G., ABBAD J., août-septembre 1995, « Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier », *Gestions hospitalières*, n°167.
- COLMONT D., juin/juillet 2011, « Magnet hospital ou le concept « d'hôpital attractif » », *Objectif soins*, n°197.
- COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins », *Gestions hospitalières*, n°453.
- DESMARAIS C., 2008, « Encadrer sous contrainte dans les fonctions publiques ? », *Revue française d'administration publique*, n°128.
- DIVAY S., GADEA C., 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n°128.
- DURAND J., mai 2003, « Réflexion éthique des soins », *Objectif soins l'essentiel du management*, n° 116.
- GIAUQUE D., BARBEY V., 2008, « Les leviers de la performance individuelle et collective dans les organisations publiques suisses : l'importance d'un pilotage participatif », *Revue française d'administration publique*, n°128.
- GILIOLO C., août 2007, « Nouvelle gouvernance, de la disqualification à l'inquiétude », *Soins Cadres de santé*, n°63.
- HOULE L., mars/avril 2010, « Leadership des cadres intermédiaires. Initiatives de renforcement au CHU de Sherbrooke, Québec », *Revue hospitalière de France*, n°533.
- KLETZ F., LENAY O., 2008, « Du statut au métier : l'encadrement y gagne-t-il en reconnaissance ? », *Revue française d'administration publique*, n°128.
- LANNOY P., décembre 2005, « L'autonomie du cadre de santé. Contribution à l'organisation et satisfaction au travail », *Gestion hospitalière*, n°45.

- LAZORTHE F., février 2005, « La démocratie dans l'horizon des valeurs... retour à Alexis de Tocqueville », *Soins cadres*, n°53.
- LEFEVRE P., juillet-aout 2002, « Théories et stratégies du management », *Les Cahiers de l'Actifs*, n° 314-317.
- MABROUK J., mai/juin 2009, « Management hospitalier : encadrer ou manager ? », *Revue hospitalière de France*, n°528.
- PERRIN G., 2ème trimestre 2000, « Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui », *Soins Cadres*, n°34.
- PICHON N., décembre 2005, « Acteurs de santé. Etre reconnus et savoir communiquer », *Gestions hospitalières*, n°451.
- SAINSAULIEU I., 2008, « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers », *Revue française d'administration publique*, n°128.
- SERIEYX H., mai 2011, « Une génération à la loupe : quand les Y mutent », *Personnel-Mensuel*, n°519.
- TOUPILLIER D., mai/juin 2011, « Vers la direction d'un hôpital de réseaux », *Manageurs de santé*, n°90.
- WALLON M.L., mai/juin 2011, « Conditions d'exercice des managers de santé-surinvestis mais en manque de reconnaissance », *Manageurs de santé*, n°90.

#### **RAPPORTS/GUIDES:**

- DE SINGLY C., septembre 2009, *Rapport final de la Mission Cadres Hospitaliers*, tome 1, 124 p.
- Haute Autorité de Santé, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, 38 p.
- Haute Autorité de Santé, juin 2009, Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, 99 p.
- YAHIEL M., MOUNIER C., Novembre 2010, Rapport « *Quelles formations pour les cadres hospitaliers?* », 74 p.
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction des hôpitaux, octobre 2000, *Etude sur l'encadrement dans les établissements public de santé (hors personnel de direction)*.
- TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, 133 p.

- ZEGGAR H., VALLET G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 123 p.

### **MEMOIRES DE L'EHESP**

- BECU Sophie., 2010, La bientraitance managériale : recherche et développement, Mémoire de directeur des soins, EHESP, 38 p.
- DUCRET B., 2005, Directeur des soins et Cadres de santé : Collaborer entre « bonne distance et juste proximité », Mémoire de directeur des soins, EHESP, 67 p.

### **CONFERENCE/SEMINAIRE/COLLOQUE :**

- BOURGEON D., directeur des soins, IFCS, CHU Poitiers – Séminaire annuel des anciens directeurs des soins, EHESP Rennes, - 12 avril 2011.
- PICQ. T, Le management public en formation – séminaire EN3S – octobre 2006-RESP, 112 p.

### **SITES INTERNET**

- [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- [www.syncass-cfdt.fr/actualites/communiqués-de-presse/248-directeurs-des-soins-une-fonction-complexe-qui-doit-etre-reconnue-11-octobre-2011](http://www.syncass-cfdt.fr/actualites/communiqués-de-presse/248-directeurs-des-soins-une-fonction-complexe-qui-doit-etre-reconnue-11-octobre-2011)
- [www.travailler-mieux.gouv.fr/1er-barometre-du-bien-etre-au.html](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/1er-barometre-du-bien-etre-au.html)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Norme ISO 26000**

**Annexe 2 : Charte de management du CH de Saint Quentin**

**Annexe 3 : Guide d'entretien CS**

**Annexe 4 : Guide d'entretien CSS**

**Annexe 5 : Guide d'entretien DS gestion**

**Annexe 6 : Guide d'entretien DS formation**

**Annexe 7 : Guide d'entretien DRH**

---

# Annexe 1

---

## ISO 26000 – Responsabilité sociétale

### Découvrir ISO 26000



#### ISO 26000 – L'essentiel

Cette page permet de comprendre les grandes lignes de la Norme internationale d'application volontaire, ISO 26000 : 2010, *Lignes directrices relatives à la responsabilité sociétale*. Elle constitue ainsi une première étape visant à inciter tous types d'organismes du secteur public ou du secteur privé à mettre en œuvre ISO 26000 pour profiter des avantages d'une action responsable au niveau sociétal.

#### Pourquoi la responsabilité sociétale est-elle importante ?

Les organisations existant de par le monde et leurs parties prenantes sont de plus en plus conscientes de la nécessité d'adopter un comportement responsable, et des bénéfices qui y sont associés. L'objectif de la responsabilité sociétale est de contribuer au développement durable.

Les performances d'une organisation vis-à-vis de la société dans laquelle elle opère et vis-à-vis de son impact sur l'environnement sont devenues une composante critique de la mesure de ses performances globales et de sa capacité à continuer à fonctionner de manière efficace. Ceci reflète, en partie, la reconnaissance croissante de la nécessité de garantir l'équilibre des écosystèmes, l'équité sociale et la bonne gouvernance des organisations. Au final, toutes les activités des organisations dépendent à un moment ou un autre de l'état des écosystèmes de la planète. Les organisations sont soumises au regard de leurs diverses parties prenantes.

#### Quels avantages peut-on retirer de la mise en œuvre d'ISO 26000 ?

La réalité et la perception des performances d'une organisation en matière de responsabilité sociétale peuvent avoir une incidence sur ce qui suit, entre autres:

- Ses avantages concurrentiels
- Sa réputation
- Sa capacité à attirer et à retenir ses salarié(e)s ou ses membres, ses clients ou ses utilisateurs
- Le maintien de la motivation et de l'engagement de ses employés, ainsi que de leur productivité
- La vision des investisseurs, des propriétaires, des donateurs, des sponsors et de la communauté financière
- Ses relations avec les entreprises, les pouvoirs publics, les médias, les fournisseurs, les pairs, les clients et la communauté au sein de laquelle elle intervient.

## **Qui peut bénéficier d'ISO 26000 et comment ?**

ISO 26000 présente des lignes directrices pour tous types d'organisations, quelle que soit leur taille ou leur localisation, concernant :

1. Les concepts, termes et définitions relatifs à la responsabilité sociétale
2. Les origines, les orientations et les caractéristiques de la responsabilité sociétale
3. Les principes et pratiques en matière de responsabilité sociétale
4. Les questions centrales et les domaines d'action de la responsabilité sociétale
5. L'intégration, la concrétisation et la promotion d'un comportement responsable dans l'ensemble de l'organisation, et à travers ses politiques et pratiques, dans sa sphère d'influence
6. L'identification des parties prenantes et le dialogue avec elles
7. La communication sur les engagements, les performances et autres informations concernant la responsabilité sociétale.

ISO 26000 a vocation à aider les organisations à contribuer au développement durable. Elle vise à encourager les organisations à aller au-delà du respect de la loi, tout en reconnaissant que le respect de la loi est un devoir fondamental pour toute organisation et une partie essentielle de sa responsabilité sociétale. Elle a vocation à promouvoir une compréhension commune dans le domaine de la responsabilité sociétale et à compléter les autres instruments et initiatives de responsabilité sociétale, non à les remplacer.

Lors de l'application d'ISO 26000, il est recommandé que l'organisation prenne en considération les différences sociétales, environnementales, juridiques, culturelles, politiques et la diversité des organisations ainsi que les différences de conditions économiques, en toute cohérence avec les normes internationales de comportement.

### **Une norme non destinée à la certification**

ISO 26000 n'est pas une norme de système de management. Elle n'est pas destinée ni appropriée à des fins de certification ou à une utilisation réglementaire ou contractuelle. Toute offre de certification, ou prétention de certification selon ISO 26000 serait une mauvaise représentation de l'intention et de l'objectif de cette Norme internationale. Étant donné qu'ISO 26000 ne contient pas d'exigences, une telle certification ne serait pas une preuve de conformité à cette Norme internationale.

### **Que contient précisément ISO 26000 ?**

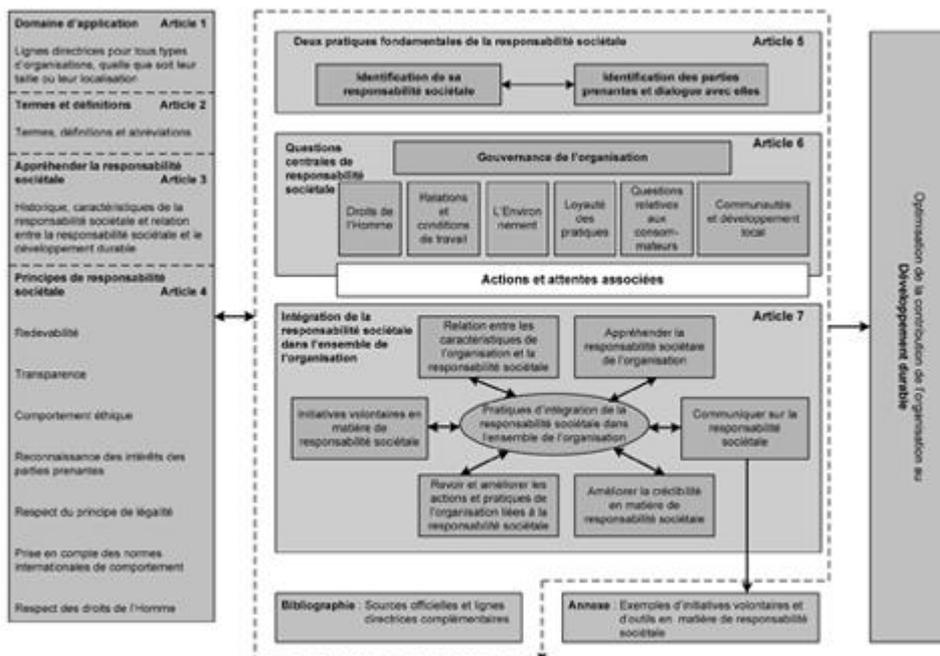
ISO 26000 aborde sept questions centrales de responsabilité sociétale définies dans la norme et représentées dans le schéma ci-après. Les chiffres renvoient aux articles correspondants de la norme.

# Responsabilité sociétale: Les 7 questions centrales



\* Les chiffres correspondent aux numéros des chapitres de la norme ISO 26000.

## Vue d'ensemble d'ISO26000



## **Comment une organisation aborde-t-elle la mise en œuvre d'ISO 26000 ?**

Après un examen des caractéristiques de la responsabilité sociétale et de son rapport avec le développement durable (Article 3), il est suggéré que l'organisation revoie les principes de la responsabilité sociétale décrits dans l'Article 4. Dans leur pratique de la responsabilité sociétale, il convient que les organisations respectent et traitent ces principes, avec ceux qui sont propres à chacune des questions centrales (Article 6).

Avant d'analyser les questions centrales et les domaines d'actions de la responsabilité sociétale, de même que chacune des actions et attentes associées (Article 6), il convient que l'organisation étudie deux pratiques fondamentales de la responsabilité sociétale : l'identification de sa responsabilité sociétale dans sa sphère d'influence, et l'identification de ses parties prenantes et le dialogue avec elles (Article 5).

Une fois que l'organisation a appréhendé les principes et identifié les questions centrales ainsi que les domaines d'action pertinents et importants de la responsabilité sociétale, il convient qu'elle cherche à intégrer la responsabilité sociétale dans l'ensemble de ses décisions et activités en utilisant les lignes directrices données dans l'Article 7. Cela comprend des pratiques comme celles qui suivent : intégration de la responsabilité sociétale dans ses politiques, dans sa culture d'organisation, dans ses stratégies et activités, développement de compétences internes en matière de responsabilité sociétale, réalisation d'actions de communication interne et externe axées sur la responsabilité sociétale, et revue régulière de ces actions et pratiques liées à la responsabilité sociétale.

Des lignes directrices supplémentaires concernant les questions centrales et les pratiques d'intégration de la responsabilité sociétale peuvent être obtenues auprès de sources officielles (Bibliographie) et à partir de diverses initiatives volontaires et outils (l'Annexe A en donne quelques exemples généraux).

Lorsqu'une organisation aborde et pratique la responsabilité sociétale, son objectif primordial est de maximiser sa contribution au développement durable.

---

## Annexe 2

---



### LA CHARTE DE MANAGEMENT CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN

Cette charte constitue le cadre d'expression des valeurs partagées et portées par tous au Centre Hospitalier de Saint-Quentin. Elle est une référence dans nos pratiques quotidiennes par l'adhésion à une éthique professionnelle commune tout en préservant les valeurs individuelles de chacun.

*Considérant que le management favorise le respect de l'individu et le développement des équipes ;  
Qu'il entend reconnaître les personnes pour ce qu'elles sont et ce qu'elles font ;  
Considérant que le management contribue à l'optimisation du prendre soin ;*

**Nous, Cadres du Centre Hospitalier, nous engageons à :**

#### La reconnaissance :



- Porter la valeur d'exigence envers nous-mêmes comme envers les équipes.
- Reconnaître chacun dans son travail, dans ses compétences et asseoir ses responsabilités.
- Garantir et promouvoir les droits de nos collaborateurs tout en veillant au respect de leurs devoirs.

#### L'écoute :



- Etre présents, disponibles et attentifs à l'autre quel que soit son grade ou sa fonction.
- Créer les conditions d'un dialogue constructif y compris dans les situations difficiles.

#### L'équité :



- Définir des règles claires et connues de fonctionnement et d'organisation du service.
- Veiller à leur application avec justice.
- Développer des compétences par l'information et la formation.

#### La responsabilité :



- Appliquer la politique générale de l'établissement :
  - mettre en adéquation les moyens humains et matériels disponibles par rapport à l'activité du pôle,
  - évaluer, contrôler, rendre compte régulièrement des résultats du service.
- Informer, expliquer les décisions et leurs modalités d'application à l'équipe.
- Accompagner le changement en mobilisant les équipes et en favorisant leur investissement.

#### La détermination :



- Faire preuve de volonté et assumer nos prises de décisions.
- Arbitrer les situations conflictuelles par la médiation et la conciliation.

**ACTION DU 3ÈME PROJET D'ÉTABLISSEMENT - 2006/2010**

---

## Annexe 3

---

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### CADRES

Qu'elle est votre ancienneté dans la fonction ? Dans le service ? Dans l'établissement ?

**Pourquoi** êtes vous devenus Cadre de santé ? (valeurs attachées à la fonction, représentation de la fonction)

**Comment** êtes vous devenus Cadre de santé ? (Dispositif d'accompagnement – vécu-difficultés rencontrées, quelle IFCS ? Qualité de la formation)

Quelle est aujourd'hui votre conception de la fonction ? (sens de la tâche accomplie, plus value, finalités, valeurs)

**Quel rôle pensez vous que l'on attende de vous aujourd'hui ? Votre fonction a-t-elle évoluée ?** Pourquoi ? A cause de quoi ? Comment avez-vous vécu ces changements ? Comment vous y êtes-vous adaptés ? (formation, accompagnement du CSS, du DS...)

Comment **vivez-vous** votre fonction aujourd'hui ? **Satisfactions** que vous rencontrez dans l'exercice de votre métier ? **Difficultés** que vous rencontrez dans l'exercice de vos fonctions ? Positionnement ? Intergénérationnel ? Sens de l'action ?

Comment êtes vous **aidés** face à ces difficultés ? A qui faites-vous appelle ?

Au regard de vos difficultés, qu'elles sont vos **attentes par rapport au cadre de pôle et au directeur des soins** ? Qu'est ce qui est/serait aidant pour vous ?

Dans votre **management**, de quels **outils** disposez-vous ? Lesquels vous semblent les plus utiles ? Dans quelle mesure et pourquoi ? En voyez vous d'autres qui pourraient être aidant ? (profil de poste, FC, politique managériale, évaluation des compétences)

Comment sont **définies vos missions** au sein de l'institution ? (profil/fiches de poste)

Pour vous, qu'elles sont les attentes du cadre supérieur de santé et du directeur des soins vis-à-vis des cadres de santé ?

Ces attentes ont-elles évolué ? Dans quel sens et pourquoi ? Comment connaissez-vous ces attentes ?

Pouvez-vous me parler de vos relations professionnelles avec le CSS, avec le DS ?

Quelle est votre collaboration avec le CSS, avec le DS ?

Qu'elles sont vos attentes vis-à-vis du DS afin d'optimiser votre positionnement ? Selon vous le DS doit-il s'impliquer sur le terrain ? Quelle distance hiérarchique voyez vous entre le DS et les CS ? Quelles relations le DS doit-il développer avec les CS ?

En quoi le **directeur des soins influence-t-il votre management** de l'équipe ?

Dans l'exercice de votre fonction, pensez-vous donner **envie aux jeunes professionnels** de s'orienter vers un projet cadre ? Pourquoi ?

Comment repérez-vous les compétences des professionnels à devenir cadre ? Comment les accompagnez-vous ?

Divers :

---

# Annexe 4

---

## GUIDE D'ENTRETIEN

### CADRES SUPERIEUR DE SANTE

Qu'elle est votre ancienneté dans la fonction ? Dans le service ? Dans l'établissement ?

**Pourquoi** êtes vous devenus Cadre de santé ? Cadre supérieur ? (valeurs attachées à la fonction)

**Comment** êtes vous devenus Cadre de santé, Cadre supérieur de santé ? (Dispositif d'accompagnement – vécu-difficultés rencontrées, IFCS) ?

Parlez-moi de **vos relations professionnelles** avec les CS ?

Quelle est aujourd'hui votre **conception de la fonction de cadre de santé** ? (sens de la tâche accomplie, plus value, finalités, valeurs)

Cette **fonction a-t-elle évolué** ? Pourquoi ? A cause de quoi ? Comment avez-vous vécu ces changements ? Comment vous y êtes-vous adaptés ? (formation, accompagnement du CS, du DS...)

Comment les CS de votre secteur vivent-ils leur fonction aujourd'hui ? A votre avis qu'elles sont les **satisfactions et les difficultés** que rencontrent aujourd'hui les cadres de santé dans l'exercice de leurs fonctions ?

Comment sont-ils **aidés** aujourd'hui face aux difficultés ?

Au regard de ces difficultés, qu'elles sont **leurs attentes par rapport à vous, au directeur des soins et à l'institution** ? Qu'est ce qui est/serait aidant pour eux ?

Quelles est votre **collaboration avec le DS en ce qui concerne les CS** ? Selon vous le DS doit-il **s'impliquer sur le terrain** ? Quelle distance hiérarchique voyez vous entre le DS et les CS ? Quelle relation le DS doit-il développer avec les CS ?

Dans leur management, de **quels outils** disposent les CS ? Lesquels vous semblent les plus utiles ? En voyez vous d'autres qui pourraient être aidants ? (profil de poste, FC, politique managériale, évaluation des compétences)

Comment sont **définies les missions des cadres de santé** au sein de l'institution ? (profil/fiches de poste)

Qu'elles sont **vos attentes** et celles du directeur des soins vis-à-vis des cadres de santé ?

Ces attentes ont-elles évolué ? Dans quel sens et pourquoi ?

Comment connaissent-ils ces attentes ?

**En quoi le directeur des soins influence-t-il le management des cadres de santé ?**

Dans l'exercice de leur fonction, pensez-vous que les cadres de santé **donnent envie** aux jeunes professionnels de s'orienter vers un projet cadre ? Pourquoi ?

Comment les professionnels porteurs d'un projet cadre sont-ils identifiés et accompagnés dans l'institution ?

Comment les accompagnez-vous ?

**Divers :**

---

## **Annexe 5**

---

### **GUIDE D'ENTRETIEN DS GESTION**

Depuis quand êtes vous DS dans cet établissement ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis des CS ?

Y a-t-il eu pour vous des évolutions dans la fonction CS ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis des cadres ? Ont-elles changé ?

Quelles sont vos relations avec les Cadres de santé ?

Comment les cadres connaissent-ils vos attentes par rapport à la fonction ?

Comment les CS vivent-ils leur fonction aujourd'hui ? Difficultés des CS aujourd'hui ?  
Difficultés de positionnement – le sens de leur fonction –

Comment l'institution les prend-t-elle en compte ? Outils institutionnels ?

Comment voyez-vous l'articulation de la DRH et de la DS des CSS et DS sur la question des cadres ? Accompagnement des FFC par exemple...

En quoi le DS influence-t-il le management des CS ?

Y a-t-il une politique managériale d'établissement ?

---

## **Annexe 6**

---

### **GUIDE D'ENTRETIEN DS FORMATION**

Y a-t-il une baisse des vocations ? Quelle est l'évolution des présentations au concours IFCS ?

Quelle est l'évolution des reports de formation ? Pourquoi ?

Quelles sont les évolutions de la fonction CS ? Comment l'IFCS s'y adapte-t-elle ?

Quelles sont les difficultés des CS aujourd'hui ? Difficultés de positionnement – le sens de leur fonction –

Comment l'IFCS les y prépare-t-elle ?

Comment voyez-vous l'articulation des CS avec le DS aujourd'hui ?

---

# Annexe 7

---

## GUIDE D'ENTRETIEN DRH

Depuis quand êtes vous DRH dans cet établissement ?

Quelles sont vos relations avec les Cadres de santé ?

Y a-t-il eu pour vous des évolutions dans la fonction CS ?

Vos attentes vis-à-vis des cadres ont-elles changé ?

Comment les cadres connaissent-ils vos attentes par rapport à la fonction ?

Comment les CS vivent-ils leur fonction aujourd'hui ? Difficultés des CS aujourd'hui ?  
Difficultés de positionnement – le sens de leur fonction –

Comment l'institution les prend-t-elle en compte ? Outils institutionnels ?

Comment voyez-vous l'articulation de la DRH et de la DS sur la question des cadres ?  
accompagnement des FFC par exemple...

Y a-t-il une politique managériale d'établissement ?

En quoi le du DS influence-t-il le management des cadres ?

ROMA

Thérèse

Décembre 2011

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2011

# Une stratégie managériale en réponse aux attentes des cadres de santé

### **Résumé :**

Le contexte hospitalier est marqué par de profonds bouleversements. Les réformes se succèdent, s'accroissent. Les cadres de santé jouent un rôle central pour accompagner les équipes. Différentes enquêtes témoignent de leur « malaise ». Le directeur des soins se doit de développer une stratégie managériale visant à accompagner l'encadrement.

La recherche, auprès de cadres de santé, de cadres supérieurs de santé, de directeurs des soins de CHU, montre que les attentes vis-à-vis des cadres de santé sont connues et partagées. Les difficultés qu'ils rencontrent sont identifiées mais leur prise en compte demeure insuffisante.

Les préconisations comprennent, entre autres mesures, la mise en place d'une charte pour acter des principes partagés et de groupes d'échanges pour prévenir le sentiment de solitude.

Ce dispositif participe d'une prévention des risques psycho-sociaux.

Améliorer le bien être au travail est peut être une des meilleures façons d'améliorer la qualité du service public.

### **Mots clés :**

Management hospitalier, Cadres de santé, Directeur des soins, Charte, Politique de soins, Risques professionnels, Nouvelle gouvernance.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*