



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2020**

Date du Jury : **décembre 2020**

**Le rôle du directeur des soins
dans la construction identitaire
du cadre supérieur de santé**

Christelle VIAN

Remerciements

Cette année 2020 fut, pour moi, spéciale à bien des titres : outre la crise sanitaire bouleversant le monde tel que nous le connaissons, cette année de formation fut marquée par de nouvelles rencontres, des situations et des expériences inédites, avec son lot d'émotions, de doutes et d'espoir.

J'exprime ma gratitude à l'ensemble des personnes sollicitées, les enseignants, les professionnels de la santé, de l'encadrement, de la direction des établissements de santé, pour leur disponibilité, leur confiance, leur partage d'idées et d'expériences, leur soutien.

Je remercie également les élèves directeurs des soins de la promotion Caroline Aigle et, plus particulièrement, les bien-nommées « Chipoteuses », indéfectibles présences et écoutes dans les bons et moins bons moments.

Puis, ma famille Champenoise, à la fois si éloignée géographiquement, et si proche dans mon cœur et mes pensées, sans laquelle je ne serais pas moi.

Et je terminerai par un remerciement tout particulier à mon mari et à mes enfants pour leur soutien et leurs encouragements.

Sommaire

Introduction	1
1 LE CONTEXTE ET LES CONCEPTS	5
1.1. Le futur cadre supérieur de santé est un cadre de santé paramédical	5
1.1.1. Le cadre de santé paramédical.....	5
1.1.2. La construction de l'identité personnelle et sociale.....	7
1.1.3. La sociologie des professions et la construction de l'identité professionnelle.....	9
1.2. Le directeur des soins en établissement de santé.....	11
1.2.1. La place actuelle du directeur des soins.....	11
1.2.2. Le leadership du directeur des soins et la communication.....	13
1.2.3. La gestion des talents et des compétences.....	16
1.3. Le directeur des soins et la stratégie managériale.....	18
1.3.1. La sociologie des organisations et l'analyse stratégique.....	18
1.3.2. La reconnaissance.....	20
1.3.3. L'autonomie.....	22
2 L'ENQUETE DE TERRAIN ET LES RESULTATS.....	25
2.1. Le cadre méthodologique.....	25
2.1.1. Le champ de la recherche.....	25
2.1.2. La population enquêtée.....	26
2.1.3. Le recueil de données.....	27
2.1.4. Les points forts et les limites de l'enquête.....	28
2.2. La restitution des entretiens.....	29
2.2.1. Le recrutement des futurs cadres supérieurs de santé.....	29
2.2.2. Les attentes des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé.....	31
2.2.3. L'accompagnement proposé aux futurs cadres supérieurs de santé.....	32
2.2.4. Les réflexions et les suggestions des professionnels.....	34
2.3. L'analyse et la validation des hypothèses.....	36
3 LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE : UN ENJEU INDIVIDUEL ET COLLECTIF	39
3.1. Le processus de sélection.....	39
3.1.1. La recherche du bon profil.....	39
3.1.2. La mise en situation réelle de la fonction.....	41

3.1.3. Le levier de la formation dans la construction identitaire.....	42
3.2. Le directeur des soins et le collectif de cadres supérieurs de santé.....	43
3.2.1. Le collectif de cadres.....	43
3.2.2. L'intégration du cadre supérieur de santé.....	44
3.2.3. La collaboration avec le directeur des soins.....	45
3.3. La politique d'accompagnement du directeur des soins à l'échelle de son établissement et du groupement hospitalier de territoire.....	46
3.3.1. La politique d'accompagnement du directeur des soins.....	46
3.3.2. La plus-value du groupement hospitalier de territoire.....	47
3.3.3. L'émergence d'une identité professionnelle.....	48
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : questionnaire pour les entretiens avec les élèves directeurs des soins.....	II
Annexe 2 : questionnaire pour les entretiens avec les cadres supérieurs de santé.....	III
Annexe 3 : questionnaire pour les entretiens avec les directeurs des soins.....	IV

Liste des sigles utilisés

CGS = Coordonnateur Général des Soins

CH = Centre Hospitalier

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CI = Construction Identitaire

CS = Cadre de Santé

CSIRMT = Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSS = Cadre Supérieur de Santé

DRH = Directeur des Ressources Humaines ou Direction des Ressources Humaines

DS = Directeur des Soins ou Direction des Soins

FFCSS = Faisant Fonction de Cadre Supérieur de Santé

FPH = Fonction Publique Hospitalière

GHT = Groupement Hospitalier de territoire

HPST = Hôpital Patients Santé Territoires

IDE = Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales

PCME = Président de la Commission Médicale d'Etablissement

QVT = Qualité de Vie au Travail

Introduction

Le grade de cadre supérieur de santé (CSS) appartient au corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière (FPH), légiféré par le décret du 26 décembre 2012¹. Le corps des cadres de santé paramédicaux comprend le grade de cadre de santé (CS) et le grade de CSS. Ce dernier est obtenu après un concours sur titre professionnel ouvert, dans un établissement de santé, aux cadres de santé paramédicaux comptant au moins trois ans de services effectifs dans leur grade.

L'évolution de la carrière des cadres de santé paramédicaux ne suit pas les mêmes modalités d'accès aux grades des CS et CSS : avant d'être nommés à la suite d'un concours sur titres, seuls les CS sont tenus de se présenter à un concours sur épreuves ouvrant à une formation sanctionnée par le diplôme de cadre de santé. La nomination et l'affectation d'un CS et d'un CSS sont réalisées par le chef de l'établissement qui peut, par décision et délégation, placer le corps des cadres de santé paramédicaux sous l'autorité hiérarchique du directeur des soins (DS), selon le décret² du 19 avril 2002.

Les DS ont vu leur effectif décroître au fil des années, de 913 en 2010, à 792 en 2016, il a atteint 720 professionnels en 2018³ : de nombreux postes sont restés vacants faute de candidats et occupés temporairement ou définitivement par des CSS. Cette situation a eu pour effet l'attribution de nouvelles missions aux CSS et induit une nécessaire recomposition des équipes d'encadrement supérieur et des besoins en compétences diversifiées. En 2016, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques recensait un total de 24134 professionnels d'encadrement, cadres de proximité et CSS, dans le secteur privé et public. Le décret⁴ du 26 décembre 2012 stipule, dans ses articles 3 et 4, les fonctions et missions du CS et CSS : « les CS sont en charge de l'encadrement des équipes dans les pôles d'activité clinique et médico-technique des établissements et leurs structures internes », c'est un encadrement direct, dit de proximité, d'un ou plusieurs services ou en missions transversales. Les CSS, moins nombreux au sein des établissements de santé, sont les responsables des CS de plusieurs services, d'un pôle ou de plusieurs pôles, ou multisites ou en missions transversales auprès de la direction des soins. Les CSS peuvent également être en charge de la coordination générale des soins en l'absence de DS.

¹ Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

² Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

³ François-Xavier SCHWEYER, *Une approche sociologique*, EHESP, 2020, 27p.

⁴ Décret du 26 décembre 2012, *op.cit.* (note 1)

La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009⁵ a instauré la création des pôles d'activité, la contractualisation et a modifié la place du DS. Le DS voit ses missions renforcées au niveau stratégique, en complément des missions à un niveau plus opérationnel. Il est membre à part entière de l'équipe de direction, participe aux décisions et aux orientations stratégiques de l'établissement. A ce titre, il est amené à collaborer avec l'ensemble des acteurs d'un établissement : professionnels de la santé, personnels administratifs, techniques, logistiques, les représentants des usagers, les différents partenaires territoriaux, ... Depuis cette loi, le DS collabore avec un encadrement supérieur rattaché directement à la direction des soins, à qui il confie des missions transversales et, à un encadrement supérieur, intégré à un tryptique « médecin, cadre soignant et cadre administratif de pôle » marqué par une relation forte avec le médecin chef de pôle.

Le CSS, affecté dans un pôle, est confronté à une double loyauté, il se trouve sur un poste stratégique, où une collaboration majeure existe avec la direction des soins et également, avec le chef de pôle avec lequel il constitue un binôme essentiel dans la gestion des pôles. « La délégation de gestion vers les pôles donne une notion de coresponsabilité sans hiérarchie »⁶, et oblige le CSS à rendre des comptes directement au chef d'établissement, puisque le Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, les ressources et leur déploiement relèvent de la décision de la chefferie de pôle. Dans ce contexte, le CSS est amené à développer de nouvelles compétences pour répondre aux attendus de sa fonction.

L'évolution du système de santé a modifié et accru considérablement les missions dévolues aux CSS. Ont-ils été préparés à ces changements ? Comment peuvent-ils appréhender leur nouvelle fonction sans corrélation à un diplôme ou à une formation ?

Ont-ils une feuille de route qui leur permet de réaliser ces missions dans de bonnes conditions ? Dans notre réflexion, la légitimité d'accession au poste peut être questionnée puisqu'elle n'est pas tributaire de l'obtention d'un diplôme. Le futur CSS se trouve projeté sur des missions très différentes de celles du CS. Comment permettre à un futur CSS de construire son identité professionnelle, de légitimer sa prise de poste ?

Ce questionnement met en relief la problématique suivante : comment les futurs CSS appréhendent-ils ces changements qui les conduisent à exercer une nouvelle fonction ?

Le DS travaille en relation constante avec les CSS, s'appuie sur cette collaboration pour asseoir sa politique des soins et développer, maintenir la communication avec le corps

⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

⁶ Marie-Claire CHAUVANAY, Céline DUGAST, *Le métier de DS, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie*, Cahier de la fonction publique, n°333, 2013, p.64-68

médical. Le CSS participe à la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du DS grâce à sa proximité et ses relations quotidiennes avec les acteurs de terrain ; cette stratégie a pour but de proposer une organisation des soins adaptée et performante, d'assurer la qualité et la sécurité des soins auprès des patients et des usagers.

Conscient de la nécessité d'avoir des collaborateurs en capacité de répondre aux attendus de la fonction de CSS, le DS peut réfléchir aux modalités d'accompagnement des futurs CSS et à leur parcours professionnalisant.

Cette réflexion autour de l'accession à une fonction d'encadrement supérieur pose la question de départ suivante :

Quel est le rôle du directeur des soins dans la construction de l'identité professionnelle du futur cadre supérieur de santé ?

Dans ce mémoire, nous n'évoquerons pas la spécificité de la formation des métiers de la santé et nous nous attacherons exclusivement au contexte des établissements de santé publics, avec la présence d'un DS en charge de la coordination générale des soins.

Ce mémoire professionnel se consacre aux cadres de santé pressentis à occuper des fonctions de CSS, c'est-à-dire, à partir du moment où le DS détecte un potentiel de CSS chez un cadre de santé ou que ce dernier entreprend une démarche auprès de son supérieur hiérarchique direct ou le DS, jusqu'au moment où le CSS se sent suffisamment autonome pour ne plus requérir un accompagnement spécifique. Au cours de ce travail de réflexion, l'acronyme DS est employé pour désigner le directeur de soins et le coordonnateur général des soins.

Nous avons retenu les trois hypothèses suivantes pour guider notre réflexion :

- Un accompagnement d'« adaptation à l'emploi », organisé par un DS, est nécessaire à une prise de fonction sereine d'un futur CSS afin de répondre aux exigences du poste
- Les dernières évolutions du système de santé ont impacté et modifié la politique managériale du DS et développé son leadership
- L'accompagnement professionnel du futur CSS participe à l'objectif du DS d'instaurer un environnement favorable à la cohésion et à l'expression de l'intelligence collective au sein de l'encadrement supérieur

Nous commencerons par une approche contextuelle et conceptuelle au cours de laquelle nous repositionnerons le futur CSS comme cadre de santé paramédical et le DS en établissement de santé, avec les fondements de sa stratégie managériale.

Ensuite, nous présenterons l'enquête de terrain et ses résultats, en précisant le cadre méthodologique puis, nous proposerons la restitution des entretiens et l'analyse, ainsi qu'un retour sur les hypothèses.

Dans une dernière partie, nous évoquerons la construction identitaire (CI) du CSS comme un enjeu individuel et collectif, en abordant le processus de sélection puis, nous introduirons une réflexion sur le collectif de CSS et le DS et, nous terminerons par la politique d'accompagnement du DS à l'échelle de son établissement et du Groupement Hospitalier de territoire (GHT).

1 Le contexte et les concepts

Dans cette partie, nous nous attacherons à redéfinir les grandes lignes entourant le corps des cadres de santé paramédicaux ainsi que les notions entourant la CI personnelle et sociale de l'individu, la sociologie des professions et la CI professionnelle. Ensuite, nous aborderons le DS en établissement de santé, sa place actuelle, son leadership et l'importance de maîtriser la communication puis, la gestion des talents et des compétences. Enfin, nous évoquerons le DS et la stratégie managériale en débutant par la sociologie des organisations et l'analyse stratégique et en poursuivant avec les notions de reconnaissance et d'autonomie.

1.1. Le futur CSS est un cadre de santé paramédical

1.1.1. Le cadre de santé paramédical

La fonction publique hospitalière favorise l'évolution des carrières et le développement de nouvelles compétences à travers la formation continue et la promotion professionnelle. Un futur CSS appartient au corps des cadres de santé paramédicaux, c'est un soignant issu de la filière soins, médico-technique et de rééducation. Il a exercé en tant que CS, justifiant de 3 années d'exercice avant de pouvoir prétendre à ce grade, selon le décret du 26 décembre 2012⁷. L'accession au grade de CSS suit les modalités d'un concours sur titres légiféré par l'arrêté⁸ du 25 juin 2013 et ouvert par décision du directeur de l'établissement à des candidats externes ou internes à l'établissement.

Le niveau de maturité professionnelle est différent d'un candidat à l'autre. Néanmoins, très souvent, nous remarquons que le CS se donne un délai largement supérieur à la réglementation en vigueur pour concrétiser ce projet d'accession au grade de CSS : après plusieurs années d'expériences diversifiées permettant l'acquisition et la maîtrise de compétences managériales importantes, le CS évoque son projet professionnel auprès de son supérieur hiérarchique direct ou auprès du DS. Nous pouvons observer la même volonté des DS de voir une progression échelonnée de la carrière des CSS comme une notion de preuve par l'expérience sans que la réglementation ne l'impose. Cette accession est vécue comme une promotion professionnelle, une sorte de récompense pour le service rendu. Les motivations du candidat sont celles d'une approche transversale de la fonction managériale et un niveau de responsabilités plus large que celui d'un management de proximité. Le CSS peut exercer au sein d'un établissement de santé de capacité variable et occuper des fonctions diverses selon le lieu d'exercice : il

⁷ Décret du 26 décembre 2012, *op.cit.* (note 1)

⁸ Arrêté du 25 juin 2013 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours professionnels permettant l'accès au grade de cadre supérieur de santé et au grade de cadre supérieur de santé paramédical de la fonction publique hospitalière

peut être en charge d'un ou plusieurs pôles, ou de plusieurs sites, de missions transversales en étant rattaché à la direction des soins, ou encore être CSS dans un établissement en direction commune avec un centre hospitalier (CH) de rattachement.

L'ordonnance du 2 mai 2005⁹, complétée par la loi du 21/07/2009¹⁰, a modifié l'organisation interne de l'établissement public : le pôle est considéré comme le niveau d'organisation de référence, au détriment du service. Le chef d'établissement a l'autorité investie du pouvoir de nomination et d'affectation des personnels ; le DS¹¹ propose les affectations au sein des pôles médicaux et médico-techniques, il est également possible de les déléguer au chef de pôle, par contrat. En pratique, le DS se rapproche du médecin chef de pôle, qui émet un avis sur l'affectation du personnel d'encadrement, dans une volonté de collaboration volontaire indispensable au bon fonctionnement du pôle.

Deux fiches métier¹² existent au sein du répertoire des métiers de la FPH et permettent d'élaborer les fiches de poste et de fonctions du CS et CSS mais elles n'ont pas de valeur juridique. Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹³, publié en 2010, distingue les deux grades : « L'assistant du chef de pôle veille à la cohérence du fonctionnement interne du pôle et entre les pôles, à la mise en œuvre du projet de pôle et assure le suivi médico-économique des activités. Il est plus éloigné de la production du service et du destinataire final. De la même façon, il anime en direct une équipe plus réduite que le cadre de proximité. Alors que le cadre de proximité a une composante managériale dans un contexte directement lié aux soins et à leur production ».

Le CSS, cadre paramédical de pôle, a une responsabilité décisionnelle dans le pilotage des activités du pôle en assistant le chef de pôle (organisation des activités de soins, élaboration du projet de pôle, contractualisation avec la direction, gestion budgétaire). Sa responsabilité est engagée et exige des compétences particulières, le CSS rend des comptes directement au chef d'établissement. Il a un rôle managérial, de gestion et d'accompagnement dans la conduite de projet, de lien entre les différents cadres de proximité, et participe aux organisations de soins. Selon A.Guillon¹⁴, le CSS est confronté à différents types de relation : « des relations fonctionnelles ou hiérarchiques, des relations prescrites émanant des directions fonctionnelles (commande, ordre, contrôle), des relations d'ajustement par rapport aux médecins (relation de travail) et des relations de proximité avec les paramédicaux (approche terrain souhaité). Le CSS doit être capable

⁹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

¹⁰ Loi du 21 juillet 2009, *op.cit.* (note 5)

¹¹ Décret du 19 avril 2002, *op.cit.* (note 2), article 4

¹² Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la FPH, 2^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Hors collection, 2009, 438p.

¹³ Michel YAHIEL, Céline MOUNIER, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* IGAS, 2010, 74p.

¹⁴ Anita GUILLON, *Vers une nouvelle identité professionnelle pour les CSS ?*, Soins Cadres, n°86, 2013, p.30-32

d'évaluer la qualité des soins et de proposer des organisations en lien avec les contraintes budgétaires. Ce rôle d'expert permet de lutter contre les zones d'incertitude et lui assure un certain pouvoir dans le pôle ».

1.1.2. La construction de l'identité personnelle et sociale

L'accès au grade de CSS confère un certain niveau de compétences, déterminé par le DS, sans pour autant reposer sur une qualification. La loi HPST et l'organisation en pôles d'activités ont contribué « à renforcer la légitimité de la fonction de CSS ainsi que la formation universitaire (la plupart des CSS ont une formation universitaire de type master 2) en lui permettant de s'adapter à l'évolution des politiques hospitalières sans se dissocier de l'expertise de terrain»¹⁵. La collaboration avec le médecin chef de pôle a également contribué à rendre visible le travail des CSS et cette nouvelle identité professionnelle est reconnue par les différentes directions.

Avant de devenir titulaire de son grade, le futur CSS est souvent affecté sur un poste où il occupe la fonction de CSS afin d'appréhender ses futures missions, il est alors identifié faisant fonction de CSS (FFCSS) sur une durée déterminée par la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la Direction des Soins. Entre deux eaux, le futur CSS se construit une nouvelle identité professionnelle : il ne se reconnaît plus vraiment CS et pas complètement CSS. A. Guillon explique que « cette identité¹⁶ se construit à partir de la trajectoire vécue des individus, des représentations qu'ils ont de leur métier et aux représentations sociales de la fonction. Cette identification se fait à partir de leur propre expérience et aussi à un modèle institutionnel construit à partir des relations établies au sein de leur organisation de travail, et les représentations exprimées par le monde extérieur (les usagers) ». Le futur CSS, positionné sur un poste de faisant fonction, confronte ses représentations de la fonction à la réalité quotidienne, ses contraintes, en s'appuyant sur des interrelations nouvelles et passées, son expérience managériale de CS.

Avant d'aborder la notion d'identité professionnelle, il nous paraît important de définir l'identité personnelle et sa construction. **L'identité personnelle**¹⁷ est « un processus complexe qui lie étroitement la relation à soi et la relation à autrui, un processus dynamique marqué par des ruptures et des crises, inachevé et toujours repris, une construction tout au long de l'existence. »

¹⁵ GUILLON, *op.cit.* (note 14)

¹⁶ *Ibid*

¹⁷ Jean-Claude RUANO-BORBALAN, *L'identité, l'individu, le groupe, la société*, Editions sciences Humaines, 1998, p.21

J.C. Ruano-Borbalan évoque plusieurs dimensions de l'identité personnelle¹⁸ :

- « Le désir de continuité du sujet (appartenance à une lignée, un environnement, ...)
- Un processus de séparation et d'intégration sociale (création de nouveaux repères identitaires)
- L'identité n'existe qu'en actes
- La construction identitaire constitue pour les individus un cadre psychique (schéma mental, système de représentation et filtre des informations) orienté pour la valorisation de soi et l'autojustification structurant l'action individuelle. »

Le soi¹⁹ est un ensemble de caractéristiques, de traits personnels, de rôles et de valeurs que la personne s'attribue et reconnaît comme faisant partie d'elle-même. Le soi constitue « un système éminemment adaptatif, qui se défend, se corrige et s'améliore pour mieux s'adapter et même se dépasser ».

C.Dubar parle alors d'une identité narrative²⁰ « comme une construction, en situation, par un sujet, d'un agencement de ses expériences signifiantes ».

Cette identité personnelle est indissociable de **l'identité sociale**²¹ : « la conscience de soi résulte de l'ensemble des interactions que provoque ou subit l'individu. Le groupe socialise l'individu et l'individu s'identifie à lui ». La notion de groupe²² peut se définir comme une collection d'individus ayant une caractéristique commune. Didier Anzieu distingue 5 formes de groupe : « la foule, la bande, le groupement, le groupe primaire (groupe restreint et stable caractérisé par une vie commune, des relations personnelles et intimes entre ses membres), le groupe secondaire (les liens entre individus sont contractuels et motivés par un objectif déterminé, les relations sont formelles et fonctionnelles, synonyme d'organisations). Les groupes primaires et secondaires présentent des structures de fonctionnement constituées par des valeurs, normes, règles et une répartition des rôles qui en font des institutions.

Le groupe peut aussi se distinguer comme un *groupe d'appartenance*, celui dont fait partie l'individu et le *groupe de références*, celui qui fournit à l'individu ses valeurs, normes et ses modèles d'attitude, d'opinion et de comportement qui peut être le groupe d'appartenance ou pas ».

Le futur CSS quitte un groupe d'appartenance et de références dans lequel il s'était construit une identité de CS. Un processus de construction d'une identité nouvelle se met en place pour s'identifier à un nouveau groupe, celui des CSS. C.Dubar la traduit comme

¹⁸ RUANO-BORBALAN, *op.cit.* (note 17), p.3

¹⁹ RUANO-BORBALAN, *op.cit.* (note 17), p.4

²⁰ Claude DUBAR, *La crise des identités*, puf, 2000, p.207

²¹ RUANO-BORBALAN, *op.cit.* (note 17), p.4

²² RUANO-BORBALAN, *op.cit.* (note 17), p.148

une *crise de l'identité*²³. Il la définit ainsi parce qu'elle perturbe l'image de soi, l'estime de soi, la définition que la personne se donnait d'elle-même. C'est une souffrance, pour y faire face, l'individu procède à un repli sur soi ou une conversion identitaire impliquant de nouveaux liens sociaux et personnels et un nouveau « souci de soi ». La sortie de crise, parfois longue et pénible, est une transformation de soi. Un passage entre anciens et nouveaux savoirs, les identifications anciennes et présentes. C'est la crise qui révèle le sujet à lui-même, l'oblige à réfléchir, à changer, à se battre pour s'en sortir et à s'inventer lui-même, avec les autres. C.Dubar conclut ainsi : « L'identité personnelle ne se construit pas autrement ».

1.1.3. La sociologie des professions et la construction de l'identité professionnelle

La sociologie des professions, décrite par C.Dubar et P.Tripier, explicite la diversité des formes d'organisation et de croyances en matière d'activités de travail. Pour eux, « il n'existe aucun « modèle universel » de ce que doit être une profession »²⁴.

Deux approches peuvent être abordées : l'approche fonctionnaliste et l'approche interactionniste. L'approche fonctionnaliste des professions privilégie l'ordre social et sa justification morale et pose la question de leur reproduction. Les professions constituent des éléments essentiels de la structure sociale et de sa régulation morale.

L'approche interactionniste forme « des mouvements permanents de déstructuration et de restructuration de segments professionnels, en concurrence et souvent en conflit ».

Ces approches posent dans leur analyse les questions des savoirs et des pratiques de l'expertise et de sa légitimité symbolique, parfois et souvent plus que celles du pouvoir. Dans notre travail de réflexion, nous privilégierons l'approche interactionniste.

A l'issue de la première confrontation avec le travail, **une construction identitaire (CI) professionnelle** de base sera élaborée, constituée d'une identité au travail et d'une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage ou de formation. C'est la construction personnelle d'une stratégie identitaire mettant en jeu l'estime de soi, l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs.

Dans le champ professionnel, « au sein des catégories confrontées au changement et à l'incertitude coexistent des systèmes de croyances et de pratiques, des modes de catégorisation (du travail, de l'emploi, de la formation) et d'argumentations, des « mondes socio-professionnels ». Ces systèmes de valeurs se traduisent par des « types de récits »

²³ DUBAR, *op.cit.* (note 20)

²⁴ Claude DUBAR, Pierre TRIPIER, *Sociologie des professions*, Armand Colin, 2011, p.268

appelés *formes identitaires*²⁵, correspondant aux identités au travail évoquées par R.Sainsaulieu, comme des logiques sociales issues de la biographie, des définitions de situation comme des manières de donner un sens aux contextes vécus.

R.Sainsaulieu évoque le concept d'identité au travail²⁶ « comme un conflit au cœur des processus de la reconnaissance de soi. Il ne suffit pas de maîtriser des sources de pouvoir pour faire reconnaître son identité, encore faut-il les utiliser dans les affrontements pour qu'elles deviennent de véritables forces. Entre le pouvoir et la force s'interpose l'opération relationnelle d'une transformation des atouts et potentialités d'influence en modes d'action, réellement exercés sur d'autres ».

La forme identitaire²⁷, décrite par C.Dubar, est « l'articulation entre 2 sens du terme socialisation et identité : *socialisation* « relation » des acteurs en interaction dans un contexte d'action (« les identités pour autrui ») et *socialisation* « biographique » des acteurs engagés dans une trajectoire sociale (« identité pour soi ») ». Elle se définit en fonction de ses partenaires actuels, de ses interactions. Chacun des acteurs a une histoire, un passé qui pèse sur ses identités d'action, sa trajectoire personnelle et sociale. Les formes identitaires se construisent, se détruisent, se reconstruisent toute la vie, se négocient avec les autres qui doivent les reconnaître pour qu'elles existent pleinement. L'identité constitue un processus d'ajustement et de négociation permanent, l'appropriation d'une forme identitaire ou encore le passage d'une forme à une autre. La forme identitaire est le produit d'une double transaction, avec les autres et avec soi-même, d'une construction biographique et d'une reconnaissance sociale.

L'identification utilise des catégories socialement disponibles appelées actes d'attribution (définir quel type d'homme vous êtes, c'est une identité pour autrui) et actes d'appartenance (identité pour soi). L'identité prédicative de soi (identité singulière d'une personne) revendiquée par un individu ; c'est par et dans l'activité avec d'autres qu'un individu est identifié et qu'il est conduit à endosser ou à refuser les identifications qu'il reçoit des autres et des institutions.

Deux processus hétérogènes de l'identité sont observables :

- L'attribution de l'identité par les institutions et les agents directement en interaction avec l'individu, dans des systèmes d'action impliquant l'individu et les « rapports de force » entre tous les acteurs concernés. Processus aboutissant à une forme d'étiquetage produisant les identités sociales « virtuelles ».
- L'incorporation de l'identité par la personne elle-même, issue des trajectoires sociales par et dans lesquelles les individus se construisent des « identités pour

²⁵ RUANO-BORBALAN, *op.cit.* (note 17), p.138

²⁶ Renaud SAINSAULIEU, *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1993, p.323

²⁷ DUBAR, TRIPIER, *op.cit.* (note 24), p.13

soi », produisant les identités sociales « réelles » (histoire que la personne se raconte sur elle-même).

Ces deux processus ne coïncident pas nécessairement, parfois, il existe un écart entre l'identité sociale virtuelle et réelle, possiblement réduit grâce à la stratégie identitaire qui regroupe :

- La transaction objective ou externe pour tenter d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui
- La transaction subjective ou interne à l'individu pour sauvegarder une part de ses identifications antérieures et le désir de se construire de nouvelles identités dans l'avenir pour assimiler l'identité pour autrui à l'identité pour soi.

Les CI se jouent dans l'articulation entre les systèmes d'action proposant des identités virtuelles et les trajectoires vécues au sein desquelles se forgent les identités réelles auxquelles adhèrent les individus aboutissant à des configurations identitaires assez stables et évolutives. La négociation identitaire entre le demandeur d'identité en situation d'ouverture et les offreurs d'identité en situation d'incertitude est un processus communicationnel important. La CI est un processus complexe à connaître, à comprendre afin de mieux répondre aux besoins des individus amenés à évoluer professionnellement.

1.2. Le DS en établissement de santé

1.2.1. La place actuelle du DS

Successivement qualifié surveillant général des soins (avril 1975) puis, directeur des soins infirmiers (juillet 1991) et enfin directeur des soins depuis le décret du 19 avril 2002²⁸, ce dernier a vu évoluer sa fonction et ses missions de responsable hiérarchique de l'ensemble des personnels issus de la filière infirmière, de la rééducation et médico techniques. Le décret n°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers (IDE) généraux de la FPH donnait les missions et responsabilités du surveillant : « issu des soins, le surveillant ou l'IDE général représente l'ensemble des personnels infirmiers auprès de la direction avec un rôle d'expertise et de conseil dans le domaine du soin, des besoins d'affectation des IDE, aides-soignants et agents des services hospitaliers ». En 1990, le projet de soins infirmiers (les personnels médico-techniques sont sous la responsabilité de la DRH) se démarque du corps médical et intègre le projet de direction, en 1991, il est intégré au projet d'établissement. Le décret du 19 avril 2002²⁹ voit la création du corps des DS, coordonnateurs généraux des soins (CGS), comme supérieurs hiérarchiques des personnels paramédicaux et des cadres de santé. La formation à l'EHESP a impacté leurs pratiques professionnelles à travers l'approche managériale par la gestion de projet et la coordination.

²⁸ Décret du 19 avril 2002, *op.cit.* (note 2)

²⁹ *Ibid*

La fonction de directeur des soins est régie par le décret³⁰ du 19 avril 2002 et par le référentiel métier³¹ de mars 2010. Un référentiel de compétences³² des DS propose également 9 compétences dans lesquelles nous pouvons citer celles-ci, en lien avec notre sujet :

- Structuration de l'organisation de la DS, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux
- Identification des besoins et organisation des ressources disponibles
- Management des équipes d'encadrement
- Gestion et coordination du développement des compétences des professionnels paramédicaux.

Membre à part entière de l'équipe de direction, il participe aux orientations stratégiques de l'établissement. En outre, le CGS est président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), à ce titre, il est membre du directoire au côté du chef d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement (PCME), ce qui lui confère une position stratégique dans la conduite de la politique des soins et de la qualité. Les enjeux du CGS sont de coordonner et de rendre performante l'organisation des soins pour assurer la sécurité et la qualité des soins proposés aux usagers, de représenter le corps paramédical, d'identifier les ressources nécessaires au bon fonctionnement des services et d'établir le lien entre les différents acteurs, grâce au rôle de conseil auprès de la direction générale, les directions fonctionnelles et les équipes soignantes sur le terrain. Il participe aux instances de l'établissement et peut ainsi être force de propositions lors des problématiques exposées ou réactif et pertinent dans les éléments à évoquer par sa connaissance des activités de soins et sa relation quotidienne avec les professionnels de l'encadrement, les soignants. Ses missions relèvent à la fois du cadre stratégique et du cadre opérationnel, avec une prise de distance et une approche macro des organisations, une connaissance des soins et de la réalité de terrain issues de sa rencontre avec l'encadrement, les médecins et professionnels, représentants des usagers et l'ensemble des partenaires territoriaux (GHT, réseau ville-hôpital, université). Pour atteindre ces enjeux, le DS est un leader capable de donner une vision dynamique et positive de son management, empreint d'exemplarité, il est attentif à la qualité de vie au travail, il a l'expérience professionnelle, la compréhension des logiques professionnelles du monde hospitalier, de la conception et l'organisation des soins ou des activités, de la veille juridique et des innovations.

³⁰ Décret du 19 avril 2002, *op.cit.* (note 2)

³¹ Référentiel métier de directeur des soins publié en mars 2010 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

³² Référentiel de compétences des DS, 2011 (mis à jour en 2017), EHESP, institut du management

La stratégie du DS dépend en partie des jeux d'acteurs : ne pas être conscient de ce qui se joue et se noue dans les situations rencontrées pourrait mettre en difficultés le DS, ce dernier doit s'adapter et faire évoluer sa stratégie tout en limitant sa zone d'incertitude et en évitant d'adopter une position rigide, peu ouverte à la discussion. Il s'appuie sur l'analyse et sa connaissance des dossiers et des structures, sa collaboration avec les personnes ressources et les échanges parfois informels.

La stratégie du DS assoit son positionnement, la crédibilité, la fiabilité, la légitimité et la confiance en la Direction des Soins et ses prises de position, et permet ainsi l'adhésion et la participation des acteurs, la fidélisation et crée le lien entre l'administration, et le terrain (la direction n'apparaît pas distante des réalités et des professionnels). La proximité est essentielle avec les cadres de santé et CSS, les médecins, les personnels. La concertation sur les sujets et les projets institutionnels permet de prendre connaissance des enjeux, des propositions et attentes, du rôle de chacun afin d'avoir une vision globale, de prendre de la distance par rapport aux émotions et demandes des acteurs pour une réponse adaptée et pertinente.

Dans une dimension politique, il est important que le DS détermine une ligne de conduite, un cap structuré et fiable, pour l'encadrement supérieur et celui de proximité, dans la gestion et l'organisation paramédicale d'un établissement. Il est également essentiel de s'assurer de relations continues avec les membres de la direction pour avoir la connaissance des informations utiles à la gestion des situations et de proposer un discours commun pouvant asseoir un positionnement crédible devant l'ensemble des acteurs du système.

L'ensemble des caractéristiques citées ci-dessus permettra de viser et de proposer une coordination des soins optimale, adaptée, évolutive et performante.

1.2.2. Le leadership du DS et la communication

Les directeurs et cadres hospitaliers doivent répondre aux bouleversements du système de santé (modes de financement, gouvernance, nouvelles injonctions) qui nécessitent de nouvelles compétences.

Le profil du DS est celui d'un chef ou animateur de projet : piloter, élaborer, mettre en œuvre, faire vivre des projets au quotidien intégrant la dimension stratégique, prospective, soignante, économique. Il a la capacité à structurer un objectif, à planifier des actions, à fédérer autour d'enjeux compris et partagés, à assumer une communication avec la hiérarchie, à obtenir les soutiens à la réalisation du projet puis de réaliser un retour d'expériences et une évaluation constructive. Il est décideur et responsable des orientations prises dans son champ d'intervention. Il participe au développement d'interfaces entre le corps médical, le PCME, l'encadrement supérieur et de proximité. Il

anime le collectif cadres en utilisant les leviers de la motivation, en étant une personne ressource lors des difficultés et par ses connaissances techniques, la détection des potentiels et l'accompagnement de la progression professionnelle individuelle et collective. Le manager coordonne et contrôle l'activité de son équipe, est responsable de la cohérence managériale.

Un article paru dans le cahier de la fonction publique³³ de 2013 propose une conclusion sur le management nous amenant vers une notion prépondérante : « Savoir manager, c'est mettre en place les outils de l'interopérabilité des acteurs entre eux pour la pertinence des prises en charge des patients : le leadership ».

Le **leadership**³⁴ devient indispensable aux dirigeants pour fédérer les salariés. A l'ère des regroupements, la carrure du dirigeant et sa capacité de meneur d'hommes sont importantes et en font un leader capable de créer une relation de confiance entre les partenaires, d'appréhender son environnement et de fédérer autour de valeurs.

Le leader se démarque du manager : ce dernier cherche avant tout l'ordre et la cohérence pour gérer la complexité. Ses qualités sont celles d'un bon gestionnaire (méthodes, organisation de travail, gestion d'équipes, planification, gestion des problèmes). Le leader est un gestionnaire du changement, il établit un cap et sait motiver, inspirer pour être suivi par les équipes. Il a une longueur d'avance, s'ouvre à l'extérieur et anticipe les changements, innove, suscite la créativité, est capable de donner une vision dynamique et positive du futur. Il sait utiliser ses connaissances professionnelles, ses compétences en communication et en gestion d'équipes, et aussi ses qualités personnelles, son empathie, afin d'accompagner le changement, souvent associé à une expérience de souffrance. Il démontre un réel investissement, un leadership conciliant pour conserver le sens de l'engagement et du projet.

Le leader est suivi de plein gré, les équipes sentent un engagement fort de sa part qui lui assure une crédibilité, il est reconnu par ses équipes pour le respect de ses engagements, son exemplarité, son professionnalisme qui en font un leader naturel. Il est attentif à la qualité de vie au travail (QVT) des soignants, pouvant mettre en place des projets concrets à partir des ressentis et des données du terrain. Il peut être force de propositions dans l'innovation et s'engage dans la recherche en sciences infirmières, en gestion et en management dans une perspective d'évolution des métiers paramédicaux, des pratiques professionnelles par le développement de la formation et le lien avec l'université, ...Ce dernier doit savoir se mettre au service des autres et ne pas abuser de sa situation de pouvoir. La participation active des personnes, l'écoute, le dialogue sont

³³ CHAUVANAY, DUGAST, *op.cit.* (note 6)

³⁴ Lydie COLDERS, *Revêtir le costume de leader*, Directions, 2012, p.23-25

les points d'ancrage essentiels à l'exercice du leadership actuel du DS et s'inscrit dans sa politique managériale.

La posture du *servant leadership*³⁵ évoqué ci-dessous synthétise les caractéristiques propres au leader et se traduit en 5 principes :

- « Le supérieur valorise la performance des salariés et contribue au maintien de relations positives avec eux
- Le supérieur développe une bonne capacité d'écoute face aux besoins, valeurs, idées et contraintes des autres
- Le supérieur se met dans une posture qui vise à servir ses partenaires : à identifier les problèmes et à améliorer les choses au bénéfice des autres
- Le supérieur se mobilise pour faire vivre un projet qui contribue au bien commun et qui a une plus-value sociale
- Le supérieur favorise le développement du sentiment d'appartenance et de solidarité des individus entre eux ».

Le soutien managérial doit être une posture de l'encadrement qui permet de créer les conditions d'un *environnement de travail capacitant*³⁶ défini comme « celui qui permet aux personnes de développer de nouvelles compétences et connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et sur la manière dont ils la réalisent, c'est-à-dire, leur autonomie, un environnement favorable au développement du pouvoir d'agir des individus ».

Le leadership du DS passe par une communication efficace, adaptée à sa stratégie. Les enjeux de *la communication*³⁷ sont pluridimensionnels : la communication est organisationnelle pour donner le sens (la direction, les objectifs de l'action collective, le partage des référentiels d'action), elle est managériale pour encadrer efficacement (mobiliser les acteurs dans l'action, favoriser l'engagement, gérer les conflits, assurer une médiation entre acteurs), elle intervient pour légitimer l'institution, ses actions et ses acteurs (informer sur les activités, la performance, la qualité du service, rappeler les valeurs, expliquer les décisions, rétablir la vérité, installer la confiance avec les partenaires), pour valoriser l'image de l'établissement, donner un statut et promouvoir l'institution, ses activités, ses acteurs (faire connaître et valoriser les activités, la qualité du service, développer l'attractivité de la structure).

³⁵ Michel LOUAZEL, Alain MOURIER, Erwan OLLIVIER, Roland OLLIVIER, et al., *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, p.215

³⁶ Solveig FERNAGU OUDET, *Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs*, Formation emploi, n°119, 2012, p.7

³⁷ Bertrand PARENT, *La communication hospitalière, mise en perspective générale*, EHESP, 2020
Christelle VIAN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

Les réalisations collectives et individuelles sont valorisées par une communication³⁸ qui donne du sens à l'action, aux décisions et au travail. La pertinence des messages permet de convaincre de l'authenticité de sa démarche.

1.2.3. La gestion des talents et des compétences

Le terme **talent**³⁹ désigne une « capacité particulière, une habileté naturelle ou acquise, pour réussir en société ou dans une activité donnée ». Le talent serait une compétence spéciale, à différencier d'une compétence. « La compétence fait appel à l'ordre cognitif (un savoir, un savoir-faire), et est en cela différente du talent qui serait une capacité naturelle, facile à mobiliser, un « aimer-faire » avec des aptitudes de visionnaire, d'originalité, d'empathie, de persuasion ». Le talent ou point fort est à détecter chez chaque collaborateur pour disposer d'une ressource naturelle, un terreau fertilisant de l'intelligence collective dans le but de gagner en souplesse et de créer durablement de la valeur. L'objectif visé est de manager les talents pour rendre chacun responsable de sa performance, développer le plaisir au travail et affecter les bonnes personnes aux bonnes places.

La compétence a longtemps été initiée par l'école et l'entreprise pour accéder au marché du travail, obtenir un revenu et se faire reconnaître, elle est maintenant de la responsabilité de l'individu lui-même. La compétence est incorporée dans le parcours de l'individu, apprise grâce à la formation, elle peut être « vendue » ou « louée » pour un temps à une institution qui la recherche. « L'employabilité⁴⁰, c'est se maintenir en état de compétence, de compétitivité sur le marché ».

Une personne compétente n'est pas forcément talentueuse, en revanche, une personne talentueuse est nécessairement compétente. Ces deux capacités se distinguent : la compétence s'apprend, s'enseigne et s'évalue. Le talent est étranger à la pédagogie et reste immatériel, intransmissible, se perçoit intuitivement.

Le talent idéal⁴¹ conjugue 3 paramètres :

- « Le pourquoi est le moteur : la volonté est importante et pousse l'individu à se surpasser individuellement ou collectivement au service d'une équipe ou d'une cause

³⁸ LOUAZEL, MOURIER, OLLIVIER, OLLIVIER, *op.cit.* (note 35), p.485

³⁹ Cécile KANITZER, Francis MANGEONJEAN, Jean-Luc HERCE, *Directeurs des soins, et si on y croyait ?* AFDS, FHF, EHESP, 2016, p.47

⁴⁰ DUBAR, *op.cit.* (note 20), p.112

⁴¹ Pascal BARREAU, *La gestion des talents, un acte managérial complexe*, Gestions hospitalières, n°573, 2018, p.110-113

- Le comment exprime la stratégie intellectuelle du sujet : le choix d'une attitude comportementale laisse entrevoir une pensée logico-déductive au service du succès
- Le qui pour un mode relationnel entièrement dédié aux résultats espérés (planification, staff...) ».

Dans la réalité, chacun montre une préférence pour un de ces talents. Le management des talents demande d'analyser le sujet dans son poste, et celui des compétences, d'analyser le poste proposé au sujet. Afin d'exprimer pleinement son talent, il faut être la bonne personne au bon endroit au bon moment. La compétence se définit plutôt par ce qu'il sait faire, le talent par le fait qu'il le fait mieux que d'autres.

Le talent s'exprime à travers la reconnaissance des autres et sa force dépend de l'accueil fait par les autres. Il existe une double contrainte dans la gestion du talent : le talentueux attend de l'organisation qu'elle lui offre les meilleures conditions d'expression de son talent, le manager attend de ce dernier un niveau optimal d'excellence.

Pour le manager responsable de la performance collective, 3 difficultés s'offrent à lui dans la gestion du talent⁴² :

- « L'identification des talents par l'évaluation du haut potentiel de son employé
- L'organisation d'un contexte favorable de développement de l'employé sans le marginaliser
- La fidélisation des talents : outre le salaire que le talent souhaite en rapport avec celui du manager, une mise à disposition des moyens nécessaires à leur exercice professionnel et une reconnaissance authentique (coresponsabilité managériale imposant un partenariat pérenne, réfléchi, consenti marquant un haut degré d'autonomie accordé par le manager) ».

La théorie des motivations⁴³, décrite par F.Herzberg, propose 5 facteurs de satisfaction au travail, s'ils sont satisfaits, les changements seront durables : les accomplissements, la reconnaissance, le travail proprement dit, la responsabilité et l'avancement. A contrario, les facteurs de mécontentement sont la politique de l'administration de l'institution, le supérieur, la rémunération, la relation entre les personnes et les conditions de travail qui aboutissent à des changements d'attitude de courte durée. Pour Herzberg, le travail est le lieu de l'épanouissement humain. Cette théorie réhabilite la motivation au travail et met l'accent sur l'organisation du travail et la nécessité de redonner la capacité d'organisation aux exécutants.

⁴² BARREAU, *op.cit.* (note 41)

⁴³ Philippe BERNOUX, *La sociologie des organisations*, Points, 2009, p.98

1.3. Le DS et la stratégie managériale

1.3.1. La sociologie des organisations et l'analyse stratégique

La sociologie des organisations⁴⁴ regroupe le *déterminisme individuel* où le comportement doit être expliqué à partir de variables caractérisant l'environnement de l'individu, le *réalisme totalitaire* où le comportement est conçu comme le produit des structures sociales caractérisant les sociétés dans leur totalité puis, l'*interactionnisme* qui se consacre aux comportements interprétés comme des actions entreprises en vue d'obtenir certaines fins. Cette dernière démarche étudie les stratégies des organisations comme jeux de pouvoir et systèmes d'acteurs. L'organisation d'un établissement ne se définit pas seulement à travers un organigramme et des règles ou règlements la composant. C'est une image incomplète à laquelle il faut ajouter les individus et comprendre les stratégies de chacun, les interrelations qui se développent au cœur du système dans lequel ils évoluent. Les caractéristiques de cette structuration d'une institution font référence à l'analyse stratégique des organisations.

L'organisation⁴⁵ se caractérise par :

- « La division des tâches pour une répartition claire et précise entre individus (groupe structuré)
- La distribution des rôles par l'attribution d'une tâche, d'un rôle (tâche accomplie de manière particulière). Tout membre d'une organisation se comporte comme un acteur, capable et souvent chargé d'interpréter de manière nouvelle un rôle identique. L'acteur fait des choix qui orientent la politique d'organisation.
- Le système d'autorité qui veille à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts que les organisateurs ont fixé à l'organisation.
- Le système de communication destiné à mettre en relation les individus les uns avec les autres.
- Le système de contribution-rétribution (dirigeant/salarié) ».

Selon E.Friedberg⁴⁶, les organisations se définissent comme « des ensembles humains formalisés et hiérarchisés en vue d'assurer la coopération et la coordination de leurs membres dans l'accomplissement de buts donnés ».

M.Crozier et E.Friedberg⁴⁷ définissent toute organisation comme un réseau structuré de rapports de pouvoir et de dépendance. Pour eux, le pouvoir ne se réduit pas aux relations hiérarchiques. Il exprime la capacité de profiter des zones « d'incertitude » inhérentes à

⁴⁴ BERNOUX, *op.cit.* (note 43), p.35

⁴⁵ BERNOUX, *op.cit.* (note 43), p.135

⁴⁶ Jean ETIENNE, François BLOESS, Jean-Pierre NORECK, Jean-Pierre ROUX, *Dictionnaire de sociologie*, Hatier, 1997, p.234

⁴⁷ Michel CROZIER, Ehrard FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Seuil « Points essais », 1992, 512p.

une organisation afin de défendre ou d'augmenter son autonomie. L'analyse stratégique éclaire le caractère imprévisible de ces comportements, permet de comprendre le fonctionnement de l'organisation grâce à l'identification des acteurs détenant les sources de pouvoir (une compétence ou une spécialisation nécessaire à l'organisation, la maîtrise des relations avec l'environnement, la maîtrise des informations permettant la communication à l'intérieur de l'organisation, la maîtrise des règles de négociation propres à chaque organisation).

Selon M.Crozier⁴⁸, **l'analyse stratégique** est sous-tendue à 4 idées essentielles :

- « L'organisation est un construit social, un rassemblement artificiel d'individus autour d'objectifs prédéfinis,
- Les individus disposent d'une marge d'autonomie quels que soit leur statut ou leur position, ils n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation, chacun a ses objectifs et buts propres,
- Les acteurs ont une liberté relative de jouer leur rôle dans un cadre contraint par les règles organisationnelles : ils vont utiliser plus ou moins leur marge d'autonomie pour interpréter en fonction de leurs objectifs propres, pouvant différer de ceux de l'organisation, le rôle qui leur est fixé, ces autonomies se combinent dans les jeux de pouvoir, le pouvoir central essayant de contrôler l'autonomie des acteurs qui tentent de lui échapper,
- Les stratégies mises en œuvre pour satisfaire les objectifs sont rationnelles mais de manière limitée car les individus ne peuvent pas choisir la solution optimale mais plutôt la moins mauvaise compte-tenu des stratégies des autres et des contraintes de l'environnement ».

La compréhension de l'analyse stratégique nous paraît indispensable au DS afin d'adapter sa stratégie managériale et affirmer son positionnement, sa légitimité au sein de l'institution et de l'équipe dirigeante. Le DS évolue dans une organisation où les rapports de pouvoir et de dépendance ne sont pas uniquement liés aux relations hiérarchiques. Le DS est en lien permanent avec les différentes directions fonctionnelles et avec le chef d'établissement. Il occupe une place stratégique, à l'interface entre les différents corps de métiers de l'établissement et participe au développement d'une communication efficiente. Les enjeux de cette place stratégique sont de pouvoir conduire une politique managériale au service de la performance des organisations, afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins aux usagers, la qualité de vie au travail des professionnels.

⁴⁸ CROZIER, FRIEDBERG, *op.cit* (note 47)

1.3.2. La reconnaissance

C.Dubar évoque la reconnaissance⁴⁹ comme suit : « Être sujet, c'est être capable de construire, tout au long de sa vie, des relations de reconnaissance mutuelle. Être sujet, c'est refuser pour soi comme pour les autres, les rapports de domination, d'assujettissement, d'autorité imposée arbitrairement, de mépris et de subordination personnelle ».

La reconnaissance au travail⁵⁰ est « la démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur. L'acte de reconnaître constitue une interaction entre deux ou plusieurs personnes qui peut se manifester de part et d'autre. C'est un élément déterminant dans la construction identitaire d'une personne, source de motivation, de satisfaction et constituant du sens au travail ».

La reconnaissance au travail doit suivre certains critères⁵¹ : la sincérité, la réactivité, la proximité hiérarchique de la personne qui réalise la reconnaissance, la variabilité des formes et pratiques de reconnaissance, la personnalisation, la légitimité de la personne qui effectue la reconnaissance, la spécificité de l'effort ou de l'évènement ou de la réalisation reconnue, la cohérence entre les discours et les mesures adoptées.

La reconnaissance⁵² peut être celle de la personne (valeur de la personne au regard de sa dignité et de sa singularité, ses qualités personnelles), celle de ses compétences, ses aptitudes, son expertise, de ses efforts ou de ses performances. Ce peut être également la pratique et la qualité du travail effectué, son engagement et sa contribution au processus de travail, à l'atteinte des objectifs stratégiques de l'institution. La reconnaissance apparaît sous des formes différentes : financières (rémunération, primes essentielles pour les salariés), organisationnelles (perspective de carrière, sécurité de l'emploi), pratiques (moyens à disposition, soutien, bonne utilisation des compétences) ou symbolique (respect, estime, qualité reconnue du travail réalisés par les pairs et supérieurs pour une reconnaissance symbolique de la performance).

La personne se sent reconnue ou non suivant l'équilibre trouvé entre un comportement émis et la réponse apportée en retour par un autre individu. Le déséquilibre entre les efforts et les récompenses ou l'inadéquation entre la tâche et les compétences du salarié peut avoir des répercussions négatives sur la santé et générer de la souffrance (risques psycho-sociaux, maladies, expériences de mépris et d'humiliation), un sentiment

⁴⁹ DUBAR, *op.cit.* (note 20), p.222

⁵⁰ Jean Pierre BRUN, Ninon DUGAS, *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Québec, 2002, p.7

⁵¹ BRUN, DUGAS, *op.cit.* (note 50), p.19

⁵² Tony MACHADO, *Reconnaissance au travail*, Psychologie du travail et des organisations, Dunod, 2016, p.353-356

d'injustice organisationnelle et de l'insatisfaction. Les individus développent des croyances concernant ce qui, en échange d'un travail accompli, est une « juste » reconnaissance et estiment ce rapport pour des personnes jugées équivalentes (travail, statut, fonction, ...) et le comparent au leur pour apprécier la justesse de la reconnaissance perçue.

Le désir⁵³ de la reconnaissance passe par les perspectives sociales d'une lutte entre partenaires de relations. Le monde du travail peut aboutir à une perte d'une part de son identité car on y est dominé de multiples façons. « Dans les relations humaines, ce que choisit consciemment un individu, c'est la possibilité d'exister en face des autres, ce qui est valorisé, c'est la force d'accès à soi-même au milieu des autres ».

La reconnaissance⁵⁴ s'exprime au quotidien et non sur un moment unique, elle peut avoir une dimension collective car le travail d'équipe et la collaboration entre services sont une source d'efficacité. Elle stimule et renforce la motivation, l'énergie pour poursuivre son travail, elle développe une communication saine, enrichissante, et offre des facteurs positifs des relations interpersonnelles, un levier de développement et de productivité.

L'autorité⁵⁵ personnelle du chef est acceptée et même souhaitée. Cette relation implique la reconnaissance d'une sorte de don, de charisme psychologique chez le chef, sans laquelle une élection affective mutuelle ne peut se réaliser. Toutes les situations d'apprentissage de rôles compliqués entraînent de fortes relations de disciples à maîtres où les identifications interviennent dans le processus.

L'identification⁵⁶ à un modèle est gratifiante, sécurisante et réduit l'anxiété. Trois conditions peuvent affecter l'identification :

- « Une condition affective : on s'identifie d'autant plus au modèle qu'il est sympathique
- Une condition de similitude : l'identification est facilitée par la présence d'éléments entre le sujet et le modèle
- Une condition de puissance : l'identification est plus importante si le modèle a du prestige.

Les repères autour des identités du travail, du collectif de travail, du soutien social passent par la reconnaissance accrue, principal axe de progrès des politiques managériales ».

⁵³ SAINSAULIEU, *op.cit.* (note 26), p.348

⁵⁴ Jean-Pierre BRUN, *Management d'équipe : 7 leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail*, Livres outils, Eyrolles Editions d'organisations, 2009, p.28-39

⁵⁵ SAINSAULIEU, *op.cit.* (note 26), p.249

⁵⁶ *Ibid*, p.265

1.3.3. L'autonomie

Les futurs CSS sont en situation de fragilité⁵⁷ culturelle, en perte de repères puisqu'ils n'appartiennent plus à leur groupe d'appartenance antérieure. Ils se trouvent dans la nécessité de se constituer une cohérence culturelle, une personnalité sociale en s'intégrant à un milieu social qui les reconnaisse pour ce qu'ils sont devenus et qui les conserve pour ce qu'ils peuvent faire. En changeant de structure d'organisation, le professionnel vivra sans résistance la situation s'il garde autant de contrôle de sources de pouvoir, de possibilités d'action collective, de partenaires d'alliances que dans la situation antérieure. Le contraire impose l'apprentissage parfois difficile de normes nouvelles. La situation nouvelle oblige à confronter les aptitudes à percevoir, juger et les habitudes d'identification avec une réalité sociale et des moyens de pouvoir différents.

Quel que soit le métier, celui-ci s'apprend toujours sur le tas dans une relation de conseil et de contrôle avec des experts confirmés (modèle et contre modèle) formant une identité collective et la représentation d'une valeur. L'appartenance à l'organisation est source de valeurs, variées et réelles, pour y trouver les moyens d'une socialisation et d'une indépendance.

Les incertitudes majeures du DS sont la compréhension et la prévision de la conduite des groupes humains (sa culture, ses réactions possibles) qui pèsent sur la rationalité collective : en reconnaissant la dimension stratégique des membres d'une organisation, le DS fait face à l'autonomie culturelle des logiques d'acteurs et doit s'attacher à considérer ce pluralisme, ses sources et ses effets. La négociation doit être placée au cœur de la réflexion sur les structures quotidiennes du travail afin d'accroître la rationalité des décisions. L'action collective⁵⁸ (« le agir ensemble ») est marquée par les individus intégrés dans un ensemble porteur de valeurs communes (se définissant par rapport à l'action), plus ou moins reconnues dans le groupe humain plus large où ils vivent.

Le DS s'attache à créer un environnement de travail « capacitant » et à penser un management au service de ses collaborateurs au travers d'une organisation de travail apprenante. A.S. Waterman⁵⁹ énonce 6 dimensions principales concourant à lier le développement personnel et le bien-être au travail :

- « Le travail doit permettre de s'épanouir en développant ses talents et compétences,
- L'individu doit être en capacité d'agir pour contrôler son milieu et faire face aux défis de l'environnement,

⁵⁷ SAINSAULIEU, *op.cit.* (note 26), p.218

⁵⁸ BERNOUX, *op.cit.* (note 43), p.212

⁵⁹ LOUAZEL, MOURIER, OLLIVIER, OLLIVIER, *op.cit.* (note 35), p.209

- Il doit pouvoir être autonome, avoir la capacité de prendre des initiatives dans son travail, en bénéficiant d'un cadre protecteur et de marges de manœuvre, d'une capacité d'auto-décision et d'autodétermination,
- Cela lui permet une bonne acceptation de soi et un sentiment d'auto-efficacité,
- La satisfaction est alors portée par le sentiment de concordance entre l'individu et le travail qu'il accomplit (compréhension du sens du travail),
- L'individu est alors davantage à même d'établir des liens et des relations positives avec les autres, d'apporter du soutien à ses collègues et de participer à l'enrichissement mutuel par ses échanges ».

L'amélioration de la productivité⁶⁰ est attribuable à un changement d'organisation et non à une satisfaction des besoins, c'est-à-dire par une restructuration du travail par un desserrement des contraintes superflues et une mise en valeur des aptitudes et capacités individuelles (la satisfaction des relations humaines est différente de la réalisation de soi).

L'autonomie⁶¹ laissée à l'encadrement est un levier managérial indispensable au DS, elle se définit comme « la marge de manœuvre de la personne qui lui permet de décider comment le travail doit être fait et quelle tâche réaliser, et aussi d'influer le degré de responsabilités, elle lui donne la possibilité d'être créatif et de développer ses compétences » et, également, comme « la capacité⁶² à se donner ses propres règles, légitimée par la détention d'une expertise et d'un souci d'efficacité. Ne se réduit pas à la volonté d'indépendance ni au refus de toute forme de hiérarchie ». L'autonomie et la participation aux décisions donnent de la valeur aux employés et un signe de respect. La possibilité et la capacité d'influer sur son travail sont essentielles au bien-être des personnes et à l'efficacité des entreprises. Néanmoins, l'autonomie est vulnérable par les changements, fréquents au sein des institutions hospitalières, de l'environnement et de l'action de divers acteurs (usagers, professionnels). Le manque d'autonomie ne permet pas les ajustements pour combiner le rôle attribué et le travail réel. Ce rôle est à définir précisément afin de poser le cadre d'intervention et le champ de compétences de l'individu. Le rôle⁶³ est « un ensemble d'attentes (conduites, règles, objectifs, résultats) déterminées à la fois par un manager (donneur d'ouvrage), par l'environnement de travail (collègues) et par le récepteur (personne devant faire la tâche) avec des balises déterminées par l'institution ».

Le DS peut se retrouver avec une équipe d'encadrement supérieur doté de personnalités et de parcours bien différents, riche de l'expérience variée de chaque cadre avec une

⁶⁰ BERNOUX, *op.cit.* (note 43)

⁶¹ BRUN, *op.cit.* (note 54), p.123

⁶² LOUAZEL, MOURIER, OLLIVIER, OLLIVIER, *op.cit.* (note 35), p.132

⁶³ BRUN, *op.cit.* (note 54), p.146

fiche de poste et un rôle distincts selon que le CSS est affecté à un pôle ou est rattaché à la direction des soins. En effet, dans le premier cas, le CSS a une proximité professionnelle avec le chef de pôle et dans le deuxième cas, il est en proximité directe avec le DS.

Ces deux positionnements offrent des similitudes et des disparités dans l'approche managériale du DS. Les disparités sont essentiellement en lien avec les missions dévolues : en tant que cadre de pôle, le CSS rend des comptes sur le fonctionnement et la gestion du pôle auprès du chef d'établissement, participe à la prise de décisions autour des projets du pôle et a des interfaces directes plus nombreuses que le CSS rattaché à la DS qui sera en charge de missions transversales définies par le DS, à qui il rend des comptes directement. Les points communs entre l'affectation sur un pôle et à la DS concernent la relation hiérarchique existante entre le DS et l'encadrement, l'évaluation annuelle des CSS, les recrutements et affectations des cadres qui sont de la responsabilité du DS. De plus, le DS crée la dynamique cadres et la collaboration entre les CSS de pôle et ceux rattachés à la DS. Le DS en tient compte dans la relation et la collaboration qu'il établit avec les différents CSS et l'accompagnement des futurs CSS.

2 L'enquête de terrain et les résultats

La première partie de ce mémoire professionnel s'est attachée à comprendre et à expliquer la construction de l'identité professionnelle d'un CSS. Le DS, supérieur hiérarchique des personnels paramédicaux et de l'encadrement, participe au repérage et au recrutement des futurs CSS, qui seront ses collaborateurs directs au quotidien.

Notre travail de recherche nous questionne sur le rôle du directeur des soins dans la construction de l'identité professionnelle du futur CSS.

L'enquête de terrain et l'analyse de ses résultats nous permettront de répondre à notre question de recherche et de valider ou d'invalider les trois hypothèses proposées ci-dessous :

- Un accompagnement d'« adaptation à l'emploi » organisé par un DS est nécessaire à une prise de fonction sereine d'un futur CSS afin de répondre aux exigences du poste
- Les dernières évolutions du système de santé ont impacté et modifié la politique managériale du DS et développé son leadership
- L'accompagnement professionnel du futur CSS participe à l'objectif du DS d'instaurer un environnement favorable à la cohésion et à l'expression de l'intelligence collective au sein de l'encadrement supérieur

2.1. Le cadre méthodologique

2.1.1. Le champ de la recherche

Dans un premier temps, nous avons réalisé une enquête exploratrice auprès des élèves directeurs des soins de la promotion 2020, CSS sur leur poste antérieur, afin de déterminer la pertinence du sujet de mémoire. En effet, l'objectif était de repérer les caractéristiques issues de leur retour d'expérience professionnelle individuelle lors de leur prise de poste et de valider la pertinence d'une réflexion sur le thème. Cinq CSS se sont prêtés à l'exercice de l'entretien semi-directif. Ces CSS provenaient de plusieurs départements français et avaient une expérience de CSS inférieure à 6 ans, au sein d'établissements de santé publics de taille variable, dans le domaine de la gestion. L'intérêt de faire appel aux EDS était d'avoir un éventail diversifié d'expériences sur le territoire et une disponibilité des personnes interviewées lors de la période de confinement (mars 2020). Très rapidement, les retours de ces personnes ont démontré une disparité importante dans l'accompagnement à la prise de fonction et ont exprimé spontanément la nécessité de proposer un accompagnement favorable à la nouvelle prise de poste.

Par la suite, nous avons effectué une enquête auprès de professionnels exerçant dans différents établissements de santé publics français. Ces établissements concernent les régions Nouvelle Aquitaine, Grand Est, Pays de Loire pour les DS et, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Normandie, Ile de France pour les CSS.

Les professionnels rencontrés exercent dans des centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires (CHU), ce sont des établissements proposant la gestion de pôles et des missions transversales rattachées à la DS. L'équipe de la DS est composée d'un ou plusieurs DS selon l'organisation de l'établissement :

- Deux CHU du sud de la France d'une capacité de 2100 lits et de 2800 lits, avec un CGS et un ou plusieurs DS
- Trois CH d'une capacité d'environ 1200 lits, situés dans la région Grand Est et Nouvelle Aquitaine, Normandie, avec un CGS sans autre DS
- Trois CH d'une capacité d'environ 800 lits, situés dans la région Pays de Loire, Nouvelle Aquitaine et Ile de France, avec un CGS sans autre DS

Ces établissements ont tous la particularité d'être multisites ou d'être en direction commune. Nous avons souhaité une représentativité d'établissements de capacité différente, de départements divers pour déterminer s'il existait des disparités issues du contexte territorial ou du profil des établissements. Chaque DS rencontré a une équipe d'encadrement supérieur affectée sur des pôles et affectée à la DS pour des missions transversales.

2.1.2. La population enquêtée

Afin de pouvoir déterminer les attentes des professionnels concernés, nous avons choisi de proposer un entretien semi-directif aux CSS paramédicaux et aux DS.

Nous n'avons pas réalisé d'interviews auprès du corps médical et auprès des chefs d'établissement : lors des entretiens avec les DS et CSS, nous avons demandé de quelle manière les médecins et chefs d'établissement étaient impliqués dans la sélection des futurs CSS et leur rôle dans la CI du CSS. Il s'avère que ce rôle est dévolu aux DS, chargés de l'organisation et de la coordination des soins, les chefs de pôle et d'établissement interviennent à la marge et uniquement sur un segment du processus d'accompagnement. Compte-tenu de la période particulière de crise sanitaire, nous avons décidé de limiter notre enquête au personnel d'encadrement. Les différents professionnels rencontrés se répartissent ainsi :

- 1 CGS et 5 CSS d'un CHU du sud de la France d'une capacité de 2100 lits
- 2 CGS et 3 CSS de CH d'une capacité d'environ 1200 lits, situés dans la région Grand Est et Nouvelle Aquitaine

- 2 CGS et 2 CSS de CH d'une capacité d'environ 800 lits, situés dans la région Pays de Loire et Nouvelle Aquitaine

Au total, 15 entretiens ont été réalisés et se distinguent par 5 DS et 10 CSS. Le tableau ci-dessous propose la répartition des entretiens :

Type d'établissement	CGS		CSS et FF (faisant fonction)	
	Nombre	Ancienneté	Nombre	Ancienneté
CHU	1	10 ans	1	6 ans
			1	5 ans
			2	2 ans
			1	FF depuis 1 an
			1	FF depuis 1 mois
CH	1	15 ans	1	4 ans
	1	5 ans	1	3 ans
	1	3 ans	2	2 ans
	1	2 ans		

Nous avons choisi d'interroger des CSS issus du même établissement que les CGS et des CSS exerçant dans d'autres établissements, sans lien avec les CGS, afin de comparer les éléments de réponse entre professionnels exerçant dans un même contexte organisationnel, sous la même autorité hiérarchique, et des CSS sans lien institutionnel. L'objectif est d'accroître la diversité et le nombre des expériences professionnelles, institutionnelles et, de comparer un éventail plus important de politiques managériales de DS. Ce sont 5 CSS et 1 CGS d'un même établissement (du même CHU) puis les CGS et CSS de CH différents, sans lien hiérarchique et institutionnel, qui se sont prêtés à l'exercice de l'entretien.

2.1.3. Le recueil de données

Nous avons retenu l'approche qualitative de l'enquête par entretiens semi-directifs. Ces interviews se sont déroulées de mai à début août 2020, essentiellement par visio-conférence et pour une partie, en face à face, lors d'un stage d'immersion professionnelle en CHU. Ce stage a permis d'observer la stratégie managériale d'un DS au moment de la prise de fonction d'un FFCSS ainsi que le suivi proposé aux différents CSS en poste sur cet établissement, les CSS ont une ancienneté différente dans la fonction. Après un premier contact (téléphonique, en direct ou par mail) auprès des personnes susceptibles de correspondre à la population visée, l'explicitation de ma démarche de demande d'entretien, un RDV était déterminé selon les disponibilités de chacun. L'interview a duré

1 heure environ, comme indiqué lors de la présentation de l'entretien, tous ont accepté l'enregistrement de nos échanges pour traiter les informations ultérieurement, sous couvert de l'anonymat, et en suivant une trame d'entretien⁶⁴ préétablie selon l'interlocuteur. Cette trame de base a servi de fil conducteur commun à chaque interview et a laissé une grande liberté dans les réponses. Les questions étaient ouvertes, avec une adaptation et une nouvelle orientation de celles-ci en fonction des réponses données au moment de l'entretien.

Le type d'enquête par interview favorise les échanges grâce à une proximité physique ou visuelle facilitante, l'installation d'une relation de confiance, dans un contexte libre d'une conversation permettant de développer des points de vue, d'ouvrir le débat et d'enrichir le discours, de pouvoir expliciter une question, de poser un cadre ajustable de l'enquête. Dans la rédaction de ce mémoire, le terme CSS regroupera les CSS et les FFCSS puisque nous pouvons dire que la position d'apprenant du FF ne lui confère pas des missions différentes des autres CSS.

Après la collecte des réponses enregistrées, le traitement des données a été réalisé par regroupement des idées et éléments de réponse, par grade puis, par thème évoqué. L'analyse de ces réponses s'est faite d'abord par groupe d'appartenance des professionnels puis, de manière croisée, pour un cheminement et une réflexion pertinents et communs, dans la recherche de propositions qui se complètent et aboutissent à des pistes de préconisations adaptées, réalistes.

2.1.4. Les points forts et les limites de l'enquête

Les points forts sont l'approche effectuée auprès des CSS d'ancienneté différente dans la fonction, l'interview réalisée auprès de CS affectés en tant que faisant fonction depuis 1 mois, jusqu'à des CSS ayant une expérience de moins de 8 ans. D'autre part, les différents entretiens réalisés ont permis de créer un lien direct et de proposer une écoute attentive, appréciée par ces professionnels désireux d'apporter leur contribution à ce mémoire. Cela leur a permis également de se poser un moment pour porter un regard critique sur leur expérience passée et susciter la réflexion sur ce qui peut être fait dans d'autres établissements. Le thème du mémoire semble avoir intéressé les personnes rencontrées : leur intérêt s'est porté sur la diversité des situations d'accompagnement des futurs CSS et sur l'idée d'harmoniser les pratiques managériales, les moyens d'y parvenir.

Les limites sont le nombre restreint de DS et de CSS interviewés, non représentatif de l'ensemble des pratiques et des opinions existantes sur le sujet, malgré notre volonté d'élargir le terrain d'investigation. L'enquête a privilégié la qualité à la quantité, les

⁶⁴ Trames des entretiens semi-directifs : annexes 1, 2 et 3

réponses données sont subjectives et propres à chaque individu, avec l'interprétation qu'il fait de son vécu, de ses expériences professionnelles, de son ressenti et parcours de vie, son appartenance à un groupe ou une institution. Nous pouvons ajouter une difficulté dans la disponibilité des professionnels au sortir de la crise sanitaire qui a limité le nombre de DS pouvant répondre favorablement à la demande d'entretien et parfois, nous avons été confrontés à des problèmes de connexion internet haut débit nous obligeant à reporter l'entretien par visioconférence ou à modifier l'outil utilisé (téléphone).

En outre, le mémoire n'a pas l'ambition de proposer une analyse dans le domaine de la formation, jugée spécifique avec un contexte et un fonctionnement particuliers, ce qui nous impose de traiter le sujet pour une partie de la profession et rend irréalisable la comparaison entre le domaine de la gestion et celui de la formation.

Enfin, une limite a concerné la recherche conceptuelle de ce mémoire, en effet, pendant et à la suite de la crise sanitaire, l'accès à la bibliothèque de l'école et aux différents ouvrages, documents a été fortement réduit voire impossible.

2.2. La restitution des entretiens

Nous réalisons ce retour en regroupant les éléments de réponse par thème abordé lors des entretiens auprès des CSS et DS. Leur propos sont synthétisés et mutualisés dans les sous-parties.

2.2.1. Le recrutement des futurs CSS

Le DS fait le choix de la promotion professionnelle en priorité, c'est une politique sociale de l'établissement. Recruter au sein de professionnels connus est sécurisant, rassurant pour constituer le groupe d'encadrement souhaité, alors qu'une candidature externe implique une prise de risques. Concernant les candidatures externes, et surtout si le candidat est éloigné géographiquement, le DS réalise un premier entretien téléphonique avant de le rencontrer ou d'abandonner la démarche.

Le potentiel ou le repérage du talent (un point de force ne correspondant pas à la compétence) est réalisé au sein de l'équipe de cadres de santé qui, parfois, ne sont pas conscients de leur talent. Le déroulé de la carrière, les prises de position, le parcours de l'agent sont évalués au cours des années par un CSS en poste ou par le DS lui-même. Ce dernier observe l'appétence du CS pour des fonctions stratégiques et managériales, surtout auprès de ses pairs CS, puisque la marche peut être très compliquée à passer entre l'encadrement d'une équipe soignante et une équipe de CS, le DS recherche une certaine maturité qui peut lui permettre d'aller plus loin. Si le candidat potentiel n'a pas manifesté l'envie de devenir CSS, le DS peut impulser et accompagner la maturité du

projet sur 2 ou 3 ans en instaurant un climat de confiance. Sur les 10 CSS interrogés, 4 ont été approchés par le DS et ne se projetaient pas sur cette fonction.

Le profil recherché est celui d'un candidat ayant plusieurs années d'expérience, dans des services diversifiés, si possible dans des établissements différents, sur des missions transversales, avec des compétences managériales solides et, capable de travailler sur plusieurs sites. Le DS peut rechercher une candidature CSS externe afin de tirer profit d'un regard neuf et critique, d'une ouverture vers l'extérieur, d'une autre culture que celle des CSS de l'établissement. Le DS recherche un CSS qui aura su développer des capacités d'analyse critique, le DS réalise un vrai choix de personne.

Le poste vacant est publié par le DRH en interne, auprès des CSS en poste, et en externe. La fiche de poste détaillée précise le profil recherché. Les candidatures papier sont adressées au chef d'établissement qui les transmet au DS.

Des candidatures spontanées, en-dehors de la publication d'un poste vacant, peuvent être adressées au DS. Dans ce cas, le DS reçoit le candidat et fait le point sur le projet. Deux des CSS interviewés avaient effectué une démarche spontanée.

Le DS demande la rédaction du projet professionnel de l'agent en suivant une trame préétablie présentant l'expérience professionnelle, les motivations, la projection en tant que CSS et le positionnement par rapport au contexte actuel (la territorialisation et les contraintes du poste), la vision de l'encadrement supérieur (projet managérial). Ce projet permet au DS de déterminer le « bon candidat » sur le « bon poste ». Le DS s'appuie sur les échanges avec le candidat pour évaluer sa motivation, la sincérité de la démarche. Le DS peut « stopper » le projet professionnel de l'aspirant CSS si ce dernier ne semble pas correspondre au profil attendu. Chaque candidature rejetée est explicitée, soit pour améliorer et mûrir le projet soit pour l'abandonner.

Pour le recrutement d'un cadre de pôle, la sélection des candidats intègre le chef de pôle concerné même si le choix final est réalisé par le DS : il opte pour quelqu'un qui est approuvé par le chef de pôle, pour ne pas mettre en difficultés le CSS et favoriser la collaboration. Le DS organise des temps d'échanges entre le chef de pôle et le futur CSS. Le chef d'établissement peut être amené à échanger avec le DS sur les candidats et a rencontré la personne retenue. Le chef d'établissement fait confiance au DS dans le choix final du CSS.

La majorité des DS (4 DS sur les 5 rencontrés) demande un diplôme universitaire, un master 2, ou l'engagement à suivre ce cursus au moment du recrutement. Le choix du master reste à l'appréciation du candidat mais le DS invite à la complémentarité, à la diversité et au développement de nouvelles compétences pour le collectif cadres, afin de

s'impliquer dans de nouveaux projets. Si le candidat n'a pas encore de master 2, celui-ci le réalisera plutôt à partir de la 2^{ème} année après la prise de poste (au moment de la stagiairisation) pour éviter des absences fréquentes dans un contexte d'intégration et d'appropriation de sa nouvelle fonction.

2.2.2. Les attentes des DS et des CSS

Les DS et les CSS évoquent les attentes des futurs CSS : ces derniers expriment le fait d'être déstabilisés, sur un temps plus ou moins long, par la différence observée et ressentie entre la fonction, les habitudes professionnelles du CS et celles du CSS. Ils expriment le besoin d'être réassurés sur les initiatives et décisions qu'ils prennent, par un pair aguerri sur les questions de pôle, et aussi par le DS, sur leur positionnement. Ils souhaitent que le DS supervise l'accompagnement, qu'il ait une approche positive et valide les projets en cours, apporte son soutien aux CSS, de la disponibilité et propose une vraie démarche collaborative. La demande est forte et unanime de ressentir une réelle autonomie, instaurée et favorisée par le DS, dans l'appropriation des missions du CSS. Ils demandent et apprécient la régularité des points de situation avec le DS, qui fait évoluer ces échanges en fonction des besoins du CSS. Ces derniers recherchent surtout l'expertise managériale du DS.

Certains CSS n'ont pas eu l'opportunité d'être accompagnés sur leur nouvelle fonction, ils ont construit leur identité professionnelle en s'appuyant sur leur expérience de CS, en faisant appel à des personnes ressources (CS, CSS) ou en effectuant des recherches sur internet. Ils ont tous exprimé un regret, un manque, et ont évoqué ce qu'ils auraient souhaité comme accompagnement.

Le DS ne choisit pas un CSS selon sa formation initiale mais pour son profil et sa vision stratégique de ses missions, pour son parcours, sa personnalité, et aussi, afin de constituer une complémentarité des talents, le DS recherche des appétences différentes au sein de l'encadrement supérieur. Néanmoins, le DS attend des qualités communes et des valeurs partagées par l'ensemble des CSS, afin de proposer une collaboration saine et enrichissante au sein de la direction des soins.

La collaboration DS et CSS est empreinte de :

- Loyauté comme 1^{er} critère reconnu indispensable
- Confiance entre le DS et les CSS, entre les chefs de pôle et les CSS. Cette confiance offre des échanges réels entre tous et la transparence, jusqu'à l'acceptation de l'erreur et le retour d'expérience profitable au collectif
- Disponibilité, les CSS ne comptent pas leurs heures et travaillent pour la DS
- D'un sentiment d'appartenance à la DS

- Solidarité et d'entraide
- Collaboration et de partage avec les CSS qui sont les relais et ont un pouvoir au sein du pôle. Les CSS ont une posture professionnelle définie par l'autonomie dans le pôle et leur positionnement au sein du trio de pôle. Le DS n'impose pas une hiérarchie pesante et quotidienne mais elle apparaît quand il le faut, dans sa position de supérieur hiérarchique. Le chef de pôle a besoin de savoir que le DS accompagne les CSS, qu'il n'est pas laissé seul sur cette nouvelle fonction, il le sait présent auprès des CSS et intervenant dans des domaines précis, en appui pour les pôles. Cet accompagnement, la loyauté et la confiance établis entre le DS et le CSS facilitent la relation et la collaboration entre la direction des soins et le corps médical.

En outre, le DS demande aux CSS de décliner les axes du projet de soins concernés par leur pôle. Chaque CSS est référent de son pôle clinique et transmet les indicateurs intéressant la direction des soins, il élabore et met en œuvre des projets cohérents avec le projet de soins. Le CSS a la responsabilité de décliner dans son pôle les changements impulsés par l'évolution du système de santé ayant impacté les orientations décidées par la direction de l'établissement. Les compétences attendues du CSS sont, dans ce cas, de traduire une politique ou stratégie institutionnelle en actions, d'organiser et de les dérouler sur le pôle, de fédérer l'équipe médico-soignante. Le DS est de fait intégré au trio de pôle pour le bon fonctionnement du pôle et l'équilibre des services.

Le DS attend du CSS des capacités de discernement et d'analyse, une distance mesurée face aux décisions médicales, et qu'il sache garder son professionnalisme. Le plus important est la posture professionnelle affichée : avoir une autre lecture de la situation et savoir faire évoluer les décisions sont des atouts chez le CSS. Les qualités et relations professionnelles développées par le CSS sont mobilisées au service du patient, du personnel et de l'institution.

2.2.3. L'accompagnement proposé aux futurs CSS

En cas de candidature spontanée, le DS peut proposer un stage d'immersion auprès d'un CSS, en missions transversales (domaine de l'hygiène ou de la qualité) ou sur un pôle afin de confirmer le choix du professionnel, et faire correspondre son projet à une représentation réaliste de la fonction. Le DS peut également envisager une formation ou des formations (gestion de projets, management...) selon les besoins du futur candidat.

Quand un recrutement est finalisé sur un poste vacant, le CSS est positionné en tant que FF pendant 1 an (sauf situation particulière) avant l'organisation d'un concours sur titre et la période de stagiairisation. Il peut être affecté dans un pôle dans lequel il n'a pas été CS ou au contraire, dans un pôle où il a exercé à un moment de sa carrière, parfois au

moment du recrutement. L'accompagnement se déroule sur la durée de FF et au-delà si le CSS le demande.

L'accompagnement par un pair se traduit par le tutorat par un CSS expérimenté au travers d'un soutien de proximité sur l'aspect plus technique de la fonction (gestion des conflits, du recrutement, des effectifs, de l'absentéisme, l'animation des réunions d'encadrement, les gardes...), par le partage des dossiers en cours (si la situation s'y prête), d'outils et indicateurs permettant d'avoir une vision élargie du pôle et facilitant la prise de décisions pertinentes, rapides. L'accompagnement dépend des besoins du CSS qui réalise une auto-évaluation puis, avec le tuteur, ils déterminent le tutorat adapté et souhaité.

Dans la situation du binôme tuteur-CSS, le volontariat et les affinités sont des éléments essentiels d'un accompagnement favorable par un pair, il est possible d'observer un tutorat par un CSS exerçant sur un site différent et distant de celui du futur CSS. Les CSS expriment le souhait de ne pas avoir un tutorat trop long dans le temps pour éviter une position inconfortable et un frein à l'appropriation du poste. Le CSS adapte les conseils et recommandations du tuteur à son style de management, pour ne pas réaliser un copier-coller et pour installer sa conduite personnelle du pôle.

L'accompagnement correspond également à des temps de réunions entre le DS et les CSS et des temps d'échanges uniquement entre les CSS, ces temps sont formels ou informels et permettent un partage d'expériences, d'informations enrichissantes.

L'accompagnement par le DS est un suivi mensuel (et plus si besoin) en point d'étapes sur le positionnement, les relations avec les différentes équipes, les difficultés rencontrées. Ces difficultés sont souvent en lien avec le management d'équipe de CS, plus compliqués à fédérer et à manager qu'une équipe soignante. La mise en place de nouvelles organisations, l'harmonisation des décisions entre le CSS et le corps médical peuvent également être un sujet d'entretien avec le DS.

Si le FFCSS rencontre des situations complexes, le DS pourra organiser un retour d'expériences, une analyse des pratiques et établir, avec le groupe CSS, un plan d'actions qui servira à tous.

Le DS est en lien direct avec le CSS, il est disponible, à l'écoute et aidant. Le CSS doit pouvoir être libre de le solliciter quand il le juge nécessaire et se sentir en confiance pour échanger sur tous les sujets. Le DS est un recours indéfectible du CSS pour asseoir sa posture, le sécuriser et permettre le développement de nouvelles compétences. Le DS peut être une aide (soutien, conseil) dans la collaboration du CSS avec le chef de pôle.

Le DS utilise des outils au cours des points d'étapes : une feuille de route avec des objectifs définis en fonction des missions, des points forts et des difficultés du CSS, un rapport d'étonnement au moment de la prise de poste puis au bout de quelques mois.

Le DS laisse un maximum d'autonomie au CSS, l'appropriation des missions est très variable d'une personne à l'autre : cette autonomie s'inscrit dans la déclinaison du projet de soins dans le pôle et respecte le niveau d'intervention du CSS dans la prise de décisions. Le DS pose des objectifs clairs et un cap stratégique pour faciliter la prise de fonctions et l'expression de l'autonomie.

En amont de l'affectation, l'accompagnement peut se traduire par des missions transversales confiées au futur CSS avec un pilotage de ses propres collègues CS (gestion d'une fiche action du projet de soins) ou une mission sur un pôle différent pour « toucher du doigt » la fonction. Ces missions transversales sont suivies par le DS qui réalise un bilan pour déterminer si cela correspond à ses attentes et celles du CS.

Après le recrutement du CSS, le DS organise une rencontre conviviale avec l'équipe de CSS et également avec l'équipe de direction (directeurs adjoints, chef d'établissement), comme un rituel de bienvenue, d'intégration et permettant de faire la connaissance rapide des interlocuteurs quotidiens. Le DS ne marque pas de différence entre CSS « confirmés » et FF, l'intégration dans le groupe cadres et l'implication dans les projets sont immédiates.

Le DS établit aussi les besoins en formation « d'adaptation à l'emploi », parfois un coaching pour une prise de fonctions facilitée et sereine. Chaque prise de poste doit être personnalisée et accompagnée de formations spécifiques aux besoins du CSS (gestion de projets, initiation aux finances, ...).

Enfin, au moment du concours sur titres, le DS peut préparer le CSS à se présenter devant un jury, à valoriser son vécu au cours de l'année et sa projection dans la fonction.

2.2.4. Les réflexions et les suggestions des professionnels

Au cours des entretiens, nous avons recueilli des réflexions et des commentaires proposés dans cette sous-partie. Les DS n'ont pas élaboré de politique d'accompagnement propre aux CSS, ils envisagent plutôt de construire une politique globale d'accompagnement.

L'accueil et l'intégration du nouveau CSS demandent une attention particulière puisqu'ils impactent le ressenti du CSS, sa projection dans la collaboration avec le DS et sur une prise de fonction favorable. Le processus de sélection des CSS est très important, le DS a besoin de collaborateurs loyaux pour éviter un contre-pouvoir délétère.

L'accompagnement par les DS est essentiel, il doit être le premier recours du CSS. Le DS construit une cartographie des compétences lui permettant de placer les bonnes

personnes sur les bons postes, dans la complémentarité. La diversité des profils, des parcours des CSS et leur expertise apportent des ressources qui enrichissent la direction des soins. Les DS remarquent qu'il n'existe pas d'équité dans l'accompagnement des futurs CSS dans leur prise de fonction.

Le DS n'est pas en concurrence avec les pôles. Sa priorité est pour l'établissement, il a un rôle dans la coordination, l'organisation, la gestion de projets, il n'existe pas d'ambiguïté et certains DS ont précisé : « nous avons la place que nous voulons bien prendre ». La collaboration est véritable sur tous les projets et les réflexions, il y a une fédération autour d'un projet établi ensemble pour un ordre de marche ensemble, une vraie équipe. Le DS a une vision institutionnelle, utile pour le bon fonctionnement du pôle, le CSS a une vision micro, celle du pôle. Le groupe de CSS doit porter des valeurs saines et dynamisantes, sur la base d'une confiance réciproque : donner sa confiance motive. La suspicion ou la recherche de la confiance de l'autre entraîne une perte de temps, limite la prise d'initiatives et la réactivité. C'est contre-productif et délétère pour l'investissement du professionnel.

Les DS ne pensent pas que le CSS ait besoin d'une formation diplômante sur le même modèle que la formation des CS et des DS : ils ont déjà une formation en management, acquise lors de la formation CS. En revanche, une formation en alternance (un master pour ouvrir une dynamique de formation universitaire ou une formation d'adaptation à l'emploi) s'avère utile et intéressante par le recul et la vision extérieure qu'elle peut apporter. Cette formation apporte un autre éclairage, permet de développer son réseau extérieur à l'institution, de rencontrer d'autres personnes ressources, de comparer les contextes institutionnels différents. Deux CSS amenés à suivre une formation d'adaptation à l'emploi ne partent pas ensemble sur la même période afin de prendre du recul par rapport à son établissement et ses interlocuteurs quotidiens.

Pour les CSS, la manière d'occuper le poste différencie un CS pouvant se projeter sur une fonction de CSS ou pas. Cela ne s'apprend pas, il faut une légitimité et des valeurs humaines reconnues par les autres, démontrer que le CSS est là pour pérenniser le système, être une plus-value dans l'institution. Un CSS n'est pas déterminé pour un pôle ou des missions transversales, le CSS est « fait pour la fonction ». D'où l'importance de repérer la motivation des candidats sur cette fonction (le travail en réseau et avec l'équipe médicale, les patients, les soignants, les futurs métiers...). La méconnaissance de l'institution et du pôle ne sont pas des freins à la prise de fonctions mais oblige le CSS à un temps de découverte et d'appropriation indispensable pour établir la cartographie de son champ d'intervention.

2.3. L'analyse et la validation des hypothèses

La synthèse des entretiens met en évidence des opinions et propositions communes aux DS et CSS.

Le talent des futurs CSS est parfois détecté par les CSS et DS sans que le candidat n'ait manifesté son souhait de devenir CSS, ce repérage intervient dans les missions du DS et dans une stratégie managériale de valorisation des cadres. Le DS fera le choix de la personne et non un choix par dépit. Le profil « intéressant » d'un candidat dépend aussi des moyens qu'il se donne pour être repéré. Sont repérés ceux pouvant encadrer une équipe de CS à travers des compétences managériales solides, à travers leur implication dans des missions transversales, ceux ayant des capacités d'analyse critique. Les DS favorisent la promotion interne parce qu'ils ont l'opportunité de repérer le futur CSS tout au long de son parcours et de reconnaître le potentiel de ces professionnels. Outre cette reconnaissance, le sentiment d'appartenance à l'institution est mis en avant et ouvre la voie à la fidélisation des personnels et l'attractivité de l'institution. En effet, les professionnels seront davantage motivés, investis et impliqués s'ils savent pouvoir être reconnus et accompagnés dans leurs projets de développement des compétences et évolution de carrière.

Le DS ne ferme pas la porte au recrutement externe puisqu'il souhaite avant tout placer le bon CSS sur le bon poste ou sur la bonne mission. Ce professionnel apportera une approche nouvelle et un regard critique sur les organisations, un partage d'expériences. La formation initiale du CSS intervient globalement peu dans le choix d'affectation, c'est bien le profil et la vision stratégique du professionnel qui conduit le DS à le recruter et à le positionner sur telle ou telle mission. La rédaction d'un projet professionnel permet au DS d'évaluer la maturité du projet et la représentation professionnelle du candidat, sa projection sur ces nouvelles fonctions. Ce projet écrit puis exposé oralement devant un jury permet le cheminement individuel du CSS et la mesure du chemin à parcourir pour construire sa nouvelle identité professionnelle. Le parcours d'accompagnement personnalisé organisé par le DS, en amont et en aval de la prise de poste, la formation d'adaptation à l'emploi ou le master 2 sont sources de questionnements, de partage, de prise de recul et de prise de conscience et, pour certaines formations, d'apports techniques (outils, finances...) et d'analyse sur son positionnement (coaching). Ce parcours de formation participe également à la CI professionnelle du CSS.

Nous pouvons ainsi valider l'hypothèse suivante : Un accompagnement d'adaptation à l'emploi organisé par un DS est nécessaire à une prise de fonction sereine d'un futur CSS afin de répondre aux exigences du poste.

Accompagner le CSS sur ses nouvelles fonctions, c'est aussi lui aménager un accueil bienveillant et lui donner les moyens de vivre une intégration réussie au sein de l'équipe d'encadrement. C'est aussi créer l'environnement propice à une collaboration saine et pertinente, avec le chef de pôle et le corps médical, en intégrant l'avis du chef de pôle dans le choix du candidat, quand il s'agit d'un pôle, et d'être reconnu dans sa nouvelle fonction par le chef d'établissement et les directeurs adjoints. Le DS assure au nouveau CSS un accompagnement organisé et anticipé, des formations adaptées pour favoriser la performance sur son poste et donner l'opportunité au CSS d'être un atout et une ressource pour le DS, ses collègues, l'institution.

Les besoins exprimés par les CSS sont d'être réassurés sur leurs initiatives et prises de décisions par un pair, pour des questions techniques et de pratiques quotidiennes et, par le DS, avec qui une relation de confiance laissera toute l'autonomie nécessaire au CSS dans sa gestion de pôle et ses missions, tout en restant disponible et accessible, un DS facilitant la collaboration et considéré comme une personne ressource dans la stratégie managériale.

Nous pouvons valider également l'hypothèse suivante : L'accompagnement professionnel du futur CSS participe à l'objectif du DS d'instaurer un environnement favorable à la cohésion et à l'expression de l'intelligence collective au sein de l'encadrement supérieur.

Les attentes du DS sont dépendantes d'un collectif cadres positif, réuni autour de valeurs managériales partagées : la loyauté, la confiance, la disponibilité, un fort sentiment d'appartenance à la direction des soins. Les pôles impliquent une nouvelle distribution des rôles, des responsabilités, des pouvoirs, des relations entre le CSS et le DS. Ce dernier met en avant la collaboration et intègre l'autonomie de gestion du CSS au sein des pôles dans sa stratégie managériale. Les CSS sont les relais dans les pôles et, par leur position, sont amenés à décliner le projet de soins et les projets institutionnels, à mettre en œuvre les actions déterminées avec le DS et le collectif CSS, selon la situation de l'établissement. Le DS apparaît comme un fédérateur, un leader donnant le cap à suivre.

Être CSS affecté sur un pôle ou rattaché à la DS implique quelques similitudes dans l'accompagnement sur les nouvelles fonctions : dans les deux situations, l'accompagnement est à personnaliser en fonction des missions du CSS, des formations sont à adapter aux besoins exprimés par le CSS, l'intégration et l'accueil sont à garantir, l'autonomie et la confiance sont à instaurer comme base de la relation et de la collaboration avec les autres CSS et avec le DS. Ce dernier réalise l'évaluation annuelle, est responsable des personnels paramédicaux par délégation du chef d'établissement.

Les différences résident dans les missions confiées au CSS et le fonctionnement spécifique du pôle, sa gouvernance par le trio de pôle et l'implication du CSS dans les décisions et la gestion de pôle.

Le système de santé se réorganise encore à la suite de la crise sanitaire 2020 et proposera d'autres évolutions que le DS devra intégrer dans sa stratégie managériale comme autant d'étapes et d'adaptations au service de l'institution et des usagers.

Nous pouvons proposer la validation de l'hypothèse qui suit : Les dernières évolutions du système de santé ont impacté et modifié la politique managériale du DS et développé son leadership.

L'enquête a démontré que l'identité professionnelle du CSS se construit à partir d'un ensemble de facteurs favorisant le cheminement et la maturation du projet professionnel. Un accompagnement, orchestré par le DS, amène le CSS à une représentation réaliste de sa fonction et à un positionnement facilité sur ses nouvelles missions.

L'absence d'accompagnement par un DS n'empêche pas un CSS de construire son identité professionnelle mais l'expérience et le retour des CSS, ayant vécu cette situation, font état d'un manque et d'un regret évitables. Les DS et CSS rencontrés sont unanimes sur l'importance d'accompagner la CI d'un CSS et sur le rôle majeur du DS dans cette CI.

Il nous paraît possible d'envisager des préconisations dans ce domaine, à l'attention des DS et des CSS, en étant conscients de la forte disparité existante dans l'accompagnement des CSS sur leur nouvelle fonction et sur le territoire national.

Nous vous proposons des préconisations susceptibles d'être introduites dans une politique managériale d'accompagnement, elles sont issues, en partie, du retour d'expériences des DS favorables à cette mesure.

3 La construction identitaire du cadre supérieur de santé : un enjeu individuel et collectif

La notion d'accompagnement a été évoquée dans les différents propos recueillis auprès des professionnels rencontrés. Le terme accompagner regroupe 3 cadres sémantiques⁶⁵ : conduire avec l'idée de mener quelqu'un quelque part en étant à la tête du mouvement, guider en montrant le chemin en veillant à la marche dans une certaine direction, et escorter pour guider, protéger, surveiller.

Dans cette troisième partie, nous évoquerons les préconisations possibles dans le contexte de la sélection du futur CSS, la mise en situation réelle et la formation. Ensuite, nous aborderons la relation entre le DS et le collectif de CSS, l'intégration du CSS et la collaboration avec le DS. Puis, nous terminerons avec la politique d'accompagnement du DS à l'échelle locale et territoriale, la plus-value du GHT et l'émergence d'une identité professionnelle.

3.1. Le processus de sélection

3.1.1. La recherche du bon profil

Le DS a la responsabilité de l'encadrement et garantit le bon fonctionnement des services de soins. Il nous paraît très important de réaliser un focus sur la sélection des candidats. Déterminer le bon profil pour le bon poste et au bon moment s'anticipe et s'organise. Les CSS en poste repèrent les bons profils parmi le personnel d'encadrement sous leur responsabilité et peuvent initier ou accompagner le projet professionnel du CS. Les DS sont amenés également à identifier les potentiels CSS. Mais quel est le profil à repérer ? La démarche est particulière dans le cas d'une candidature extérieure (sur un poste vacant ou une candidature spontanée). Le DS peut éventuellement contacter son collègue DS pour déterminer le profil du candidat extérieur et, dans une première approche du postulant, le joindre par téléphone ou le rencontrer afin d'évaluer son potentiel. Le DS peut évidemment forger son opinion sur les évaluations annuelles antérieures, la lettre de motivation et le CV, les retours des entretiens possibles avec d'autres interlocuteurs participant à la sélection (chef de pôle, DRH, ...). Toutefois, le DS a une vision partielle du profil du professionnel et doit s'appuyer également sur son « intuition », son expérience dans le recrutement.

Il nous paraît nécessaire que le DS ouvre **une réflexion** avec les CSS sur les éléments de profil attendus sur le poste et dans la fonction (le positionnement, la projection dans la

⁶⁵ Maela PAUL, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, 2004, p.69-71

fonction, la connaissance du contexte territorial, ...). En effet, un bon CS n'est pas forcément un bon CSS, les métiers sont différents, la manière dont le CS occupe son poste peut permettre de repérer le bon profil de CSS. Ensuite, **les fiches de poste et les fiches missions** peuvent être élaborées dans l'objectif d'établir une cohésion et une visibilité entre les CSS. Ces fiches posent les bases des compétences, du savoir-faire et du savoir-être recherchés. Elles peuvent mentionner l'aptitude à s'impliquer dans des missions transversales sur lesquelles le candidat démontre sa capacité à encadrer ses pairs, et les éléments spécifiques du poste...ce qui est défini par le DS et l'encadrement supérieur. La personnalité singulière du candidat complète le tout.

Les CSS sont les collaborateurs sur lesquels le DS appuie sa stratégie managériale, il constitue son équipe (autant que possible) et par la même sa cartographie de compétences. Le DS choisit le CSS et ne recrute pas nécessairement un candidat expert dans un domaine particulier, l'expertise n'est pas un gage d'une prise de poste réussie. L'évaluation des compétences du CSS, au moment du recrutement, son expérience, son parcours, sa réflexion et son positionnement professionnels, sa personnalité permettent de poser les objectifs à atteindre et les compétences à acquérir ou à développer qui en feront un atout de la DS.

La détermination des compétences et du potentiel du CSS est facilitée par **la rédaction du projet professionnel ou une lettre de motivation**, utile à la fois pour le DS et le candidat. Ce projet contiendrait l'expérience professionnelle, les motivations, la projection dans la fonction CSS, le positionnement par rapport au contexte actuel (le territoire et les contraintes du poste), la vision de l'encadrement supérieur. Ce projet est abordé lors d'un entretien avec le DS qui peut être accompagné d'un CSS expérimenté ou un professionnel qu'il juge pertinent pour évaluer la maturité du projet. Ensuite, le DS peut organiser d'autres entretiens avec un chef de pôle, le DRH, le chef d'établissement, ...selon le contexte et la démarche retenue dans l'institution.

Le DS et les CSS expérimentés interviennent parfois au moment de la rédaction du projet pour faciliter le passage à l'écrit des idées, des arguments et favoriser un rendu pertinent et construit, mature.

La sélection peut intégrer aussi la préparation du candidat à s'exprimer devant un jury lors du concours sur titres dont les contours sont à définir et à formaliser, puisque la réglementation laisse à l'appréciation du chef d'établissement le choix de recevoir ou non le candidat.

Pour les CS dont le potentiel est repéré mais sans projet professionnel encore véritablement construit ou pensé, le CSS et/ou le DS peuvent initier et accompagner la réflexion et la projection sur la fonction de CSS pendant plusieurs mois et fournir les arguments pouvant amener le CS à faire évoluer son projet professionnel.

3.1.2. La mise en situation réelle de la fonction

La fonction de CSS n'est pas une continuité logique d'ascension professionnelle : tout CS ne devient pas CSS. L'importance de la fonction et des missions confiées aux CSS incite à une mise en situation encadrée du futur CSS dans l'objectif de proposer une prise de poste plus sereine à un professionnel averti. Le CS a souvent démontré une appétence pour les missions transversales et un management adapté vis-à-vis de ses collègues CS. L'accompagnement du CSS peut être envisagé dans **un parcours professionnalisant** où le cadre est positionné en tant que faisant fonction sur la gestion d'un pôle (parfois l'affectation est organisée dans un pôle de petite taille pendant 2 ans avant d'intégrer un pôle plus grand) ou sur des missions transversales pour appréhender la fonction et le positionnement à avoir. La mise en situation peut associer un coaching, des formations, un tutorat, réalisé par un CSS référent volontaire, dont la durée évolue selon les besoins établis en commun (entre le futur CSS et son tuteur) sur la base de la fiche de poste et les missions déterminées par le DS. Nous pouvons également envisager l'organisation d'un stage d'immersion auprès d'un CSS expérimenté lorsque l'affectation sur un poste vacant est prévue à moyen ou long terme.

La représentation réaliste de la fonction permet de l'incarner au lieu de la subir en étant affecté directement sur le poste, avec un décalage possiblement déstabilisant entre la représentation et la réalité. Ce parcours individualisé s'élabore avec le futur CSS concerné, l'encadrement supérieur et le DS, en fonction de l'expérience professionnelle du candidat, les besoins exprimés et observés et le poste à occuper. Il permet, entre autres, de prendre conscience, d'appréhender le fossé entre l'encadrement d'une équipe de soins et une équipe de cadres de santé

Cette mise en situation autorise **une autonomie** laissée au CSS dans la découverte de ses nouvelles fonctions. Le personnel d'encadrement revendique cette autonomie et l'appropriation personnelle de leur future mission. Cette part d'autonomie permet de réaliser un état des lieux, de porter un regard neuf et critique sur le contexte et l'environnement, un diagnostic de l'existant. Cette période d'appropriation de la fonction est souvent prévue sur une période d'un an en tant que FF avant le concours sur titres. Un **rapport d'étonnement** peut compléter cette approche individuelle, au moment de la mise en situation et à la fin de la période de faisant fonction. Il participe à l'évaluation du contexte, du cadre environnemental dans lequel se projette le CSS. Il contribue à sa construction identitaire par l'investissement qu'il engage sur son nouveau poste et la reconnaissance qu'il en tirera au cours des échanges réalisés avec les interlocuteurs concernés par son champ d'intervention.

3.1.3. Le levier de la formation dans la construction identitaire

Les DS favorisent et incitent l'encadrement à suivre **une formation universitaire** (de type master) ; certes, ce n'est pas un gage de compétences mais plutôt un apport supplémentaire d'outils, la possibilité de prendre du recul par rapport à ses missions. Cette formation offre une certaine reconnaissance grâce à l'obtention d'un diplôme exigeant et valorisant, une possibilité de développer un réseau plus large. Dans son rapport⁶⁶, l'IGAS incite à la formation des cadres de pôle pour ces fonctions particulières. R.Sainsaulieu⁶⁷ explique que « les apports théoriques et pratiques proposés lors d'une formation permettent d'obtenir une sorte de refuge transitoire pour aider au passage entre l'ancien milieu d'appartenance et le nouveau à construire ».

Pour lui, **la formation permanente** provoque une évolution des structures mentales quand les relations d'enseignement et d'apprentissage ont été suffisamment longues et intenses : les modalités d'échanges, de négociation et d'information entraînent le professionnel à prendre du recul sur la cohérence antérieure de ses systèmes de représentation et de références, et un regard nouveau sur les logiques d'acteurs collectifs et individuels existants dans l'institution.

Cette période de formation participe pleinement à la construction de la nouvelle identité du CSS. Pour R. Sainsaulieu⁶⁸ : « une expérience de formation, par les relations intimes et exceptionnelles qu'elle développe, peut entraîner chez tout individu une sorte de crise d'identité, car elle donne l'occasion de prendre conscience du poids de ses armes dans une relation interpersonnelle pour obtenir la reconnaissance et de sentir toute l'importance des moments de soutien affectif que l'on trouve au gré des alliances multiples qui s'élaborent tout au long de l'expérience du groupe. C'est un affrontement des désirs et la prise de conscience de leurs armes sans la protection des structures sociales habituelles ».

D'autres **formations de courte durée et sans processus de diplomation** répondent à des besoins spécifiques liés à la prise de poste tels la gestion de projet, l'initiation aux finances, le perfectionnement du management, la communication, la gestion du groupe cadres. Comme la formation d'adaptation à l'emploi de plus en plus proposée aux CSS, ces formations étalées sur plusieurs périodes de quelques jours sont à privilégier hors de l'institution, et sans autre professionnel du même établissement et, si possible, du même GHT. L'idée est de pouvoir extraire le CSS du contexte institutionnel, de prendre du recul, de partager les expériences avec de nouveaux interlocuteurs et pairs, de comparer et d'enrichir ses pratiques, son réseau, de développer son esprit critique et son ouverture à d'autres organisations.

⁶⁶ YAHIEL, MOUNIER, *op.cit.* (note 13)

⁶⁷ SAINSAULIEU, *op.cit.* (note 26), p.298

⁶⁸ SAINSAULIEU, *op.cit.* (note 26), p.297

Le CSS a une expertise managériale, l'expérience professionnelle d'un soignant, une capacité d'adaptation et d'ouverture, des compétences spécifiques et des qualités personnelles qui nécessitent plus un complément qu'un véritable apprentissage. Il s'appuie sur des bases solides et développe un nouveau positionnement que la formation sous toutes ses formes dévoile, comme un déclic à la prise de conscience d'avoir un nouveau « costume » à endosser.

3.2. Le DS et le collectif de cadres supérieurs de santé

3.2.1. Le collectif de cadres

L'accompagnement revêt différentes formes⁶⁹ : nous pouvons citer le compagnonnage, le mentorat et le tutorat. Le compagnonnage désigne une fonction de socialisation où un individu se joint à un autre individu pour aller où il va et en même temps que lui. Le mentorat propose une relation de soutien, d'aide transitoire entre un novice et un guide expérimenté pour l'acquisition d'un savoir-faire. Dans la situation professionnelle qui nous concerne, nous nous attacherons au **tutorat** qui peut se définir comme une « relation d'aide qui permet la prise en main, le diagnostic par la découverte entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail et comme élément d'un dispositif visant à rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice. Le tuteur n'a plus la fonction de modèle mais de facilitateur, permettant la réflexion au cœur de l'action ».

Le collectif est une force, il crée et constitue le groupe, empreint de valeurs managériales partagées, donnant la couleur à la politique des soins, avec des valeurs humaines permettant de se reconnaître. Le DS utilise la communication managériale comme levier et outil permettant de fédérer ce collectif, il donne le cap et l'impulsion, la dynamique à ce collectif.

La communication managériale⁷⁰ a pour « objectifs d'informer efficacement (dans les échanges, le dialogue avec ses collaborateurs), de maintenir le lien, de participer et de renforcer l'appartenance à une même organisation, d'œuvrer pour l'intelligence collective, de partager les valeurs et la culture, de mener les transformations au succès, de ramener l'humain au cœur de l'institution, d'instaurer un climat de confiance et une cohésion d'équipe. Cette communication nécessite une écoute active, une capacité à communiquer avec autrui, une intelligence émotionnelle (reconnaître, contrôler et utiliser ses émotions à bon escient) et de l'empathie pour instaurer un climat de confiance et de l'authenticité, du

⁶⁹ PAUL, *op.cit.* (note 64), p.37

⁷⁰ Raphaëlle GRANGER, *Comment manager une équipe ? Communication managériale-Savoir transmettre un message à son équipe*, (Lien internet) Manager-go.com : savoirs et savoir-faire pour cadres et dirigeants pressés, août 2020

charisme et du leadership pour oser prendre sa place, affirmer ses choix, inspirer, motiver, être entendu et respecté ».

Le collectif cadres conduit par le DS est respectueux de chacun sur son poste, il doit réellement proposer une collaboration entre les uns et les autres, une confiance et un partage des pratiques, des idées, un avis sur des échanges et projets portés à la connaissance du groupe et une coordination entre tous les domaines d'exercice de l'encadrement, pour que l'expression « travailler ensemble » soit réel et pérenne.

3.2.2. L'intégration du cadre supérieur de santé

Le nouveau CSS intègre une équipe de proches collaborateurs du DS, que ce dernier a constitué et choisi autant que possible, au fur à mesure des recrutements. Chaque CSS est un talent recruté pour sa différence, sa complémentarité, le partage de valeurs communes avec ses pairs et le DS, sa personnalité, son implication pour former un collectif plus fort...d'où l'importance d'une intégration organisée et réussie. Après avoir procédé au recrutement et à l'élaboration du parcours professionnalisant personnalisé, l'accompagnement par un pair prend tout son sens, puis à un autre niveau, la supervision de cet accompagnement par le DS qui sollicite le tuteur. **Le tutorat** se fait par un professionnel aguerri et volontaire dans la démarche, qui n'est pas nécessairement la personne que le CSS remplace. Cela peut être un « parrain » d'un autre pôle ou d'un autre site qui apporte une réassurance sur des prises de décisions opérationnelles et sait laisser la bonne marge d'autonomie, pour être là sans être de trop. Nous pouvons organiser **une journée d'intégration** par un pair, qui se charge de la visite de l'établissement ou du pôle (en fonction du recrutement), de la présentation des personnes ressources.

L'intégration par le DS consiste aussi en **l'accueil** du CSS suivant **un rituel officiel de présentation** à ses collègues comme une intronisation, autour d'un café ou lors d'une réunion d'encadrement particulière, puis d'une rencontre avec les membres de la direction qui sont des partenaires au quotidien. Le chef de pôle, le PCME et le corps médical, l'équipe de cadres de proximité et les équipes soignantes ont l'occasion de rencontrer et d'échanger avec le CSS sur d'autres temps formels et informels. En cas d'affectation à la DS, les missions confiées au CSS peuvent être clarifiées et explicitées par le DS à l'ensemble des personnels (note d'information, réunions, ...).

Dans le cas d'une affectation sur un pôle, le chef de pôle est concerté dans le recrutement du CSS, même si celui-ci ne participe pas au recrutement directement, en tant que DS, nous proposons de favoriser un binôme serein en s'assurant d'une bonne entente entre le chef de pôle et le CSS pour le bon fonctionnement du pôle.

Nous proposons également d'échanger avec le chef d'établissement sur le choix du CSS et d'organiser une rencontre avec le CSS au moment de sa prise de fonctions et quelques mois après, selon la décision du chef d'établissement.

D'autres occasions ponctuelles ou régulières sont l'opportunité d'intégrer le CSS comme les séminaires, les réunions d'encadrement entre les CSS et le DS, la collaboration sur les projets, et également lors d'analyse des pratiques professionnelles, les rencontres informelles (repas, temps d'échanges, ...).

3.2.3. La collaboration avec le DS

Le recrutement que réalise le DS est certes stratégique puisque l'objectif est l'affectation ou les missions confiées à la bonne personne sur le bon poste mais une part personnelle et subjective existe. Le DS choisit le CSS pour ses compétences et ses qualités humaines, professionnelles qui résonnent **comme un écho à ses propres valeurs**. La collaboration naît et perdure grâce à la confiance, la loyauté entre les deux parties : le DS ne choisit pas un candidat avec lequel il ne souhaite pas travailler ou qui ne correspond pas à ses attentes.

Le DS porte une attention particulière à la mise en place d'un **accompagnement personnalisé**, il est marqué de temps d'échanges réels et réguliers déterminés (souvent, 1 fois par mois), construits, avec un point sur les objectifs définis dans une feuille de route évolutive, au fur et à mesure de l'appropriation des missions et du contexte par le CSS. Ce point ou bilan n'est pas une évaluation mais une base d'échanges constructifs qui permet au CSS de se réassurer sur des prises de positions, de sentir l'appui et le soutien du DS, de partager son opinion sur des difficultés pratiques et relationnelles, de ne pas se sentir seul et éviter l'hésitation ou la prise de décisions malencontreuses.

Pour ces raisons, la **disponibilité du DS** est essentielle, même en-dehors de ces temps formalisés. Le CSS est autonome dans ses missions et également dans la sollicitation du DS : à lui de déterminer à quel moment il fait appel au DS et à quel moment il doit l'informer d'une situation, pour nous, il est important que le CSS sache qu'il peut compter sur le soutien du DS et, en cas d'erreur d'appréciation du CSS, la confiance et la loyauté établies entre les deux parties permettent d'échanger sur le sujet et de tirer des conclusions ou de proposer des actions qui peuvent servir à l'ensemble du groupe cadres.

Une réflexion sur la place du cadre et le soutien proposé dans l'établissement peut aboutir à la rédaction d'une charte managériale qui prônerait **un management éthique**⁷¹. Cette

⁷¹ Pascal FORCIOLI, *L'éthique du management en santé : de quoi parle-t-on ?* (Lien internet) ManagerSanté.com, n°1, juin 2019

charte peut regrouper et mettre en avant les valeurs de cet accompagnement comme un engagement du collectif cadres et de la direction des soins : « une bienveillance, une solidarité, une cohésion, un respect des personnes, une aide face aux difficultés, une attention aux besoins de ses collaborateurs, une autonomie, une équité », ...toutes les valeurs que le groupe cadres souhaite défendre au sein de leur institution et porter à la connaissance des professionnels.

Cette démarche part d'une posture réflexive individuelle pour s'élargir vers le développement d'une culture de l'éthique en management au stade collectif : ouvrir le dialogue, associer les acteurs, donner de l'importance à l'autre, lui donner la parole, lui laisser la possibilité de s'exprimer, dire ce qu'il souhaite même s'il n'est pas satisfait, partager les décisions.

3.3. La politique d'accompagnement du DS à l'échelle de son établissement et du GHT

3.3.1. La politique d'accompagnement du DS

Une des compétences du DS⁷² est la gestion et la coordination du développement des compétences des professionnels paramédicaux. Dans sa politique managériale, le DS peut intégrer cette compétence dans un axe institutionnel dédié à l'accompagnement, selon les parcours professionnels à déterminer, qui peut être porté à la connaissance des personnels paramédicaux et accessible à tous (gestion documentaire intranet). Elaborer une démarche d'accompagnement des parcours professionnalisants engage à prendre en compte des exigences spécifiques⁷³ : l'intégration, l'autonomisation et l'individualisation dans un rapport à l'environnement, à autrui, à soi-même. **La politique d'accompagnement** doit viser à définir la place du professionnel dans son groupe social et sa culture d'appartenance spécifique, sa construction identitaire singulière, son insertion dans l'ordre de l'humain.

Dans le cas qui nous concerne, **la formalisation de documents écrits** dans cette politique d'accompagnement permet de présenter les contours et les responsabilités du CSS sur son poste, avec des missions personnalisées sur une fonction rattachée à la DS, et plus précises en cas de CSS de pôle, en lien avec l'obligation de résultats observables (tableaux de bord, des indicateurs plus visibles). Il s'agit de formaliser dans cette politique⁷⁴ « les profils de fonction des CSS, de mettre en place un outil d'évaluation des CS à exercer cette fonction, de valider institutionnellement les projets des candidats, d'accompagner le CS dans sa construction des représentations de la fonction par une

⁷² Référentiel métier, *op.cit.* (note 31)

⁷³ PAUL, *op.cit.* (note 64)

⁷⁴ KANITZER, MANGEONJEAN, HERCE, *op.cit.* (note 39), p.49

mise en situation, la formation continue ». D'autres éléments peuvent être cités comme la réalisation d'une auto-évaluation, le rapport d'étonnement à la prise de fonction du CSS puis quelques mois après, ces rapports peuvent concourir à améliorer la politique d'accompagnement dans l'objectif de cerner davantage les besoins et attendus des CSS, de rendre le processus plus performant.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut être un outil de réflexion partagée, avec les soignants, participant à la construction de cette politique d'accompagnement destinée à l'ensemble des professionnels avec la diffusion des valeurs défendues par la direction des soins. La politique d'accompagnement peut être présentée aux différentes instances, être accessible sur la gestion documentaire intranet, le livret d'accueil du nouvel arrivant, les réseaux sociaux, les sites internet de l'établissement...

L'impact positif souhaité par cette démarche de rédaction d'une politique spécifique à l'accompagnement des professionnels est celle de l'affichage d'une reconnaissance et de l'implication de la direction des soins (CSS et DS) dans la promotion professionnelle, ce qui est un facteur d'attractivité et de fidélisation. Cet impact existe s'il n'y a pas de divergence entre l'affichage des propos et le réel.

Le DS a conscience de ses propres responsabilités et de l'importance de l'exemplarité : pour que les valeurs affichées soient diffusées et se ressentent à chaque strate hiérarchique, il doit les promouvoir en assurant la collaboration, et tenir ses engagements.

3.3.2. La plus-value du GHT

Depuis la loi⁷⁵ de modernisation du système de santé de 2016, les établissements de santé regroupés en GHT ont l'obligation de réfléchir et de collaborer, dans une logique territoriale, sur les parcours et filières de soins, le plan de formation continue et de développement professionnel continu, le système d'information hospitalier, les achats, ...

Le projet de soins partagé élaboré par l'ensemble des présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) des établissements parties du GHT peut être amené à proposer un axe dédié au management.

Certains établissements de santé n'ont pas de DS du fait de la configuration institutionnelle, ce sont souvent des établissements de taille modeste ou en direction commune où le CSS est seul. Ce dernier a une responsabilité équivalente à celle d'un CSS affecté à un pôle mais il n'a pas de proximité et de liens directs avec des pairs ou un supérieur hiérarchique issu du soin. Lors du recrutement et de la prise de fonction, son accompagnement est limité voire inexistant. L'accompagnement des CSS pourrait devenir

⁷⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

un des enjeux de la CSIRMT. Les membres de la CSIRMT du GHT peuvent impulser une dynamique territoriale d'accompagnement à la prise de fonction du CSS.

La mutualisation des moyens et l'optimisation des activités sont recherchées dans le cadre du GHT et pourraient se traduire par **un parcours de mise en situation réaliste de la fonction de CSS**, un stage d'immersion riche d'expériences variées possibles et d'interlocuteurs pertinents dans un réseau plus large. Un parcours territorial de filières, de pôles, de missions transversales pourraient être proposé, avec la possibilité de partager l'expérience de personnes ressources dont les activités, les compétences, les talents et les appétences répondraient aux besoins et demandes exprimés par le CSS à travers son projet professionnel.

Le projet de soins du GHT peut uniformiser les pratiques et politiques d'accompagnement pour devenir **une politique d'accompagnement partagée** destinée au personnel de l'encadrement et plus largement, aux professionnels paramédicaux identifiés.

Cette politique d'accompagnement territoriale peut amener les soignants à percevoir autrement le territoire, à repérer ses bénéfices potentiels. Elle permettra d'impliquer, de favoriser les échanges et les rencontres entre l'ensemble des acteurs, la connaissance des institutions réparties sur un même territoire, en prenant en compte les limites, les contraintes techniques et humaines de chaque établissement isolé dans son fonctionnement hors du GHT.

Accroître et affermir les relations entre les différentes institutions pourra favoriser l'adhésion des personnels au projet de soins du GHT, ainsi, la pertinence et la qualité de la coordination territoriale s'en trouveront renforcées, facilitées, donnant du sens et de nouvelles opportunités aux DS et à l'encadrement.

L'organisation de l'accompagnement des CSS sur un même territoire pourrait être dévolu à un CSS en missions transversales, une nouvelle mission de tutorat à mettre en valeur et à faire évoluer selon les besoins. Cette fonction pourrait tendre vers une uniformisation des pratiques managériales favorisant l'émergence d'une identité professionnelle des CSS sur un même territoire, avec la coordination d'un parcours d'accompagnement sous la responsabilité d'un DS du GHT (DS de l'établissement support ou à tour de rôle sur une période définie au préalable).

3.3.3. L'émergence d'une identité professionnelle

En 2009, le rapport de C. de Singly⁷⁶ sur « les cadres hospitaliers » évoque le besoin de représentativité des cadres, de se définir par l'identification à une communauté

⁷⁶ Chantal DE SINGLY, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 2009, 125p.

d'appartenance. C.Dubar⁷⁷ explique que la notion d'identité sociale apporte une reconnaissance des savoirs, une légitimité des compétences individuelles et une valorisation de l'image de soi. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les modifications de la gouvernance apportée par la loi HPST a donné une nouvelle orientation de leurs responsabilités, appréciée par les CSS, une clarification de leurs missions, avec un aspect budgétaire prégnant, une nouvelle implication dans l'hôpital. Puis en 2016, la loi de modernisation du système de santé a introduit le GHT et sa logique territoriale. **Ces deux lois ont changé le métier⁷⁸**, l'encadrement occupe de nouvelles responsabilités managériales avec un hôpital entreprise dans lequel véhiculent la performance managériale, l'innovation technologique et numérique, une culture du résultat à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs dans un processus de production de soins, identique au secteur privé.

Un certain malaise identitaire existe chez les cadres de santé paramédicaux, lié aux contraintes et injonctions paradoxales, à la multiplicité des logiques professionnelles et des cultures (culture médicale, logistique, administrative, ...), aux interfaces (plus de 200 métiers différents à l'hôpital) limitant l'action stratégique du CSS et rendant difficile la perception et la mesure de son activité quotidienne. Certes, la dynamique de changement permanent donne l'opportunité de développer de nouveaux talents stratégiques (leadership agile), de s'ajuster aux évolutions culturelles profondes des organisations hospitalières et de démontrer les compétences et qualités professionnelles des CSS. Mais, le risque existe de perdre le sens, les repères, de se trouver en difficultés et seul. **La reconnaissance des pairs et des différents acteurs, la force du collectif de CSS permettent l'émergence d'une identité professionnelle reconnue et entendue.**

Il nous semble important de **construire une culture professionnelle** propre aux CSS pour faire face aux contraintes multiples de la fonction, à l'instabilité et au climat incertain produits par les mutations et la complexification du système hospitalier actuels et à venir. Cette culture débute à l'échelle institutionnelle mais est très disparate actuellement, tout comme l'accompagnement. Elle pourrait s'étendre au territoire, comme évoqué précédemment, et se poursuivre à une échelle nationale grâce à un accroissement des écrits des managers dans la presse nationale, des rencontres et colloques de l'encadrement supérieur, l'universitarisation⁷⁹ qui permet également une uniformisation des pratiques managériales participant à l'émergence d'une identité professionnelle et, également, le développement des outils numériques modifiant les processus de formation, d'échanges et de partage des cadres et dirigeants.

⁷⁷ DUBAR, TRIPER, *op.cit.* (note 24)

⁷⁸ Jean-Luc STANISLAS, *Réformes hospitalières : quelles stratégies managériales pour les cadres hospitaliers ?* (Lien internet) ManagementSanté.com, août 2007

⁷⁹ GUILLON, *op.cit.* (note 14)

Enfin, si nous reconnaissons la nécessité d'accompagner la construction d'une identité professionnelle du CSS et les bénéfices du processus de formation dans cette construction, nous pouvons nous demander pourquoi la fonction CSS n'a pas de formation diplômante à l'instar des IDE, CS et DS ? Nous nous permettons d'avancer l'hypothèse que le CSS a une expérience solide en management, issue de son parcours professionnel diversifié et de l'encadrement des équipes, faisant suite à une formation diplômante dans un institut de formation des cadres de santé. Et également, nous rappelons que le CSS a un profil, une posture et un positionnement qui le distinguent des autres cadres de santé, un talent qui ne s'apprend pas mais se développe, et qui lui permet de s'adapter au contexte actuel d'évolution rapide du système de santé.

Aucun des CSS rencontrés n'a évoqué le souhait ou la nécessité de suivre une formation diplômante pour accéder à la fonction CSS : ils ont la connaissance fondamentale de l'organisation et du fonctionnement hospitalier. Ils expriment le besoin d'acquérir de nouvelles compétences, quelques « outils » nouveaux, que des formations spécifiques peuvent apporter, et surtout d'avoir un accompagnement sur le terrain qui leur donne l'assurance nécessaire à l'exercice de leur fonction.

Conclusion

Le CS présente sa candidature à un poste de CSS lorsqu'il a acquis et maîtrisé des compétences managériales solides grâce à une expérience professionnelle diversifiée. Par délégation du chef d'établissement, le DS est en charge du recrutement et du choix de l'affectation des CSS. Les missions du CSS sont variées selon qu'il est rattaché à la DS ou à un pôle. Affecté dans un pôle, il intègre le trinôme de pôle, au côté du chef de pôle et du cadre administratif de pôle avec lesquels il partage la responsabilité décisionnelle dans le pilotage des activités du pôle (organisation des activités de soins, élaboration du projet de pôle, contractualisation avec la direction, gestion budgétaire). Il rend des comptes directement au chef d'établissement. Affecté à la DS, il est directement placé sous la hiérarchie du DS qui établit ses missions transversales, ces dernières sont de nature très diverses (gestion de l'absentéisme, du recrutement, de la recherche paramédicale, ...).

Le futur CSS se projette dans une nouvelle fonction pour laquelle il a une représentation plus ou moins exhaustive et réelle des missions. Il entame alors un processus de CI professionnelle qui évolue, se structure, se déstructure, s'élabore sur une relation étroite entre le « soi » et « autrui ». Le CSS en construction est à la fois unique par sa personnalité, son parcours de vie et ses expériences professionnelles et, « plusieurs » par son appartenance à un groupe de références qui l'unit à ses pairs et par la confrontation avec les autres, les jeux de pouvoir et les forces en présence.

Le CSS appréhende plus sereinement les changements liés à la prise de fonction s'il se sait accompagné, soutenu, reconnu et valorisé, si la relation avec le DS est empreinte de loyauté et de confiance. Evidemment, le CSS est capable de construire seul sa nouvelle identité mais il nous semble confronter à des questionnements et hésitations pouvant le mettre en difficultés sur une prise de poste.

Le DS, coordonnateur général des soins, est le supérieur hiérarchique du personnel d'encadrement paramédical. Il est membre à part entière de l'équipe de direction et participe aux décisions et orientations stratégiques de l'établissement. Il est garant de la coordination et de la performance de l'organisation des soins en vue de proposer une qualité et une sécurité des soins optimales.

Le DS s'appuie sur sa collaboration avec l'encadrement supérieur pour répondre à ses missions. Il est un leader capable de fédérer l'équipe de CSS et de créer les conditions d'un environnement de travail favorable et capacitant. Le DS s'entoure de collaborateurs chez lesquels il a repéré le talent et les compétences permettant de favoriser la performance collective. Il s'attache à valoriser les CSS grâce à une reconnaissance de

leurs qualités personnelles et professionnelles, une autonomie dans leurs missions et grâce à l'accompagnement proposé aux professionnels au travers de parcours professionnalisants.

Le rôle du DS est essentiel dans l'accompagnement du CSS dans sa nouvelle fonction : il permet de préparer le CSS à ses missions afin que celui-ci soit conscient des enjeux et du contexte institutionnel et territorial, des responsabilités et des contraintes du poste, de contribuer au processus de CI professionnelle lui permettant d'appréhender au mieux sa fonction et d'adapter son positionnement pour asseoir la légitimité de la fonction CSS.

Nous avons pu proposer les contours d'un accompagnement idéal du CSS et en déduire des préconisations et suggestions non exhaustives. Nous avons évoqué la nécessité d'une réflexion commune entre DS et CSS sur le profil attendu, l'élaboration de fiches de poste et de missions. Ensuite, nous avons établi l'importance de la mise en situation réelle de la fonction à travers un parcours personnalisé de l'accompagnement (immersion, tutorat, formations), un accueil et une intégration réfléchis et orchestrés par le DS. Nous avons ajouté l'élaboration d'une politique d'accompagnement visible et accessible aux professionnels, intégrée dans le projet de soins de l'établissement et du GHT. Finalement, nous avons proposé un objectif de construction d'une culture professionnelle spécifique aux CSS.

Le DS a la compréhension de l'analyse stratégique des organisations, ce qui lui permet de repérer le jeu des acteurs, les pouvoirs en place dans un contexte donné et ainsi de l'intégrer dans sa stratégie managériale. En constituant son équipe de CSS, le DS instaure une collaboration et établit une intelligence collective au service de la performance : d'une part, les CSS peuvent bénéficier de la vision institutionnelle globale du DS et de son expertise managériale et, d'autre part, le DS profite de la vision micro des pôles et d'un lien avec les différents professionnels de terrain.

Le DS peut ainsi asseoir la crédibilité et la fiabilité de la DS, déployer une politique et une stratégie efficaces, pertinentes, développer et maintenir les liens avec les pôles et les directions fonctionnelles, apporter son expertise au sein de l'équipe de direction au bénéfice de l'institution et des soins.

Le choix de ce sujet de mémoire est le résultat d'une expérience personnelle et professionnelle : à la suite d'une mutation effectuée dans une nouvelle région, nous avons été affectés sur un poste de FFCSS dans un ex-hôpital local. Outre la méconnaissance de l'histoire de l'hôpital, nous avons dû répondre rapidement aux exigences du poste sans relais des dossiers en cours et de tutorat. La situation aurait pu aboutir à une mise en difficultés de l'institution et de nous-mêmes. Le constat est qu'un accompagnement sur

cette nouvelle fonction de CSS aurait facilité la prise de poste et l'appropriation des missions, aurait également contribué à diminuer le temps d'adaptation, et à être plus réactif dans un environnement en pleine mutation.

Nous pouvons envisager d'appliquer la politique d'accompagnement à d'autres parcours professionnalisants, en ajustant les modalités selon les spécificités des métiers. Et s'il n'est pas toujours évident de la transposer sur un territoire donné, cette politique peut faire la différence entre deux établissements et contribuer à l'attractivité, la fidélisation des professionnels paramédicaux grâce à une valorisation de l'accompagnement proposé dans l'établissement. Face aux grandes difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels, la direction des ressources humaines et la direction des soins sont conscients des enjeux et de la nécessité de faire évoluer leur politique managériale du recrutement.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n°0022 du 27 janvier 2016

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005

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°95 du 23 avril 2002

Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0302 du 28 décembre 2012

Arrêté du 25 juin 2013 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours professionnels permettant l'accès au grade de cadre supérieur de santé et au grade de cadre supérieur de santé paramédical de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0167 du 20 juillet 2013

Rapports et référentiels :

DE SINGLY C., 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 125p.

YAHIEL M., MOUNIER C., 2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS), 74p.

Référentiel métier de directeur des soins, 2010, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Référentiel de compétences des DS, 2011 (mis à jour en 2017), EHESP, Institut du management

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la Fonction Publique Hospitalière, 2009, 2^{ème} édition, Presses de l'EHESP, Hors collection, 438p.

Ouvrages :

BERNOUX P., 2009, *La sociologie des organisations*, Paris, Points, 466p.

BRUN J.-P., 2009, *Management d'équipe : 7 leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail*, Livres outils, Eyrolles Editions d'organisations, 174p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *L'acteur et le système*, Seuil « Points essais », 512p.

DUBAR C., 2000, *La crise des identités*, Paris, Puf, (Le lien social), 239p.

DUBAR C., TRIPIER P., 2011, *Sociologie des professions*, Armand Colin, 268p.

ETIENNE J., BLOESS F., NORECK J.-P., ROUX J.-P., et al., 1997, *Dictionnaire de sociologie : les notions, les mécanismes, les auteurs*, Paris, Hatier, 351p.

LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., et al., 2018, *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 543p.

PAUL M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, 356p.

RUANO-BORBALAN J.C., 1998, *L'identité, l'individu, le groupe, la société*, Editions sciences humaines, 394p.

SAINSAULIEU R., 1993, *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 476p.

Revues :

COLDERS L., 2012, « Revêtir le costume de leader », *Directions*, 94, p. 23-29

MACHADO T., 2016, « Reconnaissance au travail », *Psychologie du travail et des organisations*, Dunod, p. 353-356

CHAUVANAY M.-C., DUGAST C., 2013, « Le métier de DS, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie », *Les cahiers de la fonction publique*, 333, p. 64-68

GUILLOIN A., 2013, « Vers une nouvelle identité professionnelle pour les CSS ? », *Soins cadres*, 86, p. 30-32

FERNAGU OUDET S., 2012, « Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs », *Formation emploi*, 119, p. 7-27

BARREAU P., 2018, « La gestion des talents, un acte managérial complexe », *Gestions hospitalières*, 573, p. 110-113

Liens internet :

GRANGER R., 2020, *Comment manager une équipe ? Communication managériale- Savoir transmettre un message à son équipe*, Manager-go.com : savoirs et savoir-faire pour cadres et dirigeants pressés. Disponible à l'adresse : <https://www.manager-go.com/management/la-communication-manageriale.htm#:~:text=Communication%20manag%C3%A9riale%20%2D%20D%C3%A9finition,le%20manager%20et%20son%20%C3%A9quipe> [consulté le 03 octobre 2020]

FORCIOLI P., 2017, *L'éthique du management en santé : de quoi parle-t-on ?* ManagerSanté.com. Disponible à l'adresse : <https://managersante.com/2017/08/07/les-cadres-hospitaliers-sous-lempre-des-reformes-hospitalieres-queelles-strategies-dadaptation-et-pistes-devolutions/> [consulté le 04 octobre 2020]

STANISLAS J.-L., 2017, *Réformes hospitalières : quelles stratégies managériales pour les cadres hospitaliers ?* ManagementSanté.com. Disponible à l'adresse : <https://managersante.com/2019/06/21/lethique-du-management-en-sante/#:~:text=Pour%20le%20manager%20en%20sant%C3%A9.de%20ses%20collaborateurs%20et%20personnels> [consulté le 04 octobre 2020]

Cours enseignés à l'EHESP :

SCHWEYER F.X., 2020, *Une approche sociologique*, Analyse sociologique groupe professionnel, EHESP, 27p.

PARENT B., 2020, *La communication hospitalière, mise en perspective générale*, Crise et communication, EHESP

Autres :

BRUN J.-P., DUGAS N., 2002, *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Québec, 24p.

KANITZER C., MANGEONJEAN F., HERCE J.-L., 2016, *Directeurs des soins, et si on y croyait ?*, Association Française des Directeurs des Soins (AFDS), FHF, EHESP, 47p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Trame de l'entretien semi-directif réalisé auprès des Elèves Directeurs des Soins

Annexe 2 : Trame de l'entretien semi-directif réalisé auprès des Cadres Supérieurs de Santé

Annexe 3 : Trame de l'entretien semi-directif réalisé auprès des Directeurs des Soins

ANNEXE 1

Trame de l'entretien semi-directif réalisé auprès des Elèves Directeurs des Soins

Ces entretiens ont été réalisés auprès des élèves directeurs des soins de la promotion Caroline Aigle 2020, CSS sur leur poste antérieur.

L'objectif a été de déterminer la pertinence du sujet de mémoire en les questionnant sur leur première prise de fonction en tant que CSS.

- Ancienneté dans la fonction de CSS ?
- Avez-vous été FFCSS ? Si oui, combien de temps ?
- Comment s'est déroulé votre recrutement ? Par qui ?
- Comment s'est déroulée votre prise de fonction ?
- Comment avez-vous vécu votre prise de fonction ?
- Avez-vous des observations ou commentaires à ajouter ?

ANNEXE 2

Trame de l'entretien semi-directif réalisé auprès des Cadres Supérieurs de Santé

Ces entretiens ont visé des FFCSS et des CSS avec une ancienneté variable dans leur fonction.

- Pouvez-vous m'indiquer votre ancienneté dans la fonction de CSS ?
- Avez-vous été FFCSS ? Si oui, pouvez-vous préciser la durée ?
- Pouvez-vous me retracer votre parcours professionnel ?
- Quelles sont vos missions actuelles ?
- Comment s'est déroulé votre recrutement lors de votre 1^{ère} prise de poste en tant que CSS ?
- Comment s'est déroulée votre 1^{ère} prise de fonction en tant que CSS ?
- Comment avez-vous vécu votre prise de fonction ?
- Avez-vous bénéficié d'un accompagnement à cette prise de fonction ?
 - Si oui : lequel ? Par qui et sous quel format ?Cet accompagnement a-t-il répondu à vos attentes ? Vous a aidé dans votre prise de poste ?
 - Si non : pourquoi ? Auriez-vous souhaité un accompagnement ? Sous quelle forme ?
- Vous semble-t-il nécessaire de proposer un accompagnement à la 1^{ère} prise de fonction d'un CSS ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous décrire la collaboration existante entre la direction des soins et l'encadrement supérieur ? Qu'attendez-vous du DS ?
- Avez-vous des observations ou commentaires à ajouter , d'autres éléments à évoquer ?

ANNEXE 3

Trame de l'entretien semi-directif réalisé auprès des Directeurs des Soins

Ces entretiens ont été réalisés auprès de DS exerçant dans 5 établissements et départements différents, avec une ancienneté variable dans la fonction.

- Votre ancienneté dans la fonction de DS ? Et dans cet établissement ?
- Avez-vous une équipe d'encadrement supérieur ? Combien de CSS sont affectés à la DS et dans les pôles ?
- Comment procédez-vous au recrutement d'un futur CSS ?
- Quel profil recherchez-vous ? Pourquoi ?
- Quelles démarches doivent être entreprises par le futur CSS ?
- Comment organisez-vous la prise de fonction d'un futur CSS ?
- Qu'attendez-vous du futur CSS ?
- Organisez-vous un accompagnement de ces professionnels ? Pourquoi ? Sous quel format ?
- Avez-vous une politique d'accompagnement formalisée des CSS ?
- Qu'attendez-vous de l'équipe d'encadrement supérieur ?
- Comment organisez-vous la collaboration avec les CSS ?
- Avez-vous des observations ou commentaires à ajouter , d'autres éléments importants à évoquer ?

VIAN

Christelle

Décembre 2020

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2020

LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE

Résumé :

Le DS a un rôle important dans la prise de fonction d'un futur CSS, au sein d'un établissement de santé, afin que celui-ci soit en mesure d'appréhender les missions et les contraintes liées à sa nouvelle fonction. Les missions du CSS sont variées selon qu'il est rattaché à la DS ou à un pôle. Le futur CSS se projette dans une nouvelle fonction et entame alors un processus de construction de l'identité professionnelle qui s'élabore sur une relation étroite entre le « soi » et « autrui ».

Le DS est garant de la coordination et de la performance de l'organisation des soins en vue de proposer une qualité et une sécurité des soins optimales. Il est un leader capable de fédérer l'équipe de CSS et de créer les conditions d'un environnement de travail favorable et capacitant. Le DS s'appuie sur sa collaboration avec l'encadrement supérieur pour répondre à ses missions. Il s'entoure de professionnels chez lesquels il a repéré le talent et les compétences permettant de favoriser la performance collective. La fonction de CSS n'est pas corrélée à l'obtention d'un diplôme et peut questionner la légitimité de l'accès à la fonction : les réformes successives du système de santé ont modifié les missions et le champ d'intervention du CSS, sa place de collaborateur direct du DS et la dimension donnée au recrutement et à l'accompagnement du futur CSS ont contribué à la reconnaissance de la fonction par l'ensemble des acteurs du monde hospitalier.

Le DS construit un parcours professionnalisant en s'appuyant sur un accompagnement personnalisé du futur CSS : l'élaboration de fiches de poste et de missions précises, la mise en situation réelle de la fonction (immersion, tutorat, formations), un accueil et une intégration réfléchis et orchestrés, l'élaboration d'une politique d'accompagnement intégrée dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'établissement et du GHT.

Mots clés :

Directeur des soins, cadre de santé, cadre supérieur de santé, établissement de santé, construction de l'identité professionnelle, parcours professionnalisant, accompagnement personnalisé, missions, fonction, collaboration, leadership, collectif cadres, stratégie, politique.

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.