Directeur des Soins

Promotion : **Edgar MORIN - 2021**

Date du Jury : **décembre 2021**

Donner du sens à la performance : un levier d'action du DS en faveur de l'engagement des cadres ?

Laurent THEVENEAU

« Ne demande pas ce que ton pays peut faire pour toi, demande ce que tu peux faire pour ton pays ».

John Fitzgerald KENNEDY.

Remerciements

Nous tenons tout particulièrement à remercier :

Mme Manée PADELLEC pour son accompagnement méthodologique pertinent et adapté tout au long de la direction de ce mémoire. Merci pour votre bienveillance et le temps que vous nous avez accordé. Merci pour nos échanges qui posent le socle d'un positionnement professionnel qui poursuit son affirmation.

M. David GIBERGUES, compagnon de tant de projets ces dernières années… Merci d'avoir rendu toutes ces choses possibles malgré les incertitudes et la complexité. Une nouvelle étape de franchie ; puisse-t-elle conduire à un avenir serein.

Mme Patricia CHARLES, talentueuse DS en devenir. Il est des rencontres qui comptent ; merci d'avoir croisé notre chemin et de l'éclairer encore longtemps.

Tous les All Reinders dont nous partageons le chemin depuis la préparation au concours et qui sont de solides étais dans les périodes de doutes.

L'ensemble des personnes rencontrées et interrogées dans le cadre de ce travail et de l'enquête de terrain. Merci pour le temps que vous nous avez accordé, pour la bienveillance que vous avez eu à notre égard et, par les informations que vous nous avez fournies, pour avoir permis une analyse de la situation d'étude et donné sa richesse à cette réflexion.

S o m m a i r e

Introduction 1
1 Cadre conceptuel 7
1.1 La performance 7
1.1.1 Une réponse à l'évolution nécessaire du système de santé 7
1.1.2 Une définition théorique du concept 9
1.1.3 Une approche fonctionnaliste 14
1.2 Le sens au travail 15
1.2.1 Qu'est-ce que le sens au travail ? 15
1.2.2 De l'importance du sens au travail 16
1.2.3 Qu'est ce qui fait sens au travail ? 18
1.3 Engagement 20
1.3.1 Les raisons du choix de ce concept 20
1.3.2 La définition retenue 21
1.4 Théories managériales 22
1.4.1 Management ou leadership ? 22
1.4.2 Leadership 23
1.4.3 Les styles de management classiques 23
1.4.4 Les nouveaux courants managériaux 24
2 Méthodologie de l'enquête de terrain et résultats 27
2.1 Construction de l'enquête 27
2.1.1 A destination des DS et CSS 27
2.1.2 A destination des cadres de santé et faisant fonction de cadres de santé 28
2.2 Résultats 30
2.2.1 La performance, un concept intégré ? 30
2.2.2 La performance, une affaire collective 32
2.2.3 L'enjeu de la délégation de gestion 34
2.2.4 La perte de sens des cadres, réalité ou fiction ? 34
2.2.5 Un engagement avéré mais fragile 39

2.2.6 Le sujet controversé du temps de travail des CS 43
2.2.7 Entre stratégie et opérationnalité : garder contact avec le terrain..... 44
2.2.8 Agile, innovant, participatif, par projet… quel management adopter ? 45
2.2.9 La formation, une nécessité à tous les niveaux..... 47
3 Préconisations pour le DS en exercice 51
3.1 Le projet managérial, un socle pour construire une Direction des Soins 51
3.1.1 Construire du sens sur des valeurs communes 51
3.1.2 Définir les attendus des fonctions d'encadrement..... 53
3.1.3 Dépister les potentiels puis former et accompagner les managers 55
3.2 Quelle posture adopter ? 57
3.2.1 Incarner le servant leadership..... 57
3.2.2 L'enjeu de la confiance et de l'exemplarité 58
3.2.3 Peut-on induire les comportements ? De l'art du « nudge management » ..59
Conclusion..... 61
Bibliographie..... 63
Liste des annexes..... I

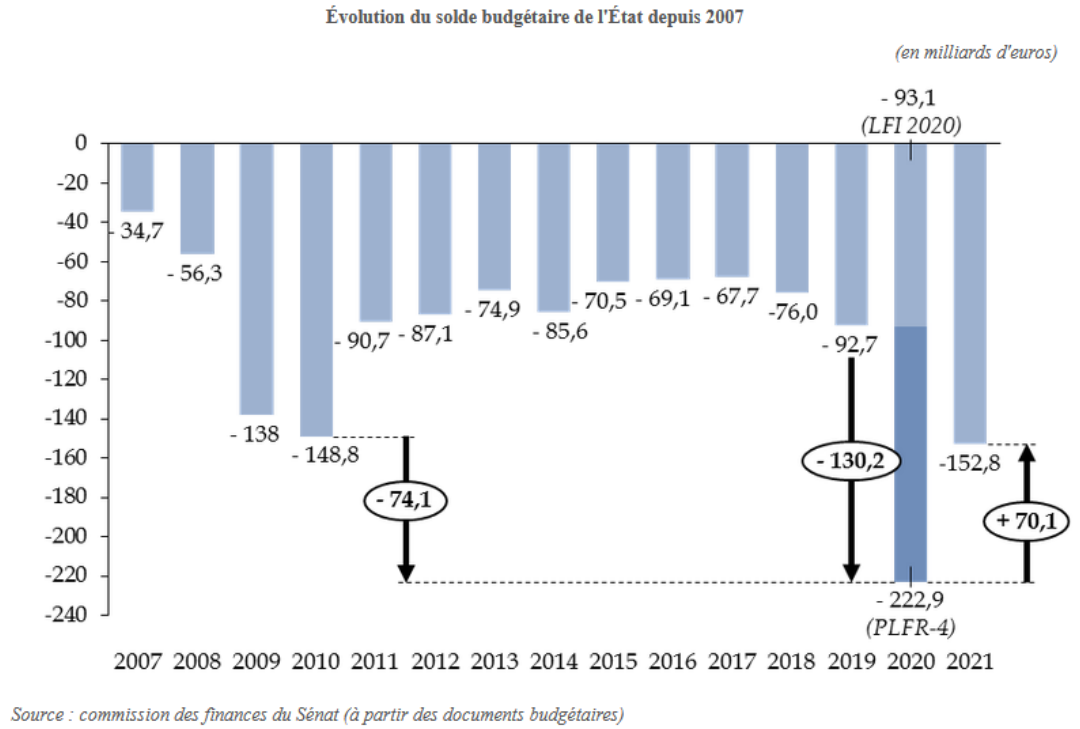
Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CGS : Coordonnateur Général des Soins
CH : Centres Hospitaliers
CHT : Communautés Hospitalières de Territoire
CHU : Centre Hospitaliers Universitaires
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CS : Cadre de Santé
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DS : Directeur des Soins
EPS : Etablissement Public de Santé
FFCS : Faisant Fonction de Cadre de Santé
GCS : Groupements de Coopération Sanitaire
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire
HAS Haute Autorité de Santé
IFCS : Instituts de Formation des Cadres de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
MERRI : Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation interne
NMP : Nouveau Management Public
PIB : Produit Intérieur Brut
PREF : Plan de Retour à l'Equilibre Financier
PTA : Plateformes Territoriales d'Appui
QVT : Qualité de Vie au Travail
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RMFPH : Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
STSS : Stratégie de Transformation du Système de Santé
T2A : Tarification A l'Activité
TIC : Technologie de l'Information et de la Communication

Introduction

Depuis les années 1980, le secteur public français est en déficit budgétaire. Forts de ce constat, les pouvoirs publics cherchent depuis lors à déployer des réformes organisationnelles au sein des institutions publiques. C'est à ce titre que l'hôpital public est animé d'un mouvement de réformes continu depuis les années 2000 ; ces dernières modifiant profondément son fonctionnement. Désireux de bâtir notre construction identitaire de manager sur une compréhension fine du secteur dans lequel nous évoluons, nous avons dès notre accession à la formation de Cadre de Santé (CS) tenté d'analyser et de comprendre l'étiologie de ces réformes successives. Il s'est avéré que l'économie de la santé, et l'économie publique de manière plus large, était un élément central de justification de ces changements.

En effet, en 2012 déjà, la cour des comptes[1] pointait l'urgence de l'action afin de rétablir un équilibre dans les comptes publics français. Le déficit public atteignait alors 5,2% du produit intérieur brut (PIB), bien loin des 3% attendus par l'Union Européenne et requis de tous les états membres dans le cadre du pacte de stabilité et de croissance adopté en 1997[2]. Si, comme le montre le graphique ci-dessous, les actions menées par l'Etat ont eu des conséquences objectivables et de nature à réduire les déficits publics entre 2013 et 2018, ceux-ci sont néanmoins demeurés très importants et les comptes publics très loin de retrouver une forme d'équilibre.



Source : commission des finances du Sénat (à partir des documents budgétaires)

[1] Didier Migaud et Jean Marie Bertrand, « Rapport public annuel 2012, tome I », 2012, p. 1033.

[2] *Le pacte de stabilité et de croissance : première étape vers la coordination des politiques budgétaires des États membres de l'union économique et monétaire*, https://www.performance-publique.budget.gouv.fr, (consulté le 20 juillet 2021).

De surcroit, les impacts inhérents à la crise sanitaire que nous traversons depuis fin 2019 mettent une lumière nouvelle sur la fragilité des efforts réalisés et sur la complexité à maîtriser de tels déficits. Il est à noter que les dépenses de santé en elles-mêmes représentent une part conséquente des dépenses publiques (41% en 2019[3]). Ainsi, le coût de fonctionnement de notre système de santé sera, à n'en pas douter, à nouveau au centre des préoccupations à l'issue de la crise sanitaire. En effet, les propos de CORNILLEAU en 2012 entrent en résonnance avec notre actualité brûlante. Il expliquait alors que « *dans les situations de crise, l'apparition d'un déficit conjoncturel n'est que la contrepartie de la participation du secteur de la santé à la stabilisation de l'économie. La gestion financière de l'assurance maladie doit donc combiner une grande rigueur excluant la possibilité de déficits structurels et l'acceptation de déficits conjoncturels en cas de crise* »[4]. La crise de la COVID 19 éclaire donc la nécessité, pour faire face aux situations exceptionnelles, de travailler à nouveau à la construction d'un financement équilibré de la santé. Ainsi, les propos régulièrement portés par les pouvoirs publics sur la nécessité de « *réorganiser le système de soins* »[5] seront également réaffirmés et de nouvelles réformes seront à implémenter dans les établissements sanitaires pour assurer la pérennité de notre système de santé et repenser les organisations dans une logique de maîtrise des coûts. Ainsi, la nécessité de travailler sur le volet économique de la santé conduira les hôpitaux à poursuivre leurs efforts sur l'utilisation la plus juste des ressources pour répondre aux besoins de santé toujours croissants de la population ; le concept de performance hospitalière que nous interrogeons depuis notre formation en Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) apparaît ainsi plus que jamais d'actualité dans le paysage hospitalier.

En corollaire de ces premiers éléments de contexte, la place, le rôle et les missions de l'encadrement hospitalier sont devenus des enjeux particuliers de par le changement de paradigme des organisations hospitalières. En février 2009, Mme BACHELOT-NARQUIN, alors Ministre de la Santé et des Sports exprimait que « *la réforme de la gouvernance hospitalière, initiée avec les ordonnances de mai 2005 et que le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires » parachève, a modifié les schémas organisationnels au sein des établissements de santé, en favorisant l'implication de professionnels […]. En associant, à la tête des pôles d'activité, les compétences des médecins, des cadres de santé et des cadres administratifs, elle est exemplaire de cette coopération entre métiers,*

[3] DREES, *Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020* |, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats, (consulté le 20 juillet 2021).
[4] Gérard Cornilleau, « Croissance et dépenses de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2012, vol. 36, nº 3, p. 29-40.
[5] Sophie Conrard, « Rapport de la cour des comptes, il est urgent d'agir », février 2012, nº 1268, févr. 2012p. 12p.

désormais indispensable à une organisation des soins pertinente. Qu'ils soient cadres de proximité, cadres « experts » ou cadres dirigeants […] les cadres hospitaliers sont un élément crucial du nouveau dynamisme dont je souhaite que la réforme soit porteuse »[6]. Notre expérience de Cadre Supérieur de Santé (CSS), Cadre Soignant de Pôle, a permis de comprendre ce message et de valider l'importance d'une ligne managériale capable de porter le sens des réformes auprès de leurs équipes. Il apparait en effet que la place des CS de proximité est fondamentale pour être un relai auprès des acteurs paramédicaux de terrain et leur faciliter la compréhension des évolutions du monde hospitalier et de sa constante adaptation pour rechercher le meilleur équilibre entre la réalisation de ses missions intrinsèques et l'assurance de sa pérennité.

Cependant, cette expérience d'encadrement de pôle nous a également éclairé sur l'appropriation très parcellaire et disparate par les CS des réformes menées et de leur sens, hypothéquant ainsi la communication qu'ils peuvent déployer sur l'analyse et les explications des éléments contextuels, et donc la possibilité pour les acteurs soignants de terrain d'obtenir des clés de lecture des raisons de l'évolution de leur pratique quotidienne. Afin de valider ou infirmer ce constat qui ne s'appuie que sur une expérience individuelle, nous avons effectué une revue de littérature. Cette dernière s'est avérée riche. Au-delà d'un constat somme tout redondant faisant état que « *les cadres de santé […] dans le contexte hospitalier sont confrontés aujourd'hui à l'introduction de la logique gestionnaire dans leur fonction qui est à l'origine soignante. Le développement de ce volet gestionnaire peut être source de difficultés* »[7], le mot « malaise » est également revenu à plusieurs reprises dans la recherche.

Cet élément a été déclencheur d'un réel questionnement à la source de ce mémoire professionnel.

Demain, en qualité de Directeur des Soins (DS), nous serons membre de l'équipe de direction d'un Etablissement Public de Santé (EPS). A ce titre, il nous incombera de participer dans notre champ de compétences[8] à la définition de la politique et de la stratégie institutionnelles et à sa déclinaison à travers la responsabilité « *de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins* »[9]. Notre action sera donc guidée par la nécessaire intégration au sein de l'établissement des réformes sanitaires, celles-ci devant s'articuler dans le projet d'établissement avec la ligne

[6] Chantal De Singly, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, s.l., 2009. p 3.
[7] Murrim Ceccato, « Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation », s.l., XXVIIIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 2019. p 1.
[8] EHESP, « Référentiel de compétences des Directeurs des Soins ». 2017.
[9] Centre National de Gestion (CNG), « Référentiel métier de Directeur des soins en établissement et en institut de formation ». 2010.

stratégique institutionnelle, et par sa mise en œuvre opérationnelle au sein des services. C'est donc un travail collectif qu'il va nous falloir animer en développant les synergies et en mobilisant toute la ligne managériale institutionnelle pour atteindre ces objectifs. Il nous est donc apparu nécessaire d'interroger ce « malaise » et la complexité rencontrée par l'encadrement dans l'implémentation de cette « logique gestionnaire » afin, en tant que DS, de pouvoir accompagner chaque manager dans la pleine réussite de ses missions.

Si plusieurs études récentes confirment ce désenchantement qui touche la ligne managériale à l'hôpital, Ivan SAINSAULIEU apporte un éclairage sociologique intéressant et son travail identifie que les « *cadres souffrent de ne pas avoir le travail qui corresponde à leur idéal professionnel, celui pour lequel ils ont été formés et préparés […* alors que] *c'est précisément cet idéal qui leur permet d'être endurant dans l'épreuve* »[10]. Ce postulat éclaire la nécessité de travailler autour de l'« idéal professionnel » des cadres et de l'accompagnement qui leur est proposé dans leurs fonctions ; il interroge également sur les moyens mis en œuvre pour s'assurer de la concordance entre le contexte hospitalier et les attentes individuelles et collectives des cadres pour ne pas installer d'écart et faciliter l'adaptation à l'emploi.
D'autres lectures établissent un lien direct entre l'émergence du Nouveau Management Public (NMP), que l'on peut définir comme la recherche de « *la performance par une meilleure maîtrise du coût des actions publiques* »[11], et la croissance de la démotivation et du désengagement professionnel. In fine, ces études mettent en avant que le NMP serait générateur de perte de sens au travail pour tous les professionnels mais aussi les cadres de santé.

Ainsi, nous venons de présenter un constat complexe. Quelles que soient les évolutions à venir, et même si les règles changent, la recherche de performance des organisations hospitalières demeurera un invariant à travers de nouvelles réformes, alors même que celles-ci sont identifiées comme des sources de désengagement et de perte de sens pour les CS. Notre action de DS devra trouver le meilleur équilibre possible pour favoriser l'engagement professionnel de tous, et notamment de la ligne managériale, et chercher à donner du sens au travail dans un contexte mouvant et incertain.

La finalité de ce mémoire étant d'identifier le cadre possible d'action du DS dans ses fonctions, nous formulons donc la question de recherche de ce travail comme suit :

[10] Ivan Sainsaulieu, *Conflits et résistances au travail*, s.l., Presses de Sciences Po, 2017. p 75.
[11] Véronique Achmet et Nathalie Commeiras, « Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? », *Gestion 2000*, 2018, Volume 35, n° 6, p. 119-148. p 1.

Dans quelle mesure l'action du DS peut-elle contribuer à accompagner l'encadrement vers l'attendu de performance hospitalière ?

En lien étroit avec cette question, nous émettons les hypothèses suivantes :

1. L'émergence du concept de performance hospitalière questionne l'encadrement sur le sens du travail ;
2. Donner du sens à la performance hospitalière permet de favoriser l'engagement professionnel de l'encadrement ;
3. Mobiliser des modalités managériales adéquates peut favoriser l'appropriation des changements inhérents aux réformes.

A l'aide d'un travail théorique mais aussi d'une enquête de terrain, nous proposons dans ce mémoire de questionner ces hypothèses afin de les valider ou de les infirmer et ainsi de bâtir des perspectives de réponses à la question de recherche. In fine, et au-delà de la production de données scientifiques, le but poursuivi est bien de nous donner des clés de lecture et des pistes de poursuite de ce travail pour une prise de poste sereine et un plein épanouissement dans nos futures fonctions.

Une première partie théorique présentera l'ensemble des concepts mobilisés afin de nous familiariser avec ceux-ci. Dans un second temps, nous expliciterons les modalités de l'enquête de terrain qui a été réalisée puis en présenterons les principaux résultats ainsi que les éléments de tension qui apparaissent prépondérants. Enfin, une dernière partie cherchera à identifier les leviers d'action du DS.

1 Cadre conceptuel

La question de recherche que nous avons formulée nous invite à définir et présenter les concepts de performance, de sens, d'engagement ainsi que les grandes lignes et évolutions des théories managériales. C'est la réalisation préalable de ce travail qui a permis la construction de l'enquête qui a été réalisée auprès des professionnels.

1.1 La performance

Si le questionnement que nous avons présenté en introduction nous a conduit à appréhender premièrement la performance sous l'angle de l'économie de la santé, il nous importe à ce stade de préciser que ce concept se veut beaucoup plus large et moins restrictif. Nous présenterons donc en quoi ce concept est perçu par les pouvoirs publics comme de nature à répondre aux besoins d'adaptation du système de santé français avant d'en donner plusieurs définitions.

1.1.1 Une réponse à l'évolution nécessaire du système de santé

Que ce soit pour des raisons budgétaires, sur lesquelles nous ne reviendrons pas, ou autres, notre système de santé est en évolution. Les progrès de la médecine et des thérapeutiques sont tels que l'enjeu du vieillissement de la population devient central. En corollaire, la question de l'accès aux soins est un sujet de préoccupation pour que chaque citoyen puisse bénéficier de ces avancées. Les organisations en vigueur antérieurement nécessitent donc de s'adapter pour prendre en compte ces nouvelles réalités.

Cette adaptation est d'ailleurs un principe du Service Public français dont les lois de ROLLAND[12] définissent la mutabilité comme la « n*écessité de faire évoluer les services publics dans leur organisation et leur fonctionnement de telle façon qu'à tout moment, ils possèdent, dans la satisfaction de l'intérêt général, une efficacité maximale* »[13].

Afin d'impulser et d'accompagner cette adaptation, les pouvoirs publics, à travers les différents gouvernements en place, ont initié dans les années 1980 la réforme de l'Etat[14]. De la réforme administrative à la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) de 2007 en passant par la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) qui a été votée le 1er/08/2001 (issue d'un rapport ministériel « *Contrôler réellement, pour dépenser mieux et prélever moins* »[15]), les actions ont été nombreuses. Les réformes instaurées depuis les années 2000 répondent aux préceptes d'un courant de pensée anglo-saxon : le NMP. Ce

[12] Les lois de Louis Rolland, énoncées dans les années 1930, font état de trois principes : la continuité, la mutabilité, et enfin l'égalité du service public.
[13] Frédéric Renaudin, « Le principe de mutabilité est-il un principe contraignant ? » [en ligne]. 2009.
[14] *La réforme de l'État*, https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/269764-la-reforme-de-letat-politique-publique, (consulté le 17 août 2021).
[15] *Rapport du groupe de travail sur l'efficacité de la dépense publique et le contrôle parlementaire*, https://www.assemblee-nationale.fr/dossiers/depense/rapport.asp, (consulté le 18 juillet 2021).

courant néolibéral promeut l'adaptation constante du service public en le conduisant à chercher une toujours meilleure efficience. Pour ce faire, cette idéologie porte dans le champ de l'action publique des schémas depuis longtemps en vigueur au sein du secteur privé et impose un changement de paradigme avec la nécessité de passer « *d'une gestion axée sur les moyens à une gestion axée sur les résultats, de telle sorte que les termes tels que performance, efficience et rentabilité des services au travers d'un contrôle des ressources deviennent les maîtres mots* »[16].

Parmi ces schémas, nous noterons :

- La recherche de mutabilité des organisations et d'autonomisation des acteurs en développant leur responsabilisation et en promouvant « *l'obligation pour les gestionnaires de s'engager sur des résultats à atteindre* »[17] à travers le développement de la contractualisation. Appliqué à l'hôpital, c'est tout le sens de la Tarification A l'Activité (T2A) qui alloue des ressources selon une activité mais laisse la décision des organisations à mettre en place pour réaliser cette même activité aux seuls établissements de santé ; c'est également le plan hôpital 2007 avec la mise en place des pôles d'activité qui a été laissé à la main de chaque institution pour se structurer selon les organisations lui paraissant les plus adaptées à ses modes de fonctionnement ;
- La mise en place d'un contrôle de gestion s'appuyant sur la définition de cibles et l'évaluation basée sur des indicateurs permettant d'objectiver l'atteinte des objectifs ;
- La promotion de la comparaison par parangonnage et le recours à des agences externes pour de l'appui méthodologique ;
- L'évaluation externe afin de « *rationnaliser le fonctionnement des organisations* […] *et rendre plus transparent le fonctionnement de l'organisation* »[18]
- L'intégration des bénéficiaires de la prestation dans le pilotage stratégique en les impliquant et en évaluant leur satisfaction. Nous pouvons ici voir toute la portée des politiques promouvant la logique d'intégration des représentants des usagers dans les politiques institutionnelles ;
- Le développement des synergies entre acteurs qui a pris l'aspect des coopérations inter hospitalières et des rapprochements public – privé.

[16] M. Ceccato, « Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation », art cit.p 3.

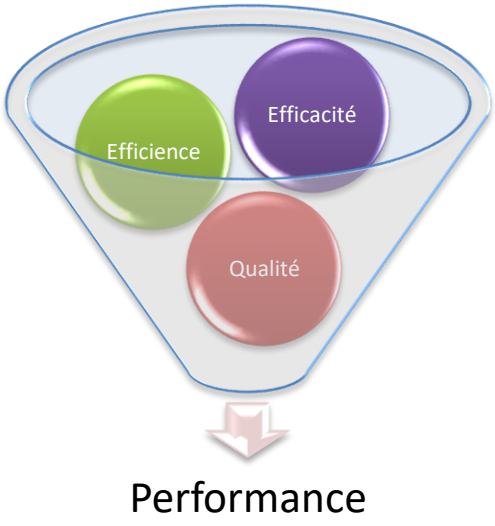
[17] Damien Catteau, *La LOLF et la modernisation de la gestion publique - 1ère éd.: La performance, fondement d'un droit public financier rénové*, Paris, Dalloz, 2007, 578 p. p 167.

[18] Nathalie Halgand, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, 2003, vol. 147, nº 6, p. 219-231. p 221.

1.1.2 Une définition théorique du concept

A) La résultante d'un triptyque

La performance est un concept global. Ainsi, elle est la résultante d'un triptyque de sous-concepts qui nécessitent d'être chacun investi et mobilisé avec succès pour atteindre la performance attendue. Elle peut donc être schématisée ainsi :



L'efficacité se définit comme ce « *qui produit […] l'effet attendu* ».[19] Ce concept renvoie ainsi à la notion de résultat d'une action, à la capacité à atteindre des objectifs et à respecter un cahier des charges. Ce rapprochement entre les éléments produits par le processus de production et les objectifs traduisent une trajectoire visée par le pilotage de l'organisation. La finalité et sa conformité à l'attendu sont ainsi les buts de l'action ; les moyens mis en œuvre pour les atteindre ne sont pas pris en considération. Transposé au monde hospitalier, l'efficacité questionne donc la stratégie institutionnelle de définition des objectifs cibles ainsi que la politique de management et de développement des opérateurs de production autant qu'elle représente la capacité d'un établissement à produire des soins répondant aux besoins de la population en cherchant à améliorer son état de santé. Si cela correspond aux missions de l'hôpital public, les propos présentés en introduction mettent en évidence que si l'amélioration de la santé des citoyens français demeure l'objectif principal de notre système de santé, la notion de coûts de santé doit également être prise en compte car la société attend toujours d'avantage des services publics qu'ils « *utilisent leurs fonds à bon escient dans une logique d'efficience* »[20].

C'est ainsi que le concept d'efficience prend tout son sens puisqu'il cherche à mettre en corrélation l'efficacité avec les ressources mobilisées pour parvenir au résultat. La valeur créée est ici rapprochée des moyens engagés pour la produire, donc, nous pouvons le

[19] Trésor de la langue Française informatisé, *TLFi : Trésor de la langue Française informatisé*, http://atilf.atilf.fr/tlf.htm, (consulté le 14 août 2021).
[20] Annie Bartoli et Cécile Blatrix, *Management dans les organisations publiques - 4e édition - Labellisation FNEGE - 2016: Défis et logiques d'action*, 4e édition., Paris, Dunod, 2015, 384 p. p 66.

définir comme « *le rapport entre le résultat obtenu et les moyens engagés* »[21] ou encore comme « *la recherche de l'efficacité au meilleur coût* »[22]. Nous tenons à préciser que la littérature fait parfois état de « moindre coût » en lieu et place de « meilleur coût ». Si nous n'avons pas retenu cette terminologie par choix et par idéologie, notre expérience professionnelle nous a fait constater que l'encadrement ressentait parfois une forme de pression à restreindre l'utilisation de ressources là où l'efficience revêt un caractère de recherche d'optimisation de ces mêmes ressources. C'est un des éléments que nous tenterons de mettre en évidence par l'enquête de terrain. L'efficience est entrée pleinement à l'hôpital avec la réforme du mode de financement et l'instauration de la T2A. Là où les modèles antérieurs n'étaient pas incitatifs, la T2A a changé le paradigme en contraignant les établissements de santé à penser différemment et à prévoir leurs dépenses en fonction des recettes générées par leur activité.

Rappel historique sur le financement des hôpitaux[23] :

A compter des années 1940, les EPS ont été financés selon un système dit « du prix de journée ». La facturation auprès de l'Assurance Maladie se basait sur la présence à une heure précise de la journée de patients dans l'établissement ; l'établissement recevait alors un montant forfaitaire par patient physiquement présent. Ce modèle eu pour effet l'augmentation du nombre de lits, les EPS cherchant à développer leurs capacités d'hospitalisation pour maximiser leurs rentrées financières. De plus, ce modèle incitait à hospitaliser les patients plus que nécessaire pour optimiser le remplissage des lits.

Face à l'inadaptation de ce mode de financement, le budget global a été instauré en 1983. Chaque EPS recevait une enveloppe annuelle lui permettant de faire face à son activité ; enveloppe fixe devant être dépensée sous peine de diminution lors des exercices comptables suivants. Outre la question de la définition de l'enveloppe annuelle, ce modèle ne permettait pas aux établissements de s'adapter à l'évolution de leur activité (notamment à l'évolution démographique de certains bassins de population).

La T2A a ainsi été promue dans ce contexte de création d'un lien direct entre l'activité d'un établissement et ses recettes financières. Mise en place partiellement dès 2005, la T2A est passée à 100% en 2008. Dans les faits, la tarification n'est pas intégralement liée à l'activité et des dotations de financements persistent à travers les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), dont les Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) ; dotations permettant de couvrir certaines missions non affiliables à des personnes (prévention, dépistage) ou de permanence des soins (Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), équipes mobiles, …).

[21] *Ibid.* p 80.
[22] Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010, 336 p. p 12.
[23]DGOS, *Financement des établissements de santé*, https://solidarites-sante.gouv.fr, 18 août 2021, (consulté le 18 août 2021).

Cependant, au-delà des coûts, la performance d'un process provient également de sa capacité à répondre à des standards de qualité. La qualité se définit comme la « *caractéristique d'un produit répondant à des normes préétablies et tirant de là une partie de sa valeur* »[24] ou encore comme la « *manière d'être non mesurable (d'une chose) qui donne une valeur plus ou moins grande (s'oppose à quantité)* »[25]. Nous avons retenu cette seconde définition de par la mise en évidence que la performance ne se conçoit donc pas comme la seule recherche d'une production maximale, mais bien par une production de valeur répondant à des standards. Comme pour l'efficience, les pouvoirs publics ont joué un rôle dans le renforcement de la démarche qualité dans les établissements de santé.

Rappel historique sur la démarche qualité au sein des hôpitaux :

Dans son article dans la revue française de gestion[26], N. HALGAND rappelle comment la médiatisation a pu être un levier d'inscription à l'agenda public de l'évaluation des pratiques de santé. Entre scandales sanitaires, infections nosocomiales et attentes toujours croissante des usagers, le contrôle de la qualité des soins est peu à peu devenu un incontournable.

Suite aux Ordonnances JUPPE[27] et à leur mise en application avec le Décret du 7 avril 1997[28], l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a déployé une procédure visant à évaluer la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

Cette agence a été remplacée par la loi du 13 août 2004[29] par la Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante dotée de compétences larges pour notamment « *promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins [et] améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé* »[30] avec de déploiement des procédures de certification.

[24] Trésor de la langue Française informatisé, « TLFi : Trésor de la langue Française informatisé », art cit.
[25] Les éditions Le Robert et Google, https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr, (consulté le 16 août 2021).
[26] N. Halgand, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », art cit.
[27] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - Légifrance, https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005620817/, (consulté le 18 août 2021).
[28] Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique - Légifrance, https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000381075/, (consulté le 18 août 2021).
[29] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. https://www.legifrance.gouv.fr, (consulté le 18 août 2021).
[30] Bernard Golse, « Le rôle de la Haute Autorité de santé », *La revue lacanienne*, 2013, vol. 14, nº 1, p. 53-55. p 53.

Ainsi, par la promotion de ce dispositif d'évaluation externe et indépendant qu'est la certification, c'est bien le sens de l'ensemble de la démarche qualité déployée au sein des établissements de santé qui s'est vu renforcée.

B) Le nouvel enjeu de la pertinence

Nous venons de présenter comment les concepts détaillés jusqu'alors (efficacité, efficience et qualité) permettent de qualifier la performance d'un processus. Or, la prise en charge des usagers dans les EPS résulte rarement d'un seul et même processus mais plutôt d'un ensemble d'étapes réalisées par des acteurs complémentaires mais différents. Nous pouvons alors projeter que dans un « *parcours de soins où les patients doivent séjourner dans plusieurs structures […] la performance […] repose sur celle de chaque structure et sur la qualité de la coopération entre elles* »[31]. Nous notons ainsi que la performance ne s'analyse plus sous l'angle d'un acte de soins isolé mais sous l'approche d'un parcours. Celui-ci se caractérise par un ensemble de soins qui doivent être coordonnés, médicalement justifiés et non redondants ; ces derniers pouvant se dérouler au sein d'un même établissement ou dans une dimension transversale entre structures sanitaires voire en lien avec la médecine ambulatoire. Tout ceci interroge donc le concept de pertinence ; celui-ci pouvant s'appliquer aux parcours proposés aux usagers ou aux soins. Nous définissons alors en reprenant les propos de Mme BUZYN, comme « *le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient* »[32].

L'enjeu de la pertinence des parcours en santé est ainsi devenu un axe structurant de l'action des pouvoirs publics. Si les freins sont identifiés (« *défaut de leadership local, défaut de coordination entre acteurs, manque de communication et de coopération entre professionnels et structures, fonctionnement des services cliniques et médico-techniques en silo, faible appropriation des outils numériques de télésanté* »[33]), un volet législatif complet et évolutif s'est déployé tout au long des dernières décennies pour promouvoir les coopérations entre les établissements de santé, quelle que soit leur nature, mais aussi entre les institutions et la médecine libérale.

Rappel historique sur le développement des coopérations en santé :
Dès 1970, la loi Boulin[34] structure la planification sanitaire avec les objectifs de limiter la concurrence public / privé, de rationaliser l'offre de soins et de faciliter l'accès aux structures hospitalières. Puis, en 1991[35] sont créés les Schémas Régionaux

[31] Étienne Minvielle et al., *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, 204 p. p 49.
[32] Propos tenus le 14 novembre 2017 par Mme Agnès BUZYN, Ministre de la Santé et des Solidarités en ouverture du colloque HAS.
[33] Philippe Michel, « "Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût" », *Revue française des affaires sociales*, 2019, nº 3, p. 135-137. p 136.
[34] « Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ».
[35] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière - Légifrance.

d'Organisation Sanitaire (SROS) afin de définir et de maîtriser, avec l'unification du régime d'autorisation, l'offre de soins proposée en fonction des besoins des populations sur le territoire. Par la suite, et afin de développer les synergies entre les secteurs public et privé, les ordonnances JUPPE[36] instaurent les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

Il est à noter que l'action publique cherchant à déployer les coopérations pour une prise en charge toujours plus coordonnée des usagers est une dynamique continue, chaque nouvelle loi venant renforcer ou institutionnaliser les dispositions antérieures. Ainsi, les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), modalité facultative instaurée en 2009 par la loi HPST[37] afin de développer les synergies et stratégies territoriales partagées pour les EPS ont été abrogées en 2016[38] au profit d'une modalité de coopération désormais obligatoire pour ces mêmes EPS : les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

L'enjeu de coopération ville – hôpital est également un axe structurant de l'action publique depuis cette même loi de 2016. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont été implémentées pour « *transformer les logiques de prise en charge médicale des patients […] pour une meilleure organisation des parcours des patients* »[39]. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), suite à un rapport en 2018, a préconisé des actions visant à renforcer le déploiement de telles structures ; l'ordonnance du 12 mai 2021[40], en obligeant les hôpitaux de proximité à conventionner avec les CPTS locales étend un peu plus la stratégie de coopération entre tous les acteurs de la santé.

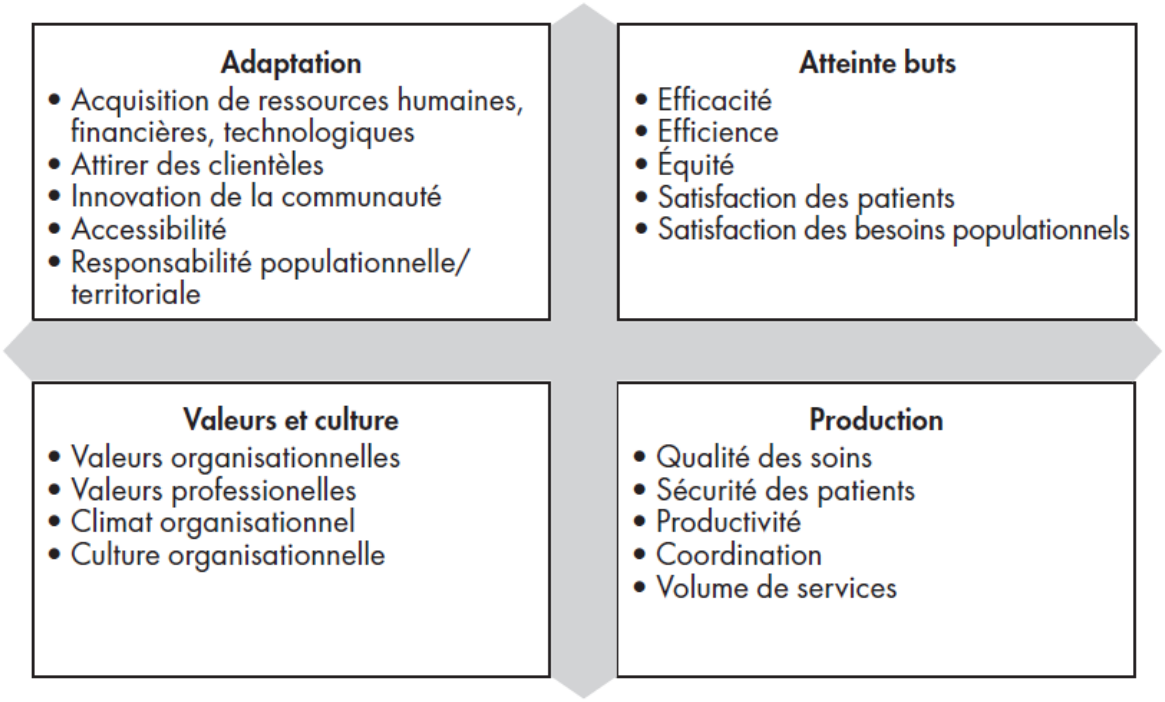
Pour ce qui concerne la pertinence des soins, elle est devenue un axe de travail prioritaire puisqu'elle apparaît comme premier chantier de la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS)[41], document socle de « *Ma Santé 2022 : un engagement collectif* »[42]. Selon MICHEL, le travail à mener concerne aussi bien la formation des professionnels de santé que l'acculturation des usagers qui peuvent être à la demande de soins parfois redondants.

[36] Op cit.
[37] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance.
[38] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Légifrance.
[39] Emilie Fauchier-Magnan et Véronique Wallon, *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS*, s.l., IGAS, 2018. p 3.
[40] Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité - Légifrance.
[41] Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère des Solidarités et de la Santé, *Stratégie de transformation du système de santé*, https://solidarites-sante.gouv.fr, (consulté le 19 août 2021).
[42] Ministère des Solidarités et de la Santé et Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ma santé 2022 : un engagement collectif*, https://solidarites-sante.gouv.fr, (consulté le 19 août 2021).

In fine, nous retenons de ces éléments que la performance pourrait se résumer au « *respect de la qualité nécessaire et suffisante pour répondre aux besoins des patients […] dans la limite des moyens et des ressources disponibles* »[43] ; nous souhaitons cependant en présenter une approche plus dynamique.

1.1.3 Une approche fonctionnaliste

Au-delà de cette approche conceptuelle, la performance peut également être abordée sous l'angle de la théorie de l'action sociale selon PARSONS. Elle prend alors un aspect plus opérationnel et apparaît comme la résultante de la maîtrise de quatre process que sont la définition et l'atteinte de buts opérationnels, l'intégration des outils relatifs à la production, l'ajustement des ressources et l'existence de valeurs communes.



Source : tiré et adapté de Sicotte et coll. (1998).

Figure 1. Modèle multipolaire de conceptualisation de la performance des organisations de santé

Dans cette théorie, la performance est plus un état qu'une fin en soi en cela qu'elle n'est pas immuable et soumise à des variations temporelles et contextuelles. En effet, si l'atteinte des buts et la fonction de production peuvent être définis par une stratégie institutionnelle, cette approche met en lumière que des éléments particulièrement changeant sont de nature à influencer la performance :

- L'adaptation : les éléments détaillés dans le tableau illustrent que la performance ne saurait être identique pour tous les EPS et qu'elle nécessite d'être pensée

[43] Hervé Leclet et Claude Vilcot, *Qualité en santé: 150 questions pour agir*, s.l., Afnor, 2007, 486 p. p 397.

différemment et individualisée de par le contexte de chaque institution (positionnement concurrentiel sur le territoire et spécificité des besoins de la population, attractivité et disponibilités des ressources professionnelles, historique budgétaire, …) ;

- Les valeurs : l'existence d'une culture commune et d'un sens aux objectifs organisationnels institutionnels est un élément intrinsèque à la finalité de recherche de performance. Or, l'existence d'une culture ou le partage de valeurs sont des éléments variables qui peuvent s'émousser ou se renforcer dans le temps. Ce dernier critère met en exergue l'importance d'une ligne managériale qui cherche à renforcer ces deux éléments.

1.2 Le sens au travail

1.2.1 Qu'est-ce que le sens au travail **?**

Le mot sens revêt deux acceptions selon la racine retenue. Issu du latin, il se définit comme la capacité de ressentir et éprouver des impressions ou comme la représentation d'un fait ou d'un vécu. A contrario, la racine germanique renvoie à la notion de direction, d'orientation donnée à un fait ou une chose. Pour compléter la définition, le mot sens comporte également une composante psychologique dans laquelle il symbolise l'adhésion à des valeurs voire l'atteinte d'un équilibre.

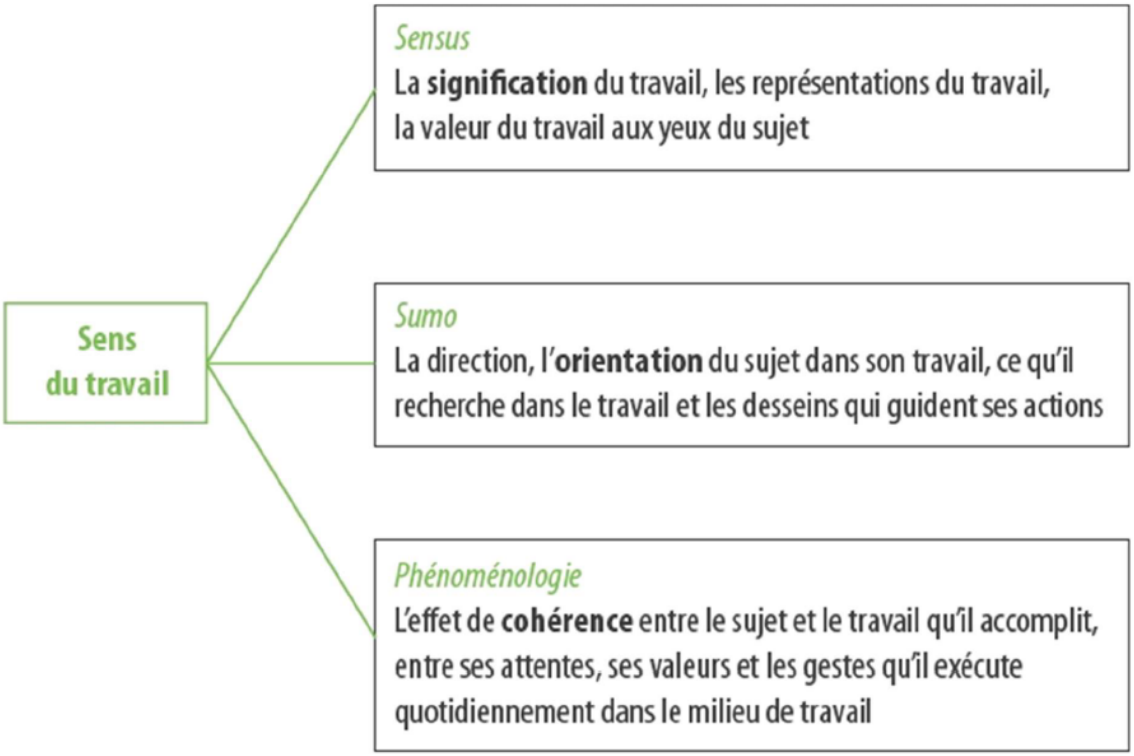
Le travail quant à lui se définit comme une « *activité humaine exigeant un effort soutenu, qui vise à la modification des éléments naturels, à la création et/ou à la production de nouvelles choses, de nouvelles idées* »[44] ; il est également un concept sociologique fort et représente pour LE GOFF une « *activité par laquelle les individus sont amenés à se forger une identité sociale, à entrer dans des rapports sociaux et à s'inscrire dans la collectivité* »[45].

Le travail porte donc en lui une forme de contradiction : toute contrainte qu'il est, il est également un levier d'épanouissement et de construction identitaire indispensable à chacun.

Le sens au travail peut ainsi s'étudier à l'aune de ces deux définitions. Il est alors la signification, la finalité et la capacité de partager des valeurs et un idéal que chaque individu tend à trouver dans une activité qui va lui permettre d'exister dans une société ; ce qui est mis en évidence dans le schéma ci-dessous :

[44] Trésor de la langue Française informatisé, « TLFi : Trésor de la langue Française informatisé », art cit.

[45] Michel Pietr, « Donner un sens au travail », *Empan*, 2004, vol. 55, nº 3, p. 81-87. p 82.



[46]

MORIN postule que « *le travail a du sens lorsqu'il s'accomplit dans un contexte qui respecte les valeurs humaines, dans un milieu qui respecte la justice [et] l'équité* »[47] alors même que BERNOUX expose que les individus « *n'acceptent les changements imposés que dans la mesure où ils en comprennent la logique, où ces changements permettent de donner un sens à leur travail (de se l'approprier)* »[48]. Ainsi, le sens au travail apparaît comme un sujet particulièrement complexe. C'est ainsi qu'il se construit sur des valeurs socles qui permettent l'acceptation du changement par l'individu, alors que notre exercice professionnel et la revue de la littérature mettent bien en évidence que les changements organisationnels nombreux, rapides et parfois contradictoires qui s'opèrent suite aux diverses réformes interrogent souvent ces mêmes valeurs. Le sens au travail semble donc être un concept labile qui, par essence, ne se décrète pas ni n'est permanent.

1.2.2 De l'importance du sens au travail

Pour tout un chacun, « *le sens du travail peut être conçu comme un effet de cohérence […], le degré d'harmonie ou d'équilibre qu'il atteint dans sa relation avec le travail* »[49]. Il revêt ainsi une connotation positive et apparait comme une finalité nécessaire pour atteindre une forme d'épanouissement professionnel. Cette assertion de MORIN porte l'idée que plus le

[46] Henri-Philippe GODEAU, « Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants... », Angers, 2019.
[47] Estelle M Morin, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, s.l., IRSST, 2008. p 43.
[48] Philippe Bernoux, « La responsabilité des managers », *Vie sociale*, 2009, vol. 3, n° 3, p. 117-135. p 132.
[49] E.M. Morin, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, *op. cit.* p 5.

sens est présent, plus l'épanouissement est important. Or, le contexte présenté en introduction identifie la perte ou l'absence de sens comme un élément plusieurs fois mis en exergue dans les organisations hospitalières contemporaines ou la littérature. Il convient alors de questionner les manifestations de l'absence de sens et ses impacts ; se concrétise-t-elle par une implication minimale ou bien inverse-t-elle les constats dressés pour aller jusqu'au désengagement ? Il a été documenté que l'absence de sens génère des effets délétères à prendre en compte. Ainsi, « *Le sentiment de non-sens peut être décrit comme un état de vide dans l'existence, caractérisé par l'ennui, l'apathie et la vacuité* »[50], autant de qualités qui ne sont actuellement pas recherchées dans le monde du travail et dans nos organisations hospitalières qui prônent a contrario l'implication et le dynamisme. Prendre en compte ce concept de sens au travail apparaît donc comme un élément fondamental de l'action du manager, et donc du DS, en ce qu'il est une clé de l'engagement professionnel de l'ensemble des acteurs.

Outre le fait, comme présenté plus tôt, que le sens au travail est évolutif au sein des organisations en fonction des changements qui les traversent, un autre élément renforce sa labilité. La notion de sens au travail est éminemment individuelle, et donc subjective. A ce titre, elle renvoie chaque individu à sa perception de son « *expérience réelle du travail, sur l'interprétation qu'il en fait et de ses expériences passées* »[51]. Ainsi, le sens émerge de la relation entre l'individu et son environnement. Pour chaque individu le rapport au sens se modifie en lien :

- Avec les expériences professionnelles passées et actuelles en les corrélant aux conditions de travail, aux pratiques managériales rencontrées, aux objectifs et valeurs de l'institution ;
- Avec l'éthique individuelle mais aussi celle reliée au groupe socio-professionnel d'appartenance ;
- Avec les événements de la vie personnelle qui vont interférer et modifier les priorités et systèmes de valeurs et croyances. Le sens n'est donc pas en soi préexistant mais se forge dans l'expérience et les relations entretenues avec autrui ;
- Avec des facteurs psychosociaux individuels d'adaptabilité et de résilience.

En tout état de cause, et selon la théorie défendue par WEISSKOPF-JOELSON, le sens est un élément déterminant, une « *condition sine qua non d'engagement personnel dans divers projets [et un] système de croyances qui lui permette de comprendre et d'interpréter son expérience* »[52]. C'est pourquoi l'effort demandé par la réalisation du travail n'est toléré que « *quand il est investi au service d'un but qui fait sens pour la*

[50] *Ibid.* p 6.
[51] Caroline Arnoux-Nicolas, « Chapitre 1. Qu'est-ce que le sens du travail ? » dans *Donner un sens au travail*, Paris, Dunod, 2019, p. 3-58. p 3.
[52] E.M. Morin, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, *op. cit.* p 7.

personne concernée. Sinon, à terme, cette personne n'appréhende plus son travail que par les contraintes, la pénibilité, les risques et les frustrations qu'il engendre »[53], autant d'éléments dont il faut se prémunir pour préserver une dynamique constructive au travail.

1.2.3 Qu'est ce qui fait sens au travail ?

Pour l'ensemble de ces éléments, travailler sur le sens au travail c'est prendre en compte ses deux dimensions et les faire se rejoindre : celle en lien avec les attentes et objectifs de l'institution en fonction de directives tutélaires, et celle de l'évolution des acteurs dont les aspirations ne sont pas figées.

A) Les caractéristiques intrinsèques du travail

De nombreuses recherches ont mis en lumière que « *les individus recherchent davantage un travail qui leur permette de se sentir utiles, de se réaliser comme personnes humaines et de participer à une œuvre commune* »[54]. Notre revue de littérature objective ainsi que les caractéristiques du travail qui se corrèlent positivement pour générer du sens sont :

- L'utilité ressentie du travail réalisé et des missions confiées ;
- La reconnaissance ;
- Les occasions d'apprentissage et de développement personnel proposées par les actions menées ;
- L'autonomie dans la réalisation des tâches ;
- La qualité des relations avec les autres acteurs de l'organisation.

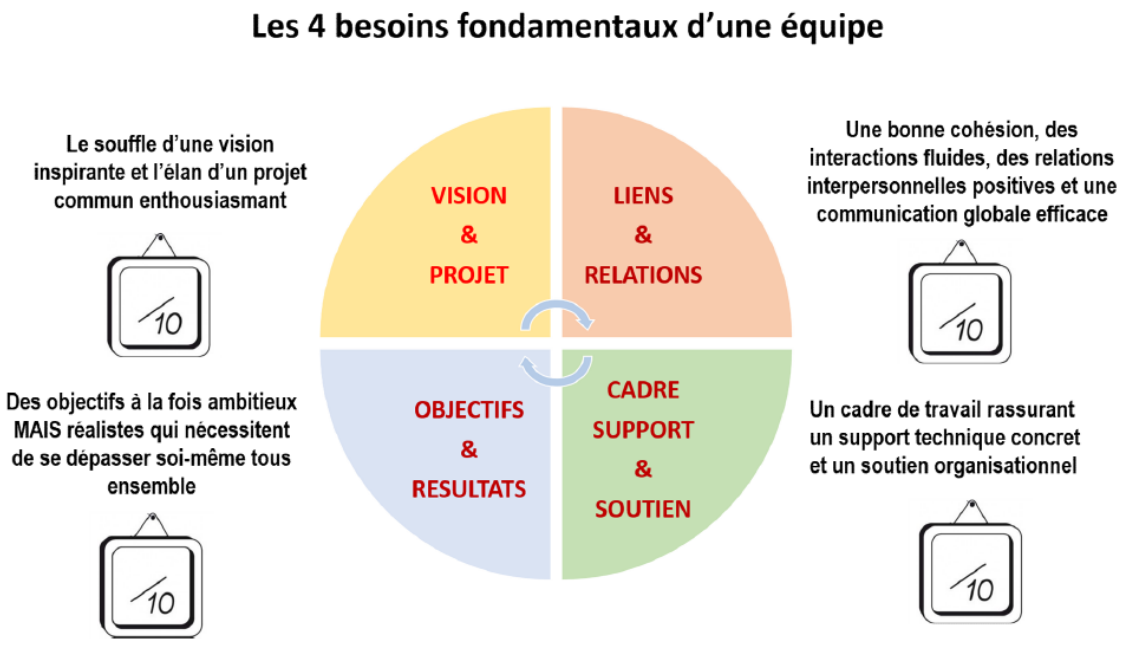
B) Construire du sens

Selon GODEAU, le sens se construit selon trois dimensions complémentaires : une organisationnelle, une individuelle et enfin une collective. Cette dernière apparaît comme fondamentale. Le collectif peut s'entendre à travers l'existence d'un groupe de travail, qui est un agrégat ou une somme d'individus, ou par la construction d'une équipe. Pour cette dernière, la sociologie des professions éclaire sur le fait que le tout représente plus que la somme des parties qui le composent. La théorie de la régulation sociale de DURKHEIM identifie bien en quoi la coordination, au sein d'une institution sociale, de l'ensemble des actions des protagonistes pour parvenir à une finalité permet la définition de normes internes au groupe et acceptées par l'ensemble des acteurs, normes aboutissant à la construction d'une auto organisation et de modes opératoires propres aux membres et basés sur leurs valeurs communes.

[53] H.-P. GODEAU, « Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants... », art cit. p 10.
[54] E.M. Morin, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, *op. cit.* p 42.

Pour le manager, construire du sens c'est donc travailler sur la finalité de l'organisation, prendre en compte individuellement l'ensemble des acteurs qui la composent mais aussi et peut-être surtout prendre en compte cette dimension collective. Nous retenons ainsi qu'« *il est impossible de mener une action correctement si les membres de l'équipe ne sont pas volontaires et prêts à coopérer en confiance les uns avec les autres. Les membres de l'équipe doivent adhérer au projet commun, d'où l'intérêt de le co-construire dans une logique participative [et] en cohérence avec les missions et l'environnement de l'institution. Une équipe est d'autant plus efficace si elle perçoit le sens de son action dans un contexte plus général* »[55]

Ainsi, il nous apparaît nécessaire d'étudier ce qui peut être mobilisateur pour construire une dynamique d'équipe. Nous retenons ainsi les éléments présentés dans le schéma ci-dessous :



[56]

Comme nous avons pu en affirmer l'importance préalablement, l'action du DS nous apparaît prépondérante pour impulser un travail sur le sens au sein de sa direction fonctionnelle. Ce point de vue se trouve renforcé par les travaux de BERNOUX selon qui « *les managers ont une grande part dans la construction de ce sens, qui […] englobe toute l'organisation, les relations hiérarchiques, etc. C'est en fonction du sens donné au changement que les salariés acceptent de s'engager* »[57].

[55] Mikaël Quilliou-Rioual et Morgane Quilliou-Rioual, « 7. Le travail en équipe » dans *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS*, Paris, Dunod, 2020, vol.3e éd., p. 77-84. p 77.

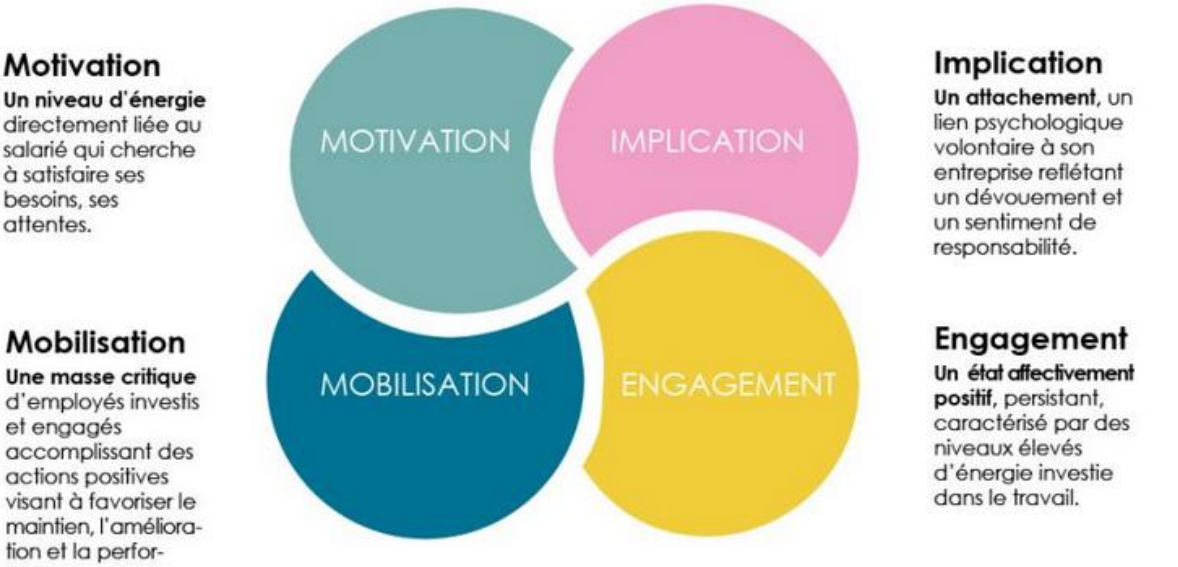
[56] H.-P. GODEAU, « Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants... », art cit.

[57] P. Bernoux, « La responsabilité des managers », art cit. p 135.

1.3 Engagement

1.3.1 Les raisons du choix de ce concept

Les liens entre l'individu et son travail sont complexes et sous susceptibles de mobiliser plusieurs concepts. Motivation, implication, mobilisation et engagement sont ainsi alternativement employés ; pour autant, sont-ils synonymes ? Suite aux recherches effectuées, des nuances sont mises en exergue et nous retenons le modèle présenté ci-dessous :



[58]

La motivation apparaît ainsi comme l'énergie déployée par l'individu pour atteindre un objectif quand l'implication traduit une dimension plus psychologique par l'attachement de celui-ci à son institution du fait d'une convergence de valeurs. Selon NEVEU, l'engagement renvoie à la tension entre l'individu et son emploi et représente une forme de synthèse entre motivation et implication en ce qu'il nécessite une adhésion aux normes existantes dans l'organisation pour s'investir pleinement dans l'action. La mobilisation renvoie elle à un « *processus progressif d'implication et d'engagement individuel [qui] implique que des comportements précis soient graduellement respectés […] par l'ensemble d'un groupe d'employés* »[59] ; elle sous-tend ainsi une forme d'uniformité dans les pratiques professionnelles d'un groupe pour atteindre un but. Comme nous n'avons pas postulé initialement que les pratiques managériales étaient uniformes dans un collectif CS et CSS, ce que nous n'avons jamais rencontré dans notre exercice professionnel antérieur, nous faisons le choix de retenir l'engagement comme concept à mobiliser dans la suite de ce travail.

[58] Damien Gauthier, *Vos collaborateurs sont-ils plutôt motivés, impliqués, engagés ou mobilisés ?*, https://blog.cinaps.com/plutot-motive-implique-engage-mobilise/ , 12 mars 2019, (consulté le 29 août 2021).
[59] *Ibid.*

1.3.2 La définition retenue

L'engagement professionnel peut se définir comme « *l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifestent l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis-à-vis d'elle et qui donnent sens à la vie professionnelle […] et personnelle* »[60]. Cette définition identifie bien que l'engagement mobilise le comportement de l'individu, c'est-à-dire sa « *manière d'être ou d'agir* »[61] et ainsi d'être en action dans son travail. En qualité de DS, nous recherchons bien cet engagement dans ce qu'il permet de mettre favorablement en action les équipes, élément indispensable à la bonne marche des organisations hospitalières.

Nous retiendrons dans ce travail le modèle d'engagement d'ALLEN et MEYER qui fait état de trois dimensions :

- « *L'engagement affectif, qui reflète une identification, une implication et un attachement émotif à l'organisation. L'employé reste au sein de l'organisation parce que tel est son désir ;*
- *L'engagement normatif qui représente une loyauté dérivée d'une obligation perçue envers l'employeur parce que tel est son devoir ;*
- *L'engagement de continuité qui repose sur les coûts perçus à quitter l'organisation. L'employé reste parce que c'est une nécessité* »[62].

En complément, SCHAUFELI et BAKKER[63] décrivent des comportements qui qualifient l'engagement :

- L'« *absorption* » : c'est la capacité de concentration et de focalisation sur les actions à réaliser ;
- Le « *dévouement* » : c'est la capacité à se mettre au service d'une cause et de se consacrer à l'organisation, elle renvoie au sentiment d'être utile dans son exercice professionnel et au sens que l'on trouve dans son travail ;
- La « *vigueur* » : c'est la volonté d'investissement et la capacité de résilience pour dépasser les aléas et poursuivre les actions menées.

Dernier élément que nous retiendrons dans la définition de ce concept et qui soulève un point de vigilance pour notre exercice à venir, l'engagement peut être perçu et vécu aussi bien comme une ressource que comme une contrainte. Appréhendé ou ressenti par l'individu comme une ressource, il représente un levier positif et favorise l'atteinte des objectifs et l'appropriation du changement ; l'engagement contrainte a quant à lui été

[60] Jean-Marie De Ketele, *Engagement professionnel*, s.l., De Boeck Supérieur, 2013. p 3.
[61] Trésor de la langue Française informatisé, « TLFi : Trésor de la langue Française informatisé », art cit.
[62] Pierre-Eric Sutter, Loïc Steffan et Dylan Michot, « Effondrement du monde : quel engagement professionnel ? », *Gestion 2000*, 2020, vol. 37, nº 1-2, p. 261-290. p 10.
[63] Sylvie Codo et Richard Soparnot, « Le rôle ambivalent de l'engagement au travail dans le stress professionnel des managers de proximité du secteur public », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2014, vol. 102, nº 3, p. 173-191. p 177.

identifié par des recherches[64] comme source potentielle de stress que TRUCHOT identifie comme réactionnel à un « *engagement trop intense dans une activité professionnelle trop exigeante* »[65].

Il apparaît ainsi que l'engagement est sujet à variations et se corrèle à l'intensité du travail ; c'est à ce titre qu'une des missions du manager, et donc du DS, est de réguler la charge de travail afin qu'elle demeure dans un intervalle propice au développement de l'engagement. Il convient donc d'étudier maintenant les théories managériales à implémenter pour parvenir à l'atteinte de cet objectif.

1.4 Théories managériales

En préambule de cette partie, nous souhaitons préciser qu'elle n'a pas vocation à être exhaustive. En effet, le management est un sujet extrêmement documenté et complexe. Nous ne traiterons ici que des éléments qui nous apparaissent structurant ainsi que de l'émergence de théories qui nous semblent pertinentes en ce qu'elles apportent des nouvelles perspectives et ne sont pas nécessairement connues de toutes et tous.

1.4.1 Management ou leadership ?

Tout d'abord, nous souhaitons clarifier la terminologie et lever la confusion qui existe souvent entre les concepts de management et de leadership.

Le management s'entend comme l'« e*nsemble des méthodes d'organisation efficace (définition et partage des responsabilités) et de gestion rationnelle (en fonction d'objectifs ou de programmes fixés) employées dans la direction d'une affaire, d'une entreprise* »[66] ou encore comme « *l'art de mobiliser des énergies en vue d'atteindre un objectif commun* »[67].

Le leadership se définit quant à lui, en reprenant les propos de BERGERON, comme l' « *ensemble des activités et surtout des communications interpersonnelles par lesquelles un supérieur hiérarchique influence le comportement de ses subalternes dans le sens d'une réalisation volontairement plus efficace des objectifs de l'organisation et du groupe* »[68].

Il apparaît donc clairement qu'un des concepts, le management, est centré sur la finalité et sur l'aspect organisationnel, quand l'autre, le leadership, définit la capacité d'un individu à administrer l'organisation et à inscrire l'ensemble des acteurs dans l'action.

---

[64] *Ibid.*

[65] Sylvie Guerrero, *Comportement organisationnel*, De Boeck Sup., s.l., DE BOECK SUP, 2015, vol.2, 366 p. p 313.

[66] Trésor de la langue Française informatisé, « TLFi : Trésor de la langue Française informatisé », art cit.

[67] Jean-René Loubat, « Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines », *Empan*, 2006, vol. 61, nº 1, p. 24-29. p 25.

[68] Claude Louche, « Chapitre 10. Le leadership » dans *Psychologie sociale des organisations*, Paris, Dunod, 2019, p. 157-173. p 157.

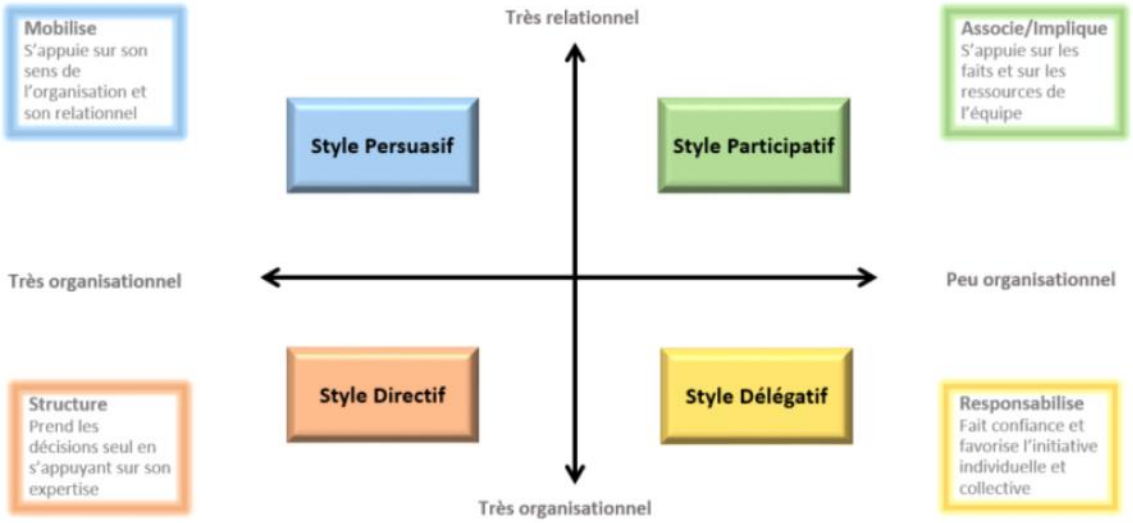
1.4.2 Leadership

Demeurant volontairement succinct sur ce concept, nous ne présenterons que le schéma suivant qui permet de comprendre les différents styles de leadership qui peuvent exister et les contextes dans lesquels ils s'avèrent les plus pertinents.

[69]

Si, suite à l'analyse de notre enquête de terrain, nous chercherons à identifier les modalités d'action du manager, nous souhaitons à ce stade du travail détailler les grandes théories managériales.

1.4.3 Les styles de management classiques



[70]

[69] *Quels sont les différents styles de leadership ?*, https://www.digitalrecruiters.com/blog/quels-sont-les-differents-styles-de-leadership , 28 décembre 2020, (consulté le 30 août 2021).
[70] *Développer sa start-up : comment passer de la posture de fondateur à celle de dirigeant – deuxième partie | Start&Scale*, http://startandscale.fr/developper-sa-start-up-comment-passer-de-la-posture-de-fondateur-a-celle-de-dirigeant-deuxieme-partie/, (consulté le 30 août 2021).

1.4.4 Les nouveaux courants managériaux

A) Le lean management

Le lean est un concept managérial mis en place dans les usines automobiles japonaises dans les années 1970. Il s'est bâti sur le besoin de dépasser les modèles alors en vigueur (Taylorisme et Fordisme) répondant à une logique de production de masse. Il recherche le développement de la performance organisationnelle ; pour ce faire, il prône la standardisation des processus et le développement de méthodes de travail à travers une approche globale d'amélioration continue. Les trois axes de travail sont :

- « *La productivité : accroître la production par unité d'œuvre (personne/machine) ;*
- *La qualité : produire des produits répondant aux attentes des clients […] ;*
- *Les coûts et délais : réduire les coûts (efficience) et respecter les engagements en termes de délais (efficacité)* »[71].

Cette idéologie centrée sur l'outil de production fait que, tout au long de notre expérience professionnelle, nous avons pu constater une connotation péjorative à ce mode de management. Pourtant, en étudiant plus avant les préceptes du lean management, nous notons que celui-ci retient le principe d'organisation apprenante et se focalise sur les professionnels en cherchant leur développement et leur montée en compétences.

B) Le management agile

Ce courant de pensée fait suite au constat d'une inadaptation des modèles basés sur un management par objectifs et suivi d'indicateurs. Pour les concepteurs de cette théorie, dont BARRAND, les organisations professionnelles contemporaines doivent s'adapter à cinq ruptures que rencontre l'ensemble de la société :

- La complexité : le constat dressé est celui d'un environnement toujours en mouvement, dans lequel plus rien n'est immuable et où toute institution est un système « *ouvert sur son environnement et dépendant de cet environnement* »[72]. Il faut ainsi dépasser la recherche de maîtrise de cet environnement pour au contraire développer la capacité à adapter les stratégies en continu ;
- La montée de l'individualisme : en lien avec le développement des Technologie de l'Information et de la Communication (TIC) et avec la complexité croissante, l'individu ne doit plus se concevoir comme un acteur qui agit dans un système selon un schéma de règles et de normes défini par des élites sociétales mais comme un concepteur de son propre environnement qui est ainsi constamment réinventé. Cette rupture nécessite un changement de paradigme et de passer de la « *logique*

[71] Thierry Bourguignon, « Chapitre 8. Les outils : le Lean » dans *Entreprises : vers l'excellence*, Paris, Dunod, 2018, p. 85-89. p 85.
[72] Jérôme Barrand, *Le manager agile - 3e éd. - Agir autrement pour la survie des entreprises : Agir autrement pour la survie des entreprises*, 3e édition., s.l., Dunod, 2017, 272 p. p 106.

de procédure à la logique de processus »[73], avec la nécessité en corollaire que tous collaborent à la mise en œuvre de ce même processus ;

- L'incertitude croissante : l'augmentation de la complexité a pour conséquence de ne plus permettre une lecture claire et pérenne du monde. C'est ainsi que les repères de tout un chacun sont modifiés en permanence, ce qui induit un sentiment d'incertitude. Face à celui-ci, GODET identifie trois postures réactionnelles[74] :
    - Une passive dans laquelle l'individu subit les évolutions ;
    - Une adaptative dans laquelle l'individu cherche à développer des stratégies pour intégrer les changements qui se produisent ;
    - Une volontariste qui se caractérise par la capacité à anticiper les changements en développant la compréhension de son environnement ;
- La finitude : cette rupture fait état, du fait de l'évolution constante et rapide de l'environnement, de l'incapacité à mesurer les effets d'une action dans le temps car le contexte lors de l'évaluation ne sera sans doute plus identique à celui qui a engendré l'action. C'est pourquoi les préconisations vont vers l'implémentation d'organisations simples plutôt que de modèles complexes dont les impacts ne sont pas connus et vers l'instauration d'une dynamique d'amélioration continue ;
- Le développement de l'interdépendance : pour l'ensemble de ces éléments, et afin de bâtir des organisations capables d'innover et d'anticiper, la coopération pérenne des acteurs est primordiale et nécessite de travailler sur le sens partagé de l'action pour éclairer les buts et objectifs et identifier en amont les limites et faiblesses.

Le management agile est ainsi un modèle qui invite selon PONS à passer d'un « schéma de création de valeur ajoutée à celui de partage de la valeur créée »[75] ou encore d' « un management qui privilégie le contrôle et la conservation à un management qui privilégie l'efficacité et la qualité de service »[76] ; c'est également un courant de pensée qui invite le manager à questionner son positionnement et le fonctionnement souvent pyramidal des organisations. En effet, les auteurs postulent que dans ce modèle, « la tentation autocratique est un réflexe malheureux »[77] et qu'il convient au contraire de réduire les lignes hiérarchiques pour autonomiser les acteurs et leur laisser un pouvoir décisionnel en déléguant une part de la prise de décision et en développant la subsidiarité. Pour ce faire, les auteurs invitent à dépasser certaines pratiques et prônent que « le management ne peut plus s'appuyer sur le principe du pouvoir lié à l'information possédée. Au contraire, le principe dominant est celui du partage d'information, le plus rapidement possible »[78].

---

[73] *Ibid.* p 56.
[74] Michel Godet, *De l'anticipation à l'action : Manuel de prospective et de stratégie*, s.l., 1993.
[75] J. Barrand, *Le manager agile - 3e éd. - Agir autrement pour la survie des entreprises*, *op. cit.* p 1.
[76] J.-R. Loubat, « Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines », art cit. p 28.
[77] J. Barrand, *Le manager agile - 3e éd. - Agir autrement pour la survie des entreprises*, *op. cit.* p 103.
[78] *Ibid.* p 75.

2 Méthodologie de l'enquête de terrain et résultats

2.1 Construction de l'enquête

Afin d'interroger au mieux la question de recherche ainsi que les hypothèses, il nous est apparu opportun de questionner l'ensemble de la ligne managériale. L'objectif poursuivi est d'étudier la compréhension et la perception des concepts étudiés par l'ensemble des acteurs en position de mangement dans les EPS et d'étudier comment les acteurs en position stratégique (les DS) tentent d'en faciliter l'appropriation par les CSS et les CS afin que ceux-ci se voient relayés jusque sur le terrain.

Pour le choix des établissements publics de santé terrains de notre enquête (annexe 1), nous avons recherché des hôpitaux dans lesquels le DS en position de Coordonnateur Général des Soins (CGS) est en relation directe avec son équipe managériale, composée de CSS et de CS. Nous avons donc exclu les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) dans lesquels la Direction des Soins se compose le plus souvent d'une équipe de DS ; nous avons estimé que la répartition des missions et fonctions induite par cette pluralité pouvait constituer un biais dans notre enquête.

2.1.1 A destination des DS et CSS

Nous avons retenu la réalisation d'entretiens semi-directifs, mode opératoire le plus adapté pour obtenir le ressenti des personnes interviewées sur les thématiques recherchées.

Ainsi, une grille d'enquête (annexe 2) a été construite afin de questionner les DS et CSS sur les concepts mobilisés et présentés en première partie.

Après une introduction rappelant le contexte de l'entretien ainsi que la confidentialité des données et l'anonymisation des réponses, une question initiale pour installer un climat de confiance et d'échange est proposée et invite les personnes interrogées à exposer leur parcours professionnel.

La thématique n°1 cherche à interroger l'acculturation des enquêtés au concept de performance. Elle questionne ainsi leur propre définition du concept mais aussi leur appropriation des politiques publiques en lien avec celui-ci. Enfin, elle tente d'identifier comment ce concept de performance se décline au sein des établissements de santé.

La 2ème thématique ouvre plus largement sur la perception des enquêtés. Elle souhaite identifier les impacts de cette recherche de performance sur la réalisation du travail par les cadres de santé en proximité. Des questions de relance sont prévues afin d'obtenir leur perception sur le sens au travail et l'engagement professionnel des équipes de managers de proximité.

Enfin, la 3ème thématique interroge les pratiques managériales que les DS et CSS identifient comme adaptées pour implémenter cette culture de performance.

La réalisation d'entretiens préparatoires[79] ayant pour objectif de tester cette grille d'entretien a conduit à apporter des ajustements. Nous avons ainsi ajouté plusieurs questions. La première interroge l'obtention par l'interviewé d'un diplôme universitaire de type Master 2 ; cet élément de formation ayant été jugé opportun car apparaissant comme significatif dans l'appropriation des concepts mobilisés. Ensuite, il est apparu pertinent d'interroger les DS et CSS sur leur perception de l'adaptation de la formation des CS en Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Enfin, il a été demandé aux personnes questionnées si elles effectuaient une veille réglementaire et avec quelle finalité ; les entretiens préparatoires ayant mis en évidence l'intérêt de ce sujet et la plus-value d'en effectuer un relai jusque sur le terrain des services.

Les entretiens réalisés sont présentés en annexe 3 ; tous ont donné lieu à une retranscription intégrale des propos tenus par les personnes interviewées. Ces propos retranscrits ont été répartis dans une grille d'analyse permettant de mettre en évidence les points d'achoppement et de divergence dans les opinions et perceptions afin d'en faire ressortir les éléments saillants.

2.1.2 A destination des cadres de santé et faisant fonction de cadres de santé

A) Choix d'un questionnaire

Il nous est apparu pertinent pour l'étude du sujet de rechercher la compréhension de l'encadrement de proximité quant à ces thématiques. La réalisation d'entretiens semi-directifs a d'emblée été écartée. En effet, la lourdeur de cette méthodologie aurait conduit à restreindre le nombre de CS interviewés, et donc à n'avoir aucune représentativité, alors même que l'objectif poursuivi était de réaliser une forme de diagnostic. En effet, la littérature renvoyant régulièrement l'existence d'un malaise au sein de la population CS, l'idée était d'analyser cette littérature et de la confronter à une enquête permettant de valider l'existence de ce malaise ou de l'infirmer. Ainsi, nous avons fait le choix de réaliser un questionnaire pour pouvoir atteindre un nombre plus important de CS et ainsi prétendre à une représentativité des données recueillies et une portée scientifique des analyses proposées. Afin de permettre l'expression la plus libre possible, et d'obtenir ainsi le vrai ressenti des CS, nous avons assuré à l'ensemble des répondants la confidentialité des données et pris l'engagement que les résultats ne seraient pas communiqués hors le cadre de cette étude.

[79] Un DS et un CSS ont été auditionnés avec la trame martyre de la grille d'entretien.

B) Construction du questionnaire

Celui-ci a été élaboré selon les éléments retrouvés dans la littérature et présentés en première partie. Ainsi, chacun des concepts prévalents (performance, sens et engagement) a été décliné selon les sous-concepts qui le composent :

Concept	**Sous-concept**
Sens	Autonomie
	Reconnaissance
	Utilité du travail
	Opportunités d'apprentissage
	Qualité des relations avec les collègues
Performance	Efficacité
	Efficience
	Qualité
	Pertinence
Engagement	Engagement affectif
	Engagement normatif
	Engagement de continuité

Puis, en regard de chaque sous-concept, une à deux questions l'interrogeant ont été rédigées. Sur la thématique de la performance, trois questions plus générales ont été ajoutées pour questionner le niveau de maîtrise globale du concept. Cela a abouti à la première ébauche présentée en annexe 4. Ensuite, les questions ont été mélangées aléatoirement afin qu'il n'apparaisse pas de suite logique dans leur enchainement et que les réponses soient le plus spontanées possibles. Afin de rendre le questionnaire plus facilement exploitable et de ne pas générer un temps de réponse trop long qui aurait pu décourager les CS, nous avons fait le choix de restreindre les réponses possibles aux seuls critères suivants :

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord

Nous avons délibérément réduit les réponses possibles et exclu la possibilité d'un choix de type « non concerné » pour que chaque CS exprime son vécu ou son ressenti (s'il n'est pas concerné au quotidien dans sa pratique par la question) sur le sujet, et que les réponses puissent être classées en accord ou en désaccord avec la proposition.

En préambule à ces questions, nous avons demandé aux CS de renseigner leur établissement d'exercice, leur statut professionnel (CS ou FFCS) ainsi que leur ancienneté dans la fonction managériale. Puis, à la fin, nous avons laissé l'opportunité à chaque CS de s'exprimer (expression du ressenti quant au questionnaire, réflexion complémentaire ou idée non interrogée, …) à travers une question en texte libre.

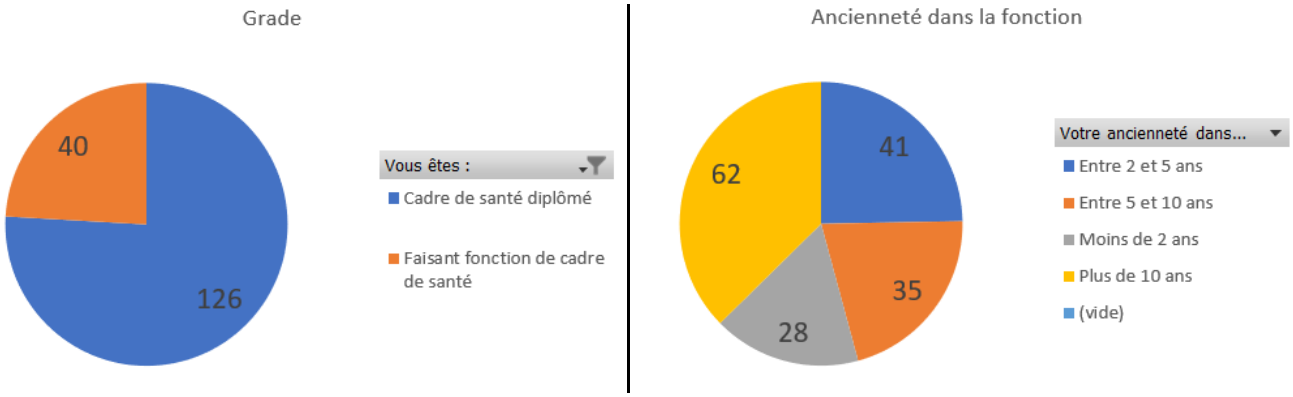
C) Diffusion et recueil des données

Ce questionnaire a ensuite été transféré sous format Google Form®. Nous avons retenu ce mode opératoire par sa facilité d'usage et de diffusion. Il permet en effet de s'affranchir

d'un envoi papier qui aurait sollicité les établissements terrains d'enquête pour colliger les documents, puis qui aurait nécessité une retranscription des données ; en lieu et place, un lien informatique a été diffusé via les secrétariats des Direction des Soins après aval des DS et les données se sont incrémentées automatiquement dans un fichier qui a par la suite permis une extraction sous Excel® et la réalisation des statistiques qui seront présentées par la suite.

Le questionnaire final est présenté en annexe 5.

Le lien Google Form® a été envoyé puis diffusé au sein de 6 établissements. 166 CS et FFCS ont répondu au questionnaire en ligne ; la répartition des répondants est la suivante :



2.2 Résultats

Les réponses des CS et FFCS ont été colligées et sont présentées en annexe 6. Pour une meilleure lisibilité, nous ne reprendrons dans la suite de ce travail que les éléments saillants que nous avons pu mettre en évidence.

2.2.1 La performance, un concept intégré ?

L'enquête réalisée a mis en évidence que le concept de performance est globalement appréhendé par l'ensemble des acteurs.

Ainsi, auprès de tous, et notamment des CS, la notion d'efficacité n'apparaît pas comme un sujet de débat et le contrôle de l'efficacité des organisations est un principe admis et déployé de manière homogène quel que soit l'établissement étudié, le statut managérial ou l'ancienneté dans la fonction.

Sur le versant de la qualité, les éléments d'analyse démontrent également une adhésion aux démarches initiées (notamment la certification des établissements de santé) et visant à l'amélioration de la qualité des prises en charge. Ils mettent cependant la lumière sur le fait que les informations obtenues ne sont pas nécessairement réinvesties sur le terrain.

La thématique de la pertinence des soins apporte les premières constatations de divergences dans les opinions exprimées. Les réponses montrent que, si les CS évaluent positivement (75% et 64% de retours favorables) les étapes de prises en charge qui relèvent de leur mission de coordination des parcours patients (prise en charge des patients dans des unités hors spécialité et suivi des durées d'hospitalisation), la collaboration entre

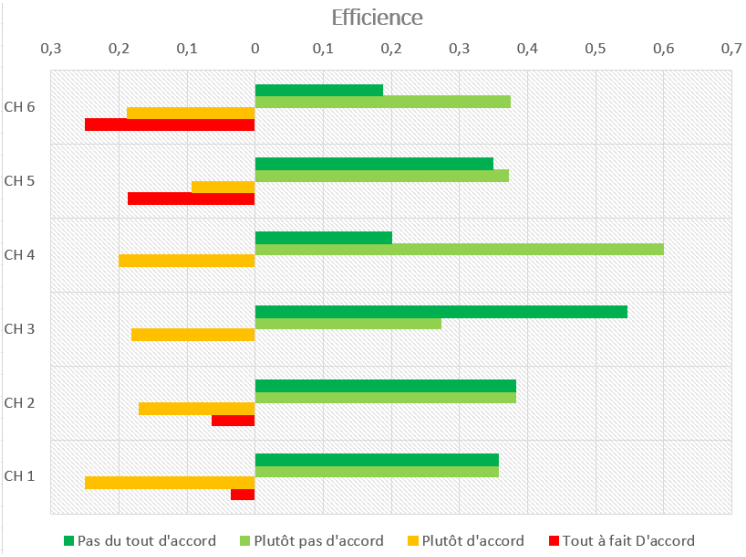
les services reste un sujet à traiter ; 47% d'entre eux identifiant un manque de fluidité. Ce point a également été abordé par plusieurs DS et, si les chiffres ne montrent pas d'écart significatif entre les EPS étudiés, il semble qu'au sein du CH 4 « *la structuration en pôles s'est faite mais […] sur le papier. Dans le fonctionnement de l'hôpital rien n'a changé concrètement ça veut dire qu'on est toujours sur les mêmes schémas avec les services, les logiques de chapelle* »[80]. Ce sujet de parcours intra hospitalier des patients demeure donc globalement une thématique à appréhender et questionner.

Comme nous l'imaginions, la notion d'efficience est celle qui apporte le plus de nuances. La question, « l'efficience c'est faire toujours plus d'activité avec toujours moins de moyens », à destination des CS a volontairement été formulée ainsi. Selon la revue de littérature réalisée, nous nous attendions à retrouver une adhésion des CS à cette assertion, mettant en avant la connotation négative que peut véhiculer ce concept. Contre toute attente, les CS se dont déclarés très majoritairement défavorables à cette affirmation, laissant ainsi penser que l'efficience est comprise et appréhendée sous l'angle de la réalisation de l'activité avec les justes moyens nécessaires, ce à quoi nous adhérons.

Question	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
L'efficience c'est faire toujours plus d'activité avec toujours moins de moyens	10%	17%	36%	36%

Nous avons donc cherché à comprendre cet écart avec les réponses attendues. Si nous n'avons pas identifié de spécificité de répartition en fonction du statut (FFCS ou CS) ou de l'ancienneté dans la fonction, il nous est apparu qu'une étude par établissement semblait pertinente. En effet, le graphique ci-dessous met en évidence une répartition très différente selon les Centres Hospitaliers (CH) étudiés. Dans les CH 5 et 6, où le taux d'adhésion est le plus fort, le contexte institutionnel a son importance.

Dans le CH 6, le DS évoque un contexte financier contraint et un discours institutionnel, centré sur l'efficience, qui achoppent avec les CS, évoquant même le fait de « *devoir se battre avec certains CS qui veulent toujours avoir plus sans avoir une réflexion sur la charge en soins et les capacités de l'établissement » ; le CH 5 étant lui dans un contexte de Plan de Retour à l'Equilibre Financier (PREF), évoquant un « hôpital qui a beaucoup trinqué sur le plan médico-économique avec une dette cumulée énorme »*[81].



[80] DS 4
[81] DS 5.

Il est à noter que le CH 1 est également déficitaire ; pour les autres EPS, les entretiens n'ont pas mis en évidence d'élément de cet ordre. Nous constatons donc qu'un contexte économiquement compliqué expose les CS de proximité et les contraint davantage ; ce vécu les conduit ainsi à appréhender plus négativement le concept d'efficience.

2.2.2 La performance, une affaire collective

A la question « pouvez-vous définir le concept de performance ? », les DS ont assez peu évoqué le concept global ; tous ont plutôt été dans l'approche décrite comme fonctionnaliste. Si nous analysons selon le modèle multipolaire présenté, nous notons que :

- Au niveau de l' « atteinte des buts », tous ont évoqué la notion d'efficience et plusieurs ont abordé l'aspect populationnel avec « *l'évolution par rapport aux patients et aux usagers qui ne sont plus dans les mêmes attentes par rapport à la prise en charge* »[82] ;
- Sur le critère de la « production », tous ont mis en avant la nécessaire recherche de qualité et de sécurité des prises en charge proposées aux usagers ;
- Le versant « adaptation » de l'organisation a lui été abordé :
  - Sous l'angle des ressources humaines. En expliquant que « *la performance c'est obtenir des bons résultats en fonction des capacités et des compétences de chacun* »[83], un DS identifie deux dimensions qui aboutissent à la performance :
    - Une individuelle qui questionne les compétences de tout un chacun et la dynamique institutionnelle implémentée pour accompagner les individus vers le développement ou l'acquisition des compétences attendues. Cette relation individu / compétence / performance n'est pas immuable et « *quand on redevient novice alors qu'on était expert avant, on n'est peut-être pas performant tout de suite* »[84]. Cela éclaire donc toute la variabilité possible de la performance et la dimension d'accompagnement toujours renouvelé des professionnels ;
    - Un collective avec l'idée que la performance s'obtient par l'addition des compétences de chacun. Cette idée fait consensus parmi les DS pour qui cette performance repose sur une « *une vision globale dans l'établissement et […] un sens commun, un sens collectif* »[85]. Nous identifions ici un point de vigilance : MORIN émet l'opinion que là « *où la logique d'excellence et de dépassement prévaut, on voit renforcer les valeurs de compétition et d'individualisme alors que les valeurs de coopération et de communauté s'effritent* »[86]. Il appartient donc au DS de porter le sens d'une performance institutionnelle globale et ne créant pas de clivage entre les acteurs qui tous concourent à son atteinte ;

[82] DS 4.
[83] DS 3.
[84] Ibid.
[85] DS 6.
[86] Estelle M Morin, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, s.l., IRSST, 2008, 62 p. p 42.

- A travers la responsabilité populationnelle et les missions d'intérêt général qui incombent au Service Public Hospitalier : « *on sait bien qu'il y a des services qui sont plus ou moins performant selon les activités […]. On a des missions dont on n'arrivera jamais à faire monter la performance. On est présent, on est obligé d'assurer la continuité des prises en charges, on a la permanence des soins* »[87] ou encore « *il faut à la fois répondre aux missions de santé publique, soigner tout le monde sans discrimination* »[88] ;

- Sur le plan des valeurs et de la culture institutionnelle, les propos tenus identifient que « c*'est un peu fonction de l'institution. Si une institution ne colle pas à ces sujets de performance, si la politique du directeur général ce n'est pas celle-ci, si la politique ressources humaines / Direction des Soins ce n'est pas celle-ci, le CS il n'arrivera pas à s'y retrouver. Il faut vraiment que ça soit animé par une politique managériale forte* »[89].

L'ensemble de ces éléments renforce l'idée qu'au-delà d'une finalité absolue, la performance doit s'entendre comme la résultante d'une histoire institutionnelle, d'une politique générale d'établissement structurée et structurante et de la prise en considération des ressources disponibles qui devront être mobilisées et accompagnées vers l'atteinte des cibles déterminées.

Nous avons retrouvé par deux fois, auprès de DS3 et DS 5, une définition de la performance que nous n'avions initialement pas identifiée. Ainsi, celle-ci a été explicitée sous l'angle de la « *performance sportive ou athlétique, c'est-à-dire l'entraînement, la compétition, le travail d'équipe, les objectifs individualités, les objectifs collectifs, l'atteinte de résultats et des objectifs. […] La notion de performance dans le sport elle est assez saine et je pense qu'on peut facilement la transposer sur un mode managérial dans nos établissements* »[90]. Un retour à la littérature nous a permis de retrouver une telle conception de la performance, plus nuancée toutefois. Ainsi, pour MINVIELLE, « l*e réflexe est souvent de juger la performance organisationnelle en référence à l'exploit sportif. Le dépassement et la performance exceptionnelle deviennent l'étalon de mesure. La maximisation de tous les indicateurs de performance est alors visée* »[91]. L'auteur pointe les limites de cette approche qui tiennent à la complexité des organisations contemporaines et à l'impossibilité de performer sur toutes les dimensions, mais aussi à la subjectivité structurelle de la performance qui ne s'évalue qu'à travers des indicateurs élaborés et soumis à divergence d'appréciation. In fine, cette approche nous semble intéressante et nous en retenons que « *la performance n'est pas tellement de pousser les uns les autres à être les meilleurs mais […] c'est performer, c'est-à-dire essayer de produire le mieux de ce qu'on peut faire avec*

[87] DS 4.
[88] CSS 2.
[89] DS 5.
[90] Ibid.
[91] É. Minvielle et al., *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion*, *op. cit.* p 41.

ses moyens, ses compétences et ses capacités. Si quelqu'un a des compétences mais qu'il ne les mobilise pas au maximum, […] en termes de performance on n'est pas bon »[92].

2.2.3 L'enjeu de la délégation de gestion

Un élément qui ressort de l'analyse des entretiens des DS et CSS est l'importance de structurer au sein de l'institution la délégation de gestion. DS 5 dresse ainsi le constat que les EPS ont « *parfois peur de leur donner l'ensemble des éléments [aux CS et CSS, ndlr] pour qu'ils puissent avoir une belle dimension dans la performance attendue* »[93] et en conclu que dans de tels contextes, l'encadrement « *se perd parce qu'il a du mal à cerner les enjeux* »[94]. Cela se retrouve dans le discours des CSS avec une expression de frustration et le sentiment que quand « *on n'a pas de délégation de gestion, on est un peu dans une gestion de la performance à l'aveugle […], on voit qu'il y a des actions faisables mais ça s'arrête là […], ça ne conduit pas vraiment à un plan d'action* »[95] au sein des pôles. DS 5 propose de déployer une réelle politique managériale et de décentraliser la gestion en expliquant les tenants et aboutissants et en donnant des moyens, seule condition pour « *motiver les managers et leur donner la capacité de performer [et de] piloter réellement une activité* »[96]. Sa préconisation est de recourir à la contractualisation interne, au niveau des pôles mais aussi des services afin d'avoir un pilotage le plus en proximité possible, promouvant ainsi la subsidiarité et la capacité des acteurs à décider pour eux-mêmes dans un cadre défini et structurant, validé institutionnellement.

2.2.4 La perte de sens des cadres, réalité ou fiction ?

La littérature étant riche sur cette thématique, il nous intéressait de confronter la théorie à la réalité de terrain.

A) Une réalité pour les DS

Il apparaît à la lumière des entretiens réalisés que la majorité des DS et CSS perçoivent au quotidien cette perte de sens des CS dans leur travail, souvent exprimée sous le terme de malaise. La thèse selon laquelle « *les changements à l'hôpital […] rendent les équilibres très fragiles [et] touchent de très près […] l'organisation du travail et les rapports de chacun à son travail* »[97] trouve ainsi un écho auprès des DS. Ils constatent ainsi qu' « a*ujourd'hui l'hôpital a changé. […] dans la façon de le gérer, on est dans le situationnel en permanence,*

[92] DS 3.
[93] DS 5.
[94] Ibid.
[95] CSS 2.
[96] DS 5.
[97] Josette Hart, Sylvie Lucas et Annie Goudeaux, *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2002, 180 p. p 77.

dans la capacité à agir en permanence, dans les injonctions paradoxales »[98], et que ces dernières entrent « *parfois en écart avec les attentes ou les valeurs des cadres* »[99].

Une des causes évoquées à cette perte de sens est, selon DE BORT et FOURSANS, une « *crise des représentations* » [100], c'est-à-dire un écart entre le métier idéalisé et intellectualisé et le métier réel, voire entre les conditions d'exercice professionnel antérieures et celles désormais en vigueur. Cette crise se manifeste dans les EPS avec des CS qui « *se retrouvent dans une situation où ils ne sont pas dans ce qu'ils attendaient du métier avec une forme d'insatisfaction […]. Ils se retrouvent face à cette gestion qui s'impose à eux* »[101]. Cette crise revêt également un aspect plus générationnel avec certains CS qui « *doivent changer de paradigme et c'est compliqué parce qu'ils sont bien ancrés dans leur rôle qui est très ancien [et] qui date des années 90, du super technicien qui est encore très dans le concret, dans la technique. Et là on lui demande maintenant de sortir de ça pour se détacher de la clinique, déléguer plus aux professionnels de terrain pour avoir un rôle de supervision, […] contrôler que tout est bien fait dans les règles de l'art, […] lire ses indicateurs pour voir comment d'un point de vue économique les activités du service se positionnent par rapport aux ressources* »[102].

Autre étiologie évoquée à cette perte de sens, le fait que les individus concernés n'auraient « *pas suivi l'évolution des écarts […], les transformations, les recompositions et les restructurations de leur environnement professionnel et les pratiques métiers qui leurs sont pour partie imposées* »[103]. Sur ce point, les éléments mis en lumière dans les entretiens des DS sont de deux ordres. Tout d'abord, il est nécessaire, pour que les CS puissent se les approprier, que les évolutions et restructurations leur soient exposées. Ainsi, il est important de structurer et de « *vraiment définir ce qu'on attend d'un cadre* »[104] et de prendre en considération et d'expliquer que « *ce qu'on demandait à un cadre c'était d'être au plus près de son organisation et savoir comment ça se passait dans son service. On a perdu un peu ça, on est passé sur un schéma où le cadre il n'est plus au centre de ces processus-là. Maintenant la place qu'ils ont c'est gérer l'incertitude* »[105]. Ainsi l'appropriation par les CS de leur rôle et des ajustements induits par la variation de l'environnement nécessite la clarification précise des attendus. En effet, validant ce constat d'évolution de la mission, un CSS explique que les CS « *sont plus dans la gestion et à distance. Ils sont impactés par des projets institutionnels, ils sont référents de certaines activités et il y en a certains qui*

[98] DS 5.
[99] DS 1.
[100] Clara DE BORT et Serge FOURSANS, « Le malaise des cadres hospitaliers », *Revue hospitalière de France*, 2003, nº 490. p 55.
[101] DS 1.
[102] DS 4.
[103] H.-P. GODEAU, « Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants... », art cit. p 8.
[104] DS 3.
[105] Ibid.

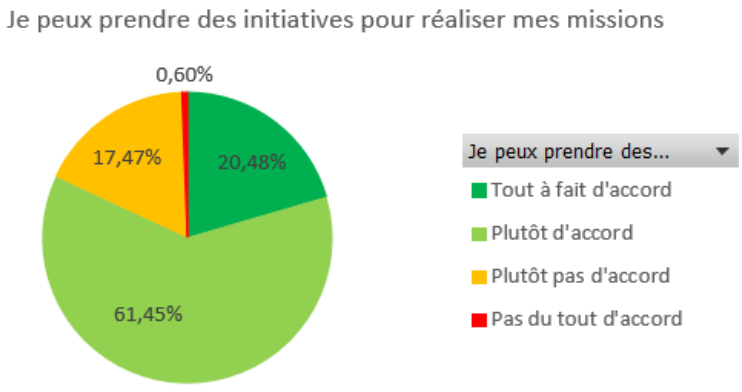
n'ont peut-être pas franchi le pas »[106]. La seconde idée soulevée concerne la communication et l'accompagnement de ces changements de rôle. Au sein du CH 4, il semble que cette transition entre le « CS technicien » et le « CS pilote » s'est faite très rapidement lors d'un changement d'équipe de direction. La politique institutionnelle a radicalement changé pour mener la transition entre un modèle de fonctionnement ancien et la réalité économique de l'établissement qui nécessitait un renversement de paradigme. L'encadrement a été particulièrement impacté et « *ça a été la catastrophe dans l'établissement parce que les cadres, on leur disait que, enfin le message qu'on leur faisait passer, c'est que le job qu'ils faisaient n'était pas du tout un job de cadre* »[107]. Ainsi, quand la dynamique de changement n'a pas été incarnée au sein de l'établissement, son implémentation rapide et radicale a des conséquences importantes, les CS le ressentant comme la remise en question de leur travail et de leurs missions.

B) Qu'en pensent réellement les CS ?

Jusqu'à présent, notre enquête de terrain semble plutôt conforter l'existence d'un malaise, une perte de sens chez les CS, dû à la modification des attendus et du rôle de cette fonction, mais aussi consécutif à un déficit d'accompagnement dans le changement.

En complément, nos recherches sur les causes probables de ce malaise ont montré que diverses études menées auprès de CS mettent en évidence qu'un « *manque de légitimité qui provient de l'insuffisance de marges de manœuvres et de reconnaissance* » [108] nourrit ce malaise. A la lecture de ces éléments théoriques et des constats réalisés par les DS, nous nous attendions à retrouver dans l'expression des CS des signes concrets de perte de sens. C'est pourquoi notre surprise a été grande de ne pas retrouver d'éléments significatifs de ce malaise dans les résultats de notre enquête qui interroge pourtant l'ensemble des composantes du sens au travail.

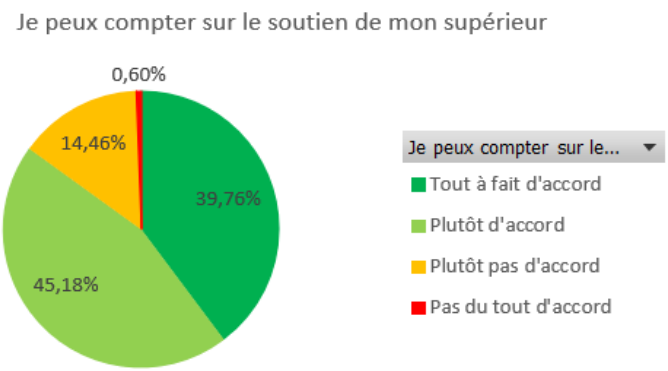
La thématique de l'autonomie a été interrogée sous le prisme de la liberté d'organisation et de la capacité à prendre des initiatives. Les résultats ont été similaires pour les deux questions et le graphique ci-contre explicite le ressenti favorable des CS quant aux marges de manœuvre qu'ils peuvent mobiliser.



[106] CSS 1.
[107] DS 4.
[108] M. CECCATO, « Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation », art cit.

Si nous allons exposer quelques nuances, il est cependant impossible de conclure à un défaut de la reconnaissance, tant les trois items interrogeant ce sujet renvoient majoritairement une adhésion totale ou partielle des CS.

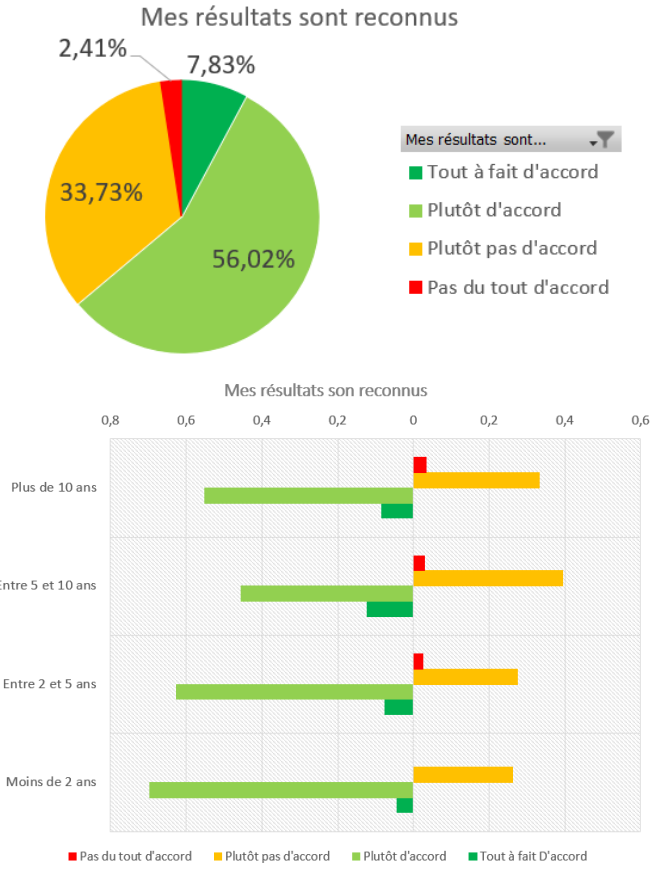
Ainsi, le soutien du supérieur hiérarchique est plébiscité à 85%. Nous avons ainsi retrouvé à plusieurs reprises des verbatims de CS qui font état d'« *un encadrement supérieur présent et qui porte encore des valeurs de travail fortes* ».



La reconnaissance des compétences des CS par leurs CSS reçoit également une évaluation favorable avec 75% de retours positifs ou très positifs.

Tout en restant globalement positive, la reconnaissance des résultats est plus interrogeant. Sur cet item, 90% des CS adoptent une posture mitigée (réponses « plutôt d'accord » et « plutôt pas d'accord ») et très peu ont un avis tranché, positif ou négatif.

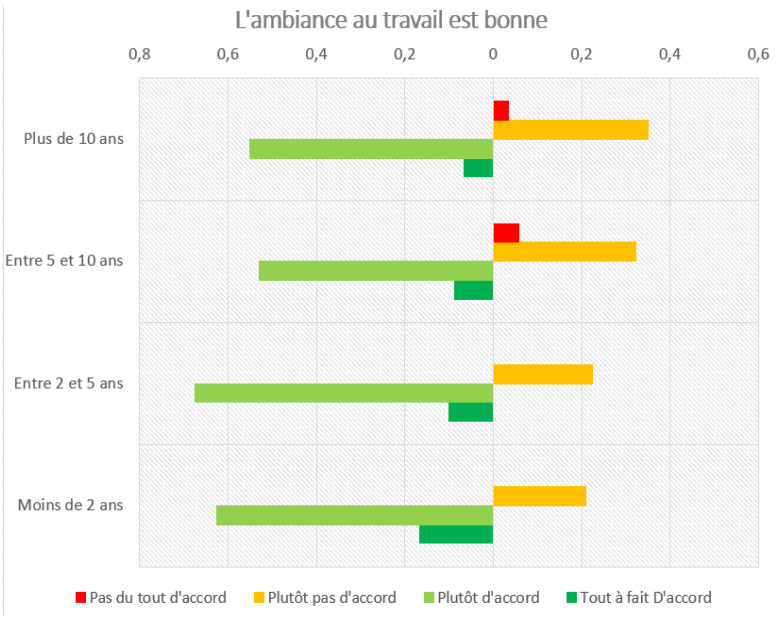
L'analyse en détail des données met en évidence une tendance (Cf ci-contre) qui corrèle la diminution du sentiment de reconnaissance des résultats avec l'ancienneté dans la fonction CS. Si nous ne pouvons être affirmatif, nous retenons néanmoins qu'il s'agit d'un point de vigilance. Il fait écho à ce qui est constaté au CH 4 : l'équipe de CS est « *divisée car les dynamiques sont différentes et c'est lié à la génération à laquelle appartiennent les CS. C'est aussi parce que [les plus anciens, ndlr] n'ont pas été accompagnés pour pouvoir suivre l'évolution et transformer leurs modes de travail* »[109]



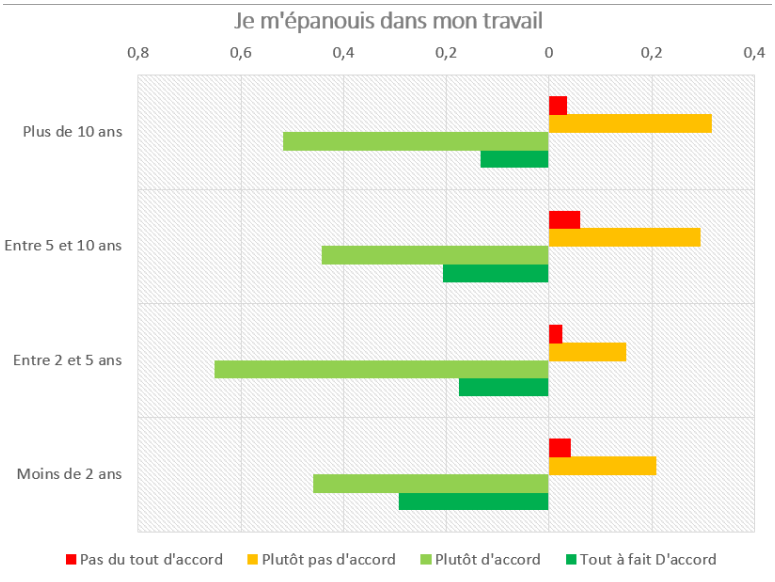
[109] DS 4.

Sur l'ensemble des autres critères relatifs au sens (utilité du travail, opportunités d'apprentissage et qualité des relations avec les collègues), les retours des CS sont encore une fois favorables. Nous apporterons deux nuances.

Premièrement, sur le sujet de l'ambiance au travail. Sans que les écarts soient significatifs, nous notons une croissance de l'expression défavorable en fonction de l'ancienneté des CS. Comme observé plus tôt, cela corrobore l'hypothèse d'un effet générationnel, en accord avec le propos d'un CSS pour qui les CS expérimentés « *expriment leur frustration et leur mécontentement beaucoup plus qu'à une certaine époque* »[110].



Deuxième élément qui nécessite selon nous analyse concerne l'épanouissement au travail. Si nous notons à nouveau l'aspect générationnel évoqué plus en amont, le questionnement provient de l'existence d'une proportion de CS qui déclarent ne pas s'épanouir dans leur fonction alors qu'ils ne l'exercent que depuis une courte durée.



Cela interroge le processus de sélection des Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS) et la recherche, en complément d'un potentiel managérial, de la capacité à adhérer à un modèle conceptuel et environnemental. C'est ainsi que pour l'ensemble des DS et CSS interrogés, l'exercice en qualité de FFCS représente une forme de nécessité pour préparer les candidats à la mission par une découverte de l'attendu réel, mais aussi par la possibilité d'évaluer l'adaptation au poste des professionnels avant de s'engager plus amont dans la professionnalisation avec la formation en IFCS.

[110] CSS 2.

C) Une réalité nuancée…

Nous venons d'objectiver que, dans notre panel d'étude, nous observons un écart entre les perceptions des DS et l'expression du ressenti réel des CS, lui-même en décalage avec les représentations communément acceptées. L'analyse des verbatims des entretiens révèle cependant des arguments qui permettent d'entrevoir une clé de lecture décalée. En effet, une DS exprime une position plus distanciée et explique « *qu'il ne faut pas tout mélanger et qu'il ne faut pas généraliser. […] Le malaise des cadres tel qu'il peut être décrit sur les réseaux sociaux ou dans la littérature relève plus d'individualités qui sont en probable difficulté dans le management et qui n'ont pas été accompagnées. […] Ces mots sont tellement médiatisés que nos encadrants, un peu par mimétisme, finissent par tomber dedans* »[111]. Ainsi, au-delà de la responsabilité managériale dans le malaise des CS, cette vision suggère que ce dernier serait principalement l'expression des CS en difficulté ou en manque de repère dans l'environnement hospitalier actuel. Nous avons donc cherché à objectiver cela dans notre matériau d'enquête. Pour ce faire, nous avons dépouillé les réponses en texte libre apportées par les CS ; 34 sur 166 (soit 20%) ont renseigné cette dernière question. Plusieurs ont indiqué être nouveau sur leur poste, et avoir donc parfois trop peu de recul, d'autres ont exprimé le fait d'être sur des secteurs médicotechniques peu propices à l'appropriation de certaines questions. Nous avons retiré ces réponses, peu éclairantes quant à notre interrogation. Demeurent alors 19 réponses (soit 11% du panel CS). L'ensemble de celles-ci expriment clairement les caractéristiques du malaise CS[112], que nous avons pu détailler en amont, ainsi qu'un exercice professionnel confronté à des conflits de valeur ou en écart par rapport aux injonctions demandées. En regardant dans le détail, il s'avère que ces CS ont massivement répondu défavorablement aux questions détaillées précédemment. Si nous ne pouvons en l'état affirmer que le malaise des cadres s'exprime plus chez les CS en difficulté, nous pouvons néanmoins argumenter que les cadres qui ne sont pas en phase avec les organisations hospitalières actuelles (et quelles qu'en soient les raisons) sont plus propices à ressentir un tel malaise.

2.2.5 Un engagement avéré mais fragile

Comme pour l'analyse des éléments de l'enquête relatifs au sens au travail, la question de l'engagement met en évidence une dichotomie entre le discours des DS et l'expression des CS.

L'analyse des entretiens avec les DS et CSS démontre clairement que tous concordent sur leur attendu de l'engagement des CS. Celui-ci est perçu « *comme un atout capital. En effet,*

[111] DS 5.

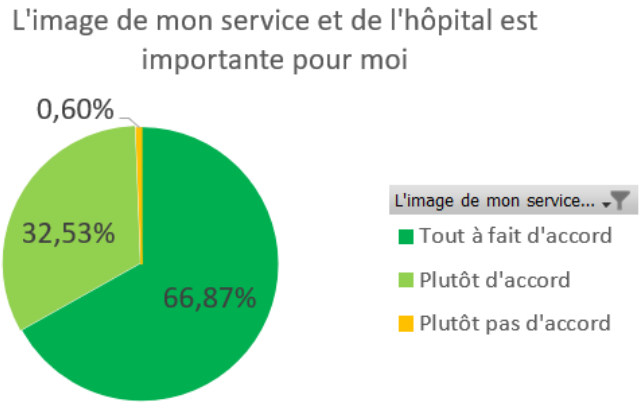
[112] Exemple : « *Dans ma profession, mon autonomie se limite à une toute petite partie de l'activité du service. La marge de manœuvre est mince […]. Et c'est ce que je trouve frustrant. […] Mais parfois trop d'intervenants, trop de couches supérieures ralentissent les projets et sans compter la lourdeur administrative et la lenteur des décisions prises...* ».

leurs supérieurs hiérarchiques [aux CS, ndlr] attendent d'eux qu'ils donnent du sens aux actions organisationnelles auprès de leurs collaborateurs […], ils sont perçus […] comme les vecteurs de l'exécution des décisions. Ils sont donc des acteurs incontournables dont les activités et les rôles sont au cœur de la performance et des changements des organisations »[113]. Cependant, le ressenti des DS sur le niveau d'engagement de l'équipe de managers placée sous leur responsabilité est totalement disparate et nous ne retrouvons pas d'unité dans l'analyse des discours. L'un a une approche positive et exprime que « *ces CS motivés, je pense que c'est encore les ¾ des cadres de nos EPS* »[114] quand un autre tient un discours plus sévère et évoque un « *engagement mais il n'est peut-être pas dans le bon sens,* chacun *défend son pôle bec et ongles sans penser collectif* »[115]. Un DS évoque un « *aspect générationnel avec les plus anciens qui sont sur une vision antérieure du métier et se positionnent plus en retrait alors que les plus jeunes vont au-delà des attendus sur le poste lui-même et développent plus une vision transversale* »[116]. Le seul point de convergence est que tous s'accordent sur le fait qu'au sein de leurs équipes respectives, les CS ne sont « *pas tous au même niveau d'engagement* »[117].

Cette vision n'est aucunement partagée par les CS qui expriment au contraire un réel engagement au sein de leurs EPS. En effet, sur les thématiques de l'engagement affectif et de l'engagement normatif, plus de 90% des CS répondent favorablement.

Question	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je suis attaché à mon établissement	33%	56%	9%	2%
Je m'implique dans mon travail	83%	16%	1%	0%
Je me sens responsable de la bonne marche de mon service	55%	45%	1%	0%
L'image de mon service et de l'hôpital sont importants pour moi	68%	31%	1%	0%
J'ai déjà envisagé de changer de profession	32%	27%	17%	24%

Alors même que l'image de l'hôpital est tous les jours interrogée dans les médias et qu'il est admis que « *dès lors […] que l'image ou la réputation de l'entreprise se dégrade, l'engagement des salariés diminue* »[118], nous relevons au contraire un plébiscite des CS sur l'aspect normatif, c'est-à-dire sur la notion de loyauté et de devoir envers l'institution.



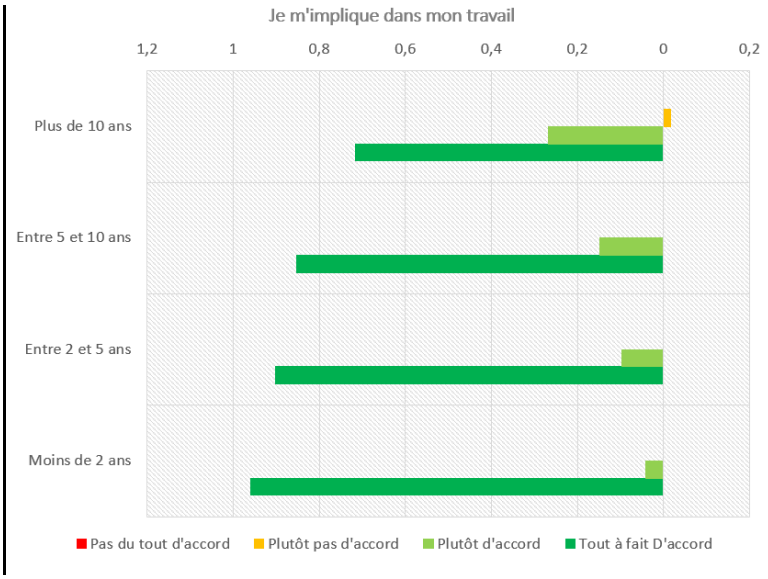
[113] S. Codo et R. Soparnot, « Le rôle ambivalent de l'engagement au travail dans le stress professionnel des managers de proximité du secteur public », art cit. p 176.
[114] DS 5.
[115] DS 1.
[116] DS 4.
[117] DS 3.
[118] P.-E. Sutter, L. Steffan et D. Michot, « Effondrement du monde : quel engagement professionnel ? », art cit. p 12.

Il nous semble donc opportun de comprendre cet écart des représentations et de travailler à un alignement des perceptions.

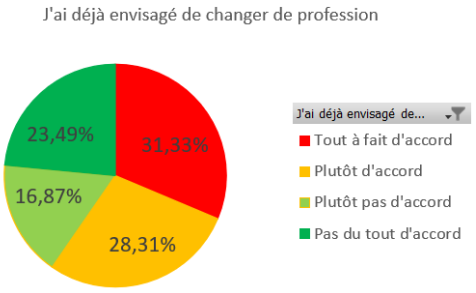
Malgré ces retours extrêmement positifs, nous avons poussé plus avant l'analyse pour rechercher des sujets de discussion.

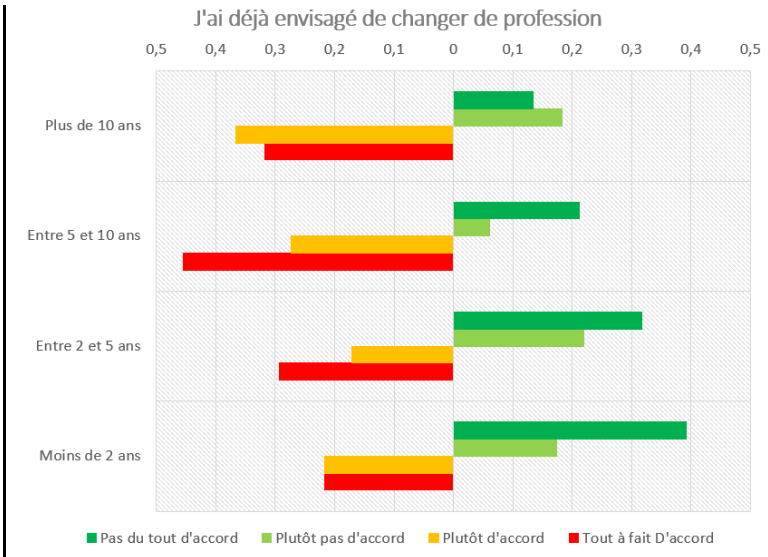
Ainsi, sans objectiver complétement les propos de DS 4, nous avons identifié l'existence d'un impact générationnel sur l'implication au travail.

Le graphique ci-contre met en évidence que l'adhésion franche à l'assertion « je m'implique dans mon travail » s'émousse avec l'ancienneté des CS pour voir croître des positions plus nuancées ou légèrement défavorables.



Le sujet qui porte le plus à discussion est celui de l'engagement de continuité, c'est-à-dire le fait de demeurer dans une organisation, un EPS, parce que les conséquences induites par un départ sont trop importantes pour l'individu.





Si cela ne représente qu'une partie des motifs d'engagement, ce sujet nous apparait comme particulièrement sensible et porteur de risque. En effet, si nous ne cherchons pas à agir sur les causes de ce ressenti chez les CS, nous pouvons craindre des mobilités conséquentes, le jour où le « coût » du départ leur apparaîtra enfin acceptable (opportunité dans une autre structure, reconversion, …), et un étiolement de l'attachement à l'institution entraînant une restriction de l'implication dans le travail. Sur cette thématique, nous retrouvons à nouveau l'aspect générationnel qui est bien mis en évidence par le graphique. Cela nous conduira à proposer plus tard dans ce travail des actions à destination des CS expérimentés et anciens dans la fonction pour prendre en compte ces aspects.

2.2.6 Le sujet controversé du temps de travail des CS

Si nous n'avons pas interrogé les CS sur le sujet du temps de travail, et que cette thématique n'était pas suggérée dans notre grille d'enquête, nous devons cependant faire un focus sur ce point qui a été évoqué par les DS et les CSS et qui apporte des éléments contradictoires. En effet, plusieurs DS exposent que « *l'engagement ce n'est pas être présent. C'est être en capacité, dans le temps qui est imparti, d'accompagner ses équipes pour changer leurs pratiques. Le fait d'être présent de 7h à 19h pour moi ce n'est pas de l'engagement* »[119]. Cela renvoie l'idée que le présentéisme n'est pas un critère attendu en soi. Un DS apporte une nuance et expose que « l*a contrainte fait aussi partie des réalités et ne doit pas fausser la perception de la mission CS. CS ce n'est pas faire 9h - 17h, ce n'est pas avoir toutes ces soirées et avoir tous ses week-ends. Être CS c'est être responsable h 24 de son unité et ça veut dire comment on délègue, comment on s'organise, comment on décale ses horaires éventuellement pour venir voir que les patients sont bien pris en charge le soir, comment ça s'organise vraiment dans le service même quand je ne suis pas là.* »[120]. Cela démontre que les DS n'attendent pas de la part des CS une présence permanente mais bien la capacité à s'organiser et à discriminer dans leurs organisations les temps qui nécessitent leur présence sur site, quitte à mettre en place des horaires décalés permettant d'assurer une mission de contrôle en cas de besoin.

La position d'un CSS est plus ambivalente. Ainsi il nous a été expliqué que « *les nouveaux CS […] ont une conception de la fonction qui est quand même un petit peu différente de celle des anciens. Les anciens CS […] jamais on évoquait le temps de travail. Par contre moi je trouve qu'avec les nouveaux CS, enfin ce qui est très bien pour leur vie personnelle car on n'a pas à passer sa vie au travail, mais ils sont plus sur, voilà j'ai ça à faire, je suis là de 9h à 17h30. Parfois tout ce qu'il a à faire dans la journée ça ne tient pas forcément dans ce timing là et du coup c'est un peu difficile car ils sont tiraillés entre les obligations personnelles et l'activité de cadre qui ne tient pas forcément dans des horaires fixes* »[121].

[119] DS 6.
[120] DS 3.
[121] CSS 1.

In fine, ce discours nous laisse penser que le sujet du temps de travail n'est pas traité et que des perceptions divergentes persistent au sein de la ligne hiérarchique. Uniformiser l'appréhension de la notion de temps de travail et la définition de règles communes semble donc un préalable indispensable.

2.2.7 Entre stratégie et opérationnalité : garder contact avec le terrain

Succinctement, nous souhaitons évoquer un sujet apporté par un CSS. Il nous a exposé que « p*our faire beaucoup d'entretiens de recrutement, quand on pose aux candidats la question de la motivation, pour beaucoup c'est trouver un travail et un salaire. Beaucoup viennent parce qu'ils en ont marre et qu'ils veulent changer d'établissement. On entend assez peu parler d'intérêt professionnel et de trouver du sens. Trouver un sens ce n'est plus trop d'actualité je dirais, ces derniers mois et depuis la crise sanitaire* »[122]. Ce propos nous a alerté car il fait écho à nos lectures, notamment à MORIN pour qui « *donner au travail le sens d'une activité que l'individu fait pour gagner un salaire, entraîne des conséquences fâcheuses autant personnelles qu'institutionnelles. […] Cette restriction du sens du travail à son aspect économique engendre ou renforce les rapports contractuels entre l'individu et l'organisation qui l'emploie, conférant une importance à la rémunération au détriment de l'esprit de service et de communauté* »[123]. Nous retenons de ceci trois éléments :

- L'existence dans nos organisations de professionnels qui n'ont que cet attrait financier pour le travail. C'est un facteur à prendre en compte. La réflexion et les travaux menés par le DS sur la structuration et le développement du sens au travail peuvent donc ne pas trouver écho auprès de tous les agents mais cela ne dispense pas pour autant de s'investir dans ce champ et d'adopter une démarche pédagogique ;
- Aucun DS n'a évoqué une telle piste. Si, à réflexion, cela ne nous surprend pas du fait de la posture stratégique de DS dans les EPS, cela nous éclaire sur le besoin de recueillir régulièrement des informations fiables sur ce que l'encadrement (ici un CSS) constate de manière opérationnelle et au plus près du terrain afin de prévenir le décalage entre les actions menées et les besoins réels ;
- La crise sanitaire a modifié et continue de modifier en profondeur les établissements de santé. Entre épuisement professionnel, crise des vocations et évolutions statutaires et réglementaires, les impacts n'en sont pas tous connus mais appellent à une vigilance accrue sur les dynamiques professionnelles futures au sein des EPS.

[122] CSS 2.
[123] E.M. Morin, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, *op. cit.* p 1.

2.2.8 Agile, innovant, participatif, par projet… quel management adopter ?

En donnant la parole libre aux DS et CSS sur les modalités managériales qu'ils déploient ou estiment pertinentes, le champ des réponses s'est avéré particulièrement large. Quelques éléments structurant pour notre réflexion ressortent toutefois.

A) Le management participatif, réalité ou illusion ?

Nous nous attendions à retrouver l'expression par les DS et CSS de l'utilisation d'un mode de management participatif ; ce que nous avons effectivement identifié auprès de la majorité des interviewés. Sans en avoir détaillé les spécificités dans la partie conceptuelle, le management participatif tend à rechercher la délégation du processus de décision aux professionnels, ces derniers étant ainsi invités à participer à la détermination des objectifs de l'équipe et à la définition des modalités qui permettront de les atteindre. Certaines limites à ce modèle sont identifiées dans les ouvrages, principalement par ce qu'il entre en confrontation avec « *un fonctionnement d'ensemble de l'entreprise qui le désavoue. […] La pression à la conformité l'emporte sur l'acceptation de comportements hors normes* »[124]. Nous retrouvons bien cette limite dans l'enquête avec des décisions et organisations qui semblent s'inscrire dans une dynamique top-down et questionnent la place que les acteurs de terrain peuvent réellement jouer dans la définition des organisations. Pouvons-nous parler de management participatif quand les cibles sont prédéterminées ? La suite des entretiens conforte notre opinion que de nouvelles modalités apparaissent adaptées aux nouveaux enjeux des organisations hospitalières.

B) Le management par projet : pour ou contre ?

Nous notons une dichotomie similaire autour du management par projet. Ce dernier a été beaucoup évoqué, principalement pas les CSS. Ainsi, l'un d'eux a exposé « *le cas [d'un service, ndlr] où il y a un gros sujet qui arrive. On est en mode projet et du coup, on sent que derrière il y a de l'engagement* »[125]. Sans affirmer que ce modèle ne serait pas adapté ni à même de générer de l'engagement, notre vigilance s'appuie sur le constat que « *l'émergence de la gestion par projet désoriente de nombreux cadres : la transversalité bouleverse ces professionnels historiquement attachés à une unité géographique* »[126]. Cette nécessaire attention à la systématisation de ce modèle trouve écho dans l'opinion d'un DS qui confirme la complexité et la labilité des organisations et pense qu'« a*ujourd'hui, je ne suis pas bien sûr qu'il y ait une vraie conduite de projet qui tienne. Dès qu'on se fixe un calendrier, il est bouleversé. Il faut qu'on change fondamentalement notre façon de*

[124] Patrick Gilbert, Ann-Charlotte Teglborg et Nathalie Raulet-Croset, « L'entreprise libérée, innovation radicale ou simple avatar du management participatif ? », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2017, vol. 127, nº 1, p. 38-49. p 40.
[125] CSS 3.
[126] S. Codo et R. Soparnot, « Le rôle ambivalent de l'engagement au travail dans le stress professionnel des managers de proximité du secteur public », art cit. p 54.

travailler pour qu'on garde des objectifs et un cap mais qu'on soit en capacité de modifier nos modes d'action pour aller à notre objectif »[127].

Suite à la mise en exergue de ces deux points de vigilance, l'agilité managériale se dessine comme une alternative.

C) L'agilité, un concept d'avenir ?

En effet, si le concept d'agilité managériale n'a été cité que par deux DS, tous ont renvoyé, sans les y affilier, différents éléments qui le constituent et font référence à BARRAND[128] :

- La nécessité de dépasser la culture de la faute pour investir le droit à l'erreur et une dynamique d'amélioration continue car « *l'agilité c'est aussi accepter qu'il puisse y avoir des couacs, parce que parfois il peut y avoir des erreurs et ce n'est pas forcément la fin du monde. Moi je suis beaucoup pour l'image d'un train en marche, et on fait tout pour que le train ne s'arrête pas. Donc s'il y a des freins, et ben on réajuste, on les lève et on avance* »[129] ;
- La prise en compte que la ressource humaine est la clé de la performance et « *faire attention à la bienveillance pour que tout le monde puisse prendre le train correctement et ne pas laisser les gens sur le bord de la route […]. Quand on est responsable d'une équipe on doit faire attention à tout le monde, il y a ceux qui vont doucement, ceux qui vont vite. Bon, ceux qui sont peut-être un peu moins bons, mais qui ont d'autres qualités* »[130]. La notion sous-jacente est de vraiment travailler avec les acteurs pour les responsabiliser et les mobiliser au mieux leurs compétences ;
- L'acceptation de la controverse pour libérer la créativité et ne pas rester figé sur un mode de conduite. C'est tolérer de « *non pas revenir sur nos décisions mais de parfois entendre qu'il faut modifier légèrement le cap pour arriver à nos objectifs parce qu'entre-temps le contexte a fortement changé.* »[131] ;
- La capacité à anticiper les évolutions et développer la compréhension de son environnement pour intérioriser le changement et adopter une posture volontariste. Pour exemple, le CH 5 a cherché à « *transformer tout ce qui a été capitalisé en négatif pendant dix ou vingt ans en une culture managériale qui redonne aux équipes une capacité à raisonner et à réfléchir autrement. En 2015, quand l'équipe de direction est arrivée avec cent millions de dette cumulée et un objectif d'arriver pour une fois dans la vie de l'hôpital à un objectif financier à l'équilibre, […], l'équipe de direction a décidé de dédier une enveloppe de cinquante mille euros pour animer la Qualité de Vie au*

[127] DS 5.
[128] J. Barrand, *Le manager agile - 3e éd. - Agir autrement pour la survie des entreprises*, *op. cit.*
[129] DS 4.
[130] Ibid.
[131] DS 5.

Travail (QVT) pour améliorer les conditions d'exercice de nos agents. Dans un EPS qui est hyper en déficit, où l'argent est au cœur de toutes les discussions, devient un sujet de crispation, redonner un budget qui est à la main des organisations syndicales pour améliorer la QVT, c'était un challenge social énorme en fait. C'est un pari audacieux mais en fait, il n'y a quasiment que ça comme porte de sortie. C'est une vision assez volontariste et moderne, sinon la vision c'est celle du PREF »[132]. Nous retenons de cet exemple que l'agilité est un modèle qui doit être porté institutionnellement et qu'il nécessite une confiance pour autonomiser les acteurs et leur laisser une part active dans la prise de décision pour les organisations qui le concernent ;

- Le besoin d'accompagner les décisions afin que ces dernières fassent sens pour tous. Développer l'intégration et la signification de l'action nécessitent, selon MASSE[133], d'inscrire une dynamique d'action dans la durée avec une stratégie pérenne, gage de lisibilité. Nous retrouvons dans les entretiens cette idée de temporalité et le besoin d'accompagner le changement culturel pour prévenir l'échec et à la démobilisation des acteurs[134], et pour ce faire, la nécessité de « *laisser du temps aux personnes pour accepter le changement, capitaliser les évolutions mises en œuvre* »[135].

2.2.9 La formation, une nécessité à tous les niveaux

Suite aux entretiens préparatoires, nous avons ajouté à notre grille d'enquête des questions sur la thématique de la formation de l'encadrement. Celles-ci se sont avérées pertinentes et les propos avancés semblent autant d'éléments à travailler.

Ainsi la formation initiale de l'encadrement est apparue comme un sujet clivant. Si deux DS expriment une inadaptation de la formation avec une « *discordance entre ce qu'ils [les CS, ndlr]] apprennent à l'école et ce qu'ils pratiquent sur le terrain* »[136], d'autres expliquent a contrario que l'IFCS poursuit le but d'« *extraire les futurs cadres de leur environnement […] pour qu'entre eux ils soient en capacité d'échanger sur leur expérience […], sur leurs craintes et leurs représentations. C'est une première image, une première intention managériale, un premier positionnement. Ensuite, le management en tant que tel, […] c'est sur le terrain que ça se fait* »[137]. Cette idée de capitalisation, de prise de recul sur la pratique, implique d'avoir connu avant l'IFCS un exercice de FFCS ; les DS sont unanimes sur ce point et cette période de FFCS représente pour eux un socle de référence incontournable.

---

[132] Ibid.
[133] Annie Bartoli et al., *Les paradoxes du management par le sens*, s.l., Presses de l'EHESP, 2016, 167 p.
[134] DS 4.
[135] Isabelle FRANCHISTEGUY-COULOUME, « Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation », *Projectique*, 2015, vol. 13, nº 1, p. 37-50. p 48.
[136] DS 1.
[137] DS 5.

In fine, la posture managériale semble donc se construire sur le terrain et relève ainsi d'une politique structurée par le DS et qui s'engage sur les champs :

- De la formation continue post IFCS pour proposer des actions permettant l'ajustement des savoirs et l'adaptation aux évolutions de l'environnement. Sur ce point les DS expriment clairement que l'offre est à ce jour inadaptée et qu'il faut travailler avec les CS pour proposer des actions innovantes répondant à leurs besoins ;
- De l'accompagnement des CS dans leurs missions. Ainsi le DS se doit de préciser « *le rôle et les missions de chacun* »[138] et de « *formaliser les organisations et les schémas de décision. Ça clarifie beaucoup. […] On a besoin de ce donneur d'ordre de la DS qui est un intermédiaire entre la direction et nous CSS avec des règles claires pour les répercuter et que tout le monde applique et se fie aux mêmes règles* »[139]. Cet accompagnement se traduit aussi par le travail du DS « *en direct avec eux [les CS, ndlr] et qui me permet de sentir où ils en sont et comment ils avancent. J'ai lancé des projets avec des CS qui sont très à l'aise et d'autres qui sont en difficulté pour bien repérer où ils en sont et la capacité de mes CSS à les accompagner* »[140].

Le sujet de la formation des CSS et des CS accédant à la fonction d'encadrement de pôle est apparu également questionnant pour les DS. Ils expriment ainsi qu'il est « *difficile de changer de fonction. Avec les pôles, l'écart est quand même grand maintenant* »[141]. Les points de vigilance exprimés sont au nombre de deux :

- La « *formation d'adaptation à l'emploi, […] car c'est vraiment du pilotage qu'on leur demande* »[142]. Les DS appellent à accompagner les CSS à bien définir les rôles et missions car les interfaces sont parfois peu lisibles entre les CS et les CSS, ce qui induit que les CSS sont encore trop sur de l'opérationnel alors qu'ils sont attendus sur du pilotage et de la coordination pour être un relai réel entre la direction et le terrain[143]. Les CSS sont globalement en phase avec cette réalité et ont exprimé ressentir un tel besoin car ils n'ont « *pas de formation à la prise de poste et c'est quand même un autre métier qu'on apprend un peu tout seul en regardant ses collègues au fil de l'eau* »[144] ;
- Cette formation doit intégrer « *la difficulté qu'ont les managers issus de l'expertise métier à prendre en charge […] les processus interindividuels* »[145] pour lever la

[138] DS 4.
[139] CSS 2.
[140] DS 5.
[141] DS 3.
[142] Ibid.
[143] DS 4.
[144] CSS 3.
[145] Thierry Bourguignon, « Chapitre 31. Adopter un style de management participatif » dans *Entreprises : vers l'excellence*, Paris, Dunod, 2018, p. 285-289. p 285.

complexité d'encadrer et de se positionner par rapport à ses anciens collègues[146] et investir le plein champ des fonctions CSS.

A l'issue de cette présentation des conclusions issues des entretiens et des questionnaires, tous les éléments qui ont pu être induits, compris ou analysés nous conduisent à forger désormais des pistes d'action qui guideront notre exercice DS à venir.

[146] DS 4.

3 Préconisations pour le DS en exercice

Ces pistes, qui émergent de la confrontation des savoirs théoriques à la pratique expérientielle, nécessitent selon nous de réfléchir autour de deux dimensions :

- Une dimension collective. En sa qualité de directeur chargé d'une direction fonctionnelle, le DS est un acteur stratégique et responsable qui doit décliner des orientations institutionnelles et mettre en action le plus harmonieusement possible l'ensemble des acteurs paramédicaux. Nous proposons pour ce faire de formaliser un projet managérial qui doit devenir la pierre angulaire de la Direction des Soins ; nous allons exposer la méthodologie que nous retenons ;
- Une dimension individuelle. Chaque DS, de par son histoire et son vécu, est un être singulier avec ses forces, ses faiblesses, ses certitudes, ses convictions, ses doutes et ses représentations. Nous ne proposerons pas une vision arrêtée ou dogmatique d'une posture type unique qui permettrait au DS d'implémenter un projet managérial. Nous présenterons ce qui, à la fin de ce travail, nous apparaît propice et de nature à faciliter l'action du DS, en tout état de cause, la posture que nous chercherons à incarner.

3.1 Le projet managérial, un socle pour construire une Direction des Soins

« *Accepter la temporalité ne signifie pas accepter l'inertie* »[147]. Cette assertion de JACQUES nous semble un préambule nécessaire en ce qu'il illustre que modifier une culture managériale est un objectif à temporalité longue. Implémenter un projet managérial peut générer des résistances et réticences en lien avec une culture institutionnelle ; cela nécessite donc un travail préalable pour poser des jalons et accepter que la plus-value ne soit pas immédiate. C'est donc un travail de longue haleine et d'humilité auquel doit s'atteler le DS. Nous allons présenter maintenant ces jalons qui nous paraissent les plus importants.

3.1.1 Construire du sens sur des valeurs communes

La seconde partie a éclairé un écart de perception entre les DS et les CS, ces derniers exprimant plutôt le fait de trouver du sens dans leur travail. Nous pensons cependant qu'il s'avère nécessaire de travailler sur cette notion de sens pour renforcer l'adhésion des CS. La littérature objective un lien entre le sens et le concept de valeurs, exprimant que « l*es personnes confèrent un sens à leur comportement sur la base de valeurs* »[148].

[147] Alexandre Jacques, *Du dialogue de gestion au projet managérial : Quelles solutions pour les établissements médico-sociaux hospitaliers ?*, Place of publication not identified, Books on Demand, 2019, 150 p. p 77.

[148] Mia Leijssen, « Les dimensions personnelles de la recherche de sens », *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2010, vol. 11, nº 1, p. 46-53. p 47.

Nous choisissons comme définition le fait que « *Les valeurs représentent des façons d'être et d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées* »[149].

Pour le DS, travailler sur les valeurs du collectif d'encadrement représente donc un levier de création de sens et de mobilisation des CS et CSS autour des idées qu'ils auront communément admises comme étant les plus importantes à leurs yeux. C'est aussi la possibilité de mener un travail de fond d'explication et de pédagogie autour de l'environnement sanitaire. Nous postulons qu'une telle démarche est de nature à inscrire en faux l'idée qu'« i*l est difficile pour [les CS] de répondre de manière satisfaisante aux attentes venant de la part de la hiérarchie, en raison de valeurs institutionnelles et soignantes bien ancrées, s'opposant aux nouvelles valeurs marchandes introduites par la Nouvelle Gestion Publique* »[150]. Nous y voyons au contraire une opportunité d'exprimer les ressentis et de poser les éléments qui achoppent et ceux qui convergent afin de bâtir une dynamique commune.

Nous proposons de travailler en plusieurs étapes :

- Une première phase d'amorçage de la démarche pour exposer la finalité du projet, à savoir définir les valeurs communes de la Direction des Soins et les perspectives d'une telle action ;
- Un temps d'échange et d'expression libre pour colliger les opinions individuelles et identifier les freins. Ce temps de travail est fondamental car il faut considérer qu'« *une valeur […] est avant tout construite à partir d'une identité ; il s'agit de définir en premier lieu qui on est* »[151]. Consacrer le temps requis à cette étape est le gage d'une juste appréhension du fonctionnement de l'équipe d'encadrement, de son histoire, de sa culture et de la place qu'elle identifie être la sienne au sein de l'EPS. L'aboutissement de cette étape doit être l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action visant à lever les freins ;
- Un recueil de l'expression des convictions et valeurs de chacun ;
- Un moment capital de travail collectif pour classer les éléments se ressemblant puis définir une priorisation communément acceptée. L'acceptabilité des valeurs prépondérantes est importante car « *plus une valeur est élevée dans la hiérarchie des valeurs d'une personne, plus cette personne concevra des projets qui conduiront à*

[149] Nadia Péoc'h et Christine Ceaux, « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé...L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse », *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 108, nº 1, p. 53-66. p 55.

[150] M. CECCATO, « Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation », art cit.p 2.

[151] Pan Wei, « Les valeurs fondatrices des sociétés contemporaines », *Diogène*, 2008, vol. 221, nº 1, p. 73-99. p 76.

l'exprimer dans son comportement »[152]. L'appropriation par tous des valeurs socles est un gage d'engagement réel dans les actions qui seront retenues et priorisées au niveau de la Direction des Soins. ;

- Un travail autour de la formalisation et la communication des valeurs retenues afin que celles-ci soient partagées au sein de l'institution et que la démarche soit ainsi incarnée.

3.1.2 Définir les attendus des fonctions d'encadrement

Ce thème est revenu à plusieurs reprises dans les propos tenus par les DS lors des entretiens. Il stigmatise donc un besoin de formalisation des missions de chacun au sein de la Direction des Soins. En effet, l'évolution de la fonction d'encadrement a été objectivée plus tôt dans ce travail et, « *alors que certains cadres assimilent tant bien que mal ces nouvelles orientations de la fonction, d'autres résistent et la rejettent. [Cela] pointe du doigt la nécessité de clarifier les rôles et les missions du cadre de santé de proximité qui souffrent d'ambigüité* »[153]. Il appartient donc au DS de lever cette ambigüité en clarifiant non seulement les rôles individuels des différents acteurs de la Direction des Soins mais aussi en précisant les interfaces.

Cette mission fait par ailleurs partie des compétences attendues du DS en ce qu'elles apparaissent clairement dans le référentiel de compétences[154] :

- Compétence n°2 : « *Structuration de l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux* » ;
- Compétence n°4 : « *Management des équipes d'encadrement* ».

Pour accompagner ce travail, le DS peut s'appuyer sur le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (RMFPH) qui attribue les missions suivantes au CS[155] :

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

Si cette trame peut servir de base de travail, elle nous semble trop généraliste et peu opérationnelle. En effet, les écarts sont grands entre les services hospitaliers qui présentent tous leurs spécificités en lien avec une spécialisation médicale croissante. La mission et les

[152] Shalom H. Schwartz, « Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications », *Revue française de sociologie*, 2006, vol. 47, nº 4, p. 929-968. p 955.
[153] M. CECCATO, « Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation », art cit.p 2.
[154] EHESP, « Référentiel de compétences des Directeurs des Soins », art cit.
[155] *Métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales*, http://metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27, (consulté le 10 août 2021).

tâches du CS ne sauraient donc être identiques sur tous les périmètres. Nous verrons par la suite comment envisager de travailler sur ce thème.

En ce qui concerne la mission des CSS, le RMFPH peut à nouveau être une base de travail. Il spécifie ainsi que les attentes envers les CSS sont de :

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

En étudiant les écarts, nous identifions bien l'attendu de coordination et de pilotage qui incombe aux CSS. L'enquête a mis en évidence que certains d'entre eux investissent encore des missions très opérationnelles de terrain. Il apparaît donc que le positionnement CSS doit donc être défini et accompagné par le DS afin d'appliquer le principe exprimé par CSS 1, à savoir « *j'ai une règle, je ne prends pas la place du cadre de proximité* »[156].

Nous voyons donc que l'enjeu réel se trouve au niveau de l'interface entre CS et CSS. Nous retenons l'idée que « *s'il y a des niveaux de cadre supérieur de santé et de cadre de santé c'est bien pour que chacun ait sa place* »[157] ; il incombe donc au DS de clarifier cette interface.

Pour accompagner cette réflexion, nous proposons d'implémenter les actions suivantes :

- Réaliser dans un premier temps une observation puis rédiger un rapport d'étonnement sur l'organisation de la fonction d'encadrement au sein de l'institution. Cela permettra d'objectiver ce qui relève d'éléments structurels ou bien de postures individuelles ; cela mettra également en lumière la culture au sein de l'établissement ;
- Mener des groupes de travail avec les CS d'un côté, et avec les CSS de l'autre pour les impliquer dans la définition de leurs missions respectives. Puis organiser un groupe transversal pour pointer les interfaces et ce que chacun est légitime à attendre de l'autre. La finalité de cette action est de formaliser et diffuser des fiches de postes ajustées en fonction des périmètres et des spécificités. Ces dernières doivent également faire apparaître les attendus en termes d'engagement, d'organisation du temps de travail (pour que les éléments présentés en analyse ne soient pas des non-dits) ;

[156] CSS 1.
[157] DS 3.

- Impliquer la communauté médicale dans les groupes de travail. En effet, la bonne collaboration à chaque niveau (avec les chefs de services pour les CS, avec les chefs de pôles pour les CSS) est le gage d'un fonctionnement fluide. Il faut pour cela que la communauté médicale soit informée de ce que l'institution attend d'un encadrant à chaque niveau et qu'elle puisse participer à la définition des rôles. C'est le sens des préconisations du rapport CLARIS dont la recommandation 17 recommande de « *faire du chef de service et du CS un binôme managérial équilibré et opérationnel* »[158]. L'enjeu est fort pour le DS qui doit développer une stratégie et une capacité de négociation avec la communauté médicale car « l*e chef de service doit, si ce n'est choisir le CS, être réellement impliqué dans son affectation. Cela passe par un dialogue équilibré en ce sens avec la Direction des soins et le cadre du pôle* »[159] ;
- En corollaire, il faut aussi que l'institution elle-même définisse ce qui, pour elle, est la mission d'un CS ou d'un CSS. Cela nécessite un alignement au sein du comité de direction et une politique institutionnelle sur ce que l'enquête a éclairé comme un besoin de définir le périmètre de délégation aux pôles. Le DS a toute sa place dans cette réflexion pour éclairer la décision au regard de sa compréhension des fonctionnements en vigueur dans l'EPS et de la maturité du collectif d'encadrement. Il est aussi ressource pour accompagner les CS et CSS à l'appropriation de leurs périmètres en les aidant dans la construction d'outils et dans le suivi du pilotage ;
- Au-delà des missions classiques des CS et CSS, nous retenons la pertinence des expérimentations menées par DS 1 et DS 5 qui, sur le périmètre des missions transversales, contractualisent avec leurs collaborateurs par le biais de lettres de missions spécifiques.

3.1.3 Dépister les potentiels puis former et accompagner les managers

Ce projet managérial doit également être pensé autour des hommes et des femmes qui vont être en charge de le déployer. Nous proposons ainsi de l'élaborer en mobilisant deux concepts qui sont :

- Les facteurs humains dont l'étude « *porte sur les relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent en se concentrant sur l'amélioration de l'efficacité, de la créativité, de la productivité et de la satisfaction au travail* »[160]. La finalité est de concevoir un projet qui intègre l'expérience des acteurs pour capitaliser sur leurs réussites mais aussi leurs échecs ;
- La professionnalisation qui est un vrai enjeu pour le DS, une « *intention organisationnelle d'accompagner la flexibilité du travail [prenant en compte la]*

[158] Olivier Claris, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, s.l., 2020. p 57.
[159] *Ibid.* p 57.
[160] « Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients » dans *Guide pédaogique de l'OMS pour la sécurité des patients*, s.l., p. 111 à 120. p 111.

modification continue des compétences en lien avec l'évolution des situations de travail »[161].

De manière opérationnelle, nous proposons deux axes de travail :

- L'identification des professionnels paramédicaux ayant un intérêt pour la fonction d'encadrement et présentant un potentiel pour cette-ci, puis la proposition d'un parcours d'initiation à la fonction :
  - Cela nécessite au préalable d'avoir des actions de communication en interne à l'institution. Il est en effet nécessaire que tous les professionnels aient connaissance des possibilités de promotion professionnelle qui peuvent leur être proposées, des besoins de l'établissement sur ces qualifications spécifiques et également du périmètre précis de ces postes. Nous pensons judicieux d'adosser une campagne de communication à la démarche de réalisation des entretiens annuels d'évaluation qui sont propices à l'identification des personnes intéressées et des potentiels. Cette communication peut s'appuyer sur les fiches de postes travaillées au chapitre précédent ;
  - Reprenant ce qui a été exposé par l'ensemble des DS, nous retenons la pertinence de systématiser l'exercice de FFCS pour une meilleure acculturation et faire concorder le fait qu'« *entre l'envie au départ des professionnels, le projet qu'ils peuvent construire sur des représentations du métier et du poste et ce qui se fait réellement sur le terrain, il y a un décalage. L'étape de FFCS est importante parce qu'elle permet de valider le projet, que ce soit pour le professionnel ou pour l'employeur* »[162]. Il nous apparaît cependant intéressant de limiter cet exercice FFCS à la période juste nécessaire, c'est-à-dire celle qui permet l'évaluation de la bonne adaptation au poste. Cela nécessite de formaliser précisément les critères d'évaluation ; là encore un outil peut être travaillé en s'inspirant des fiches de poste présentées en amont ;
- L'accompagnement des individus en position de management, qu'ils soient FFCS, CS ou CSS à travers l'implémentation d'actions innovantes et / ou adaptées :
  - « *La mise en place d'un tutorat et un compagnonnage* »[163] à toute phase de transition. Un tel dispositif s'appuie sur l'idée que « *l'activité occasionne sans cesse des apprentissages et produit des savoirs nouveaux* »[164] et que le développement professionnel se renforce à travers les échanges de pratiques dans le cadre de l'accompagnement par un tiers expérimenté. En prenant soin de sélectionner et de former les tuteurs, l'objectif poursuivi est de développer la réflexivité, c'est-à-dire la

[161] Richard Wittorski, « La professionnalisation », *Savoirs*, 2008, vol. 17, nº 2, p. 9-36. p 13.
[162] DS 4.
[163] DS 4.
[164] R. Wittorski, « La professionnalisation », art cit. p 24.

capacité « *de développer un regard sur ses pratiques pour qu'il [le tutoré, ndlr] s'adapte plus rapidement à des contextes de travail qui changent* »[165] ;

- Développer les modalités de travail qui promeuvent « *l'organisation qualifiante […avec des] espaces favorisant les apprentissages et la professionnalisation des individus* »[166]. Nous proposons ainsi de mettre en place des schémas de réunions de Directions des Soins qui ne proposent pas qu'un modèle stéréotypé d'information top-down mais bien des temps de travail collectifs et participatifs sur des thématiques précises ; ou encore des modalités type formation action ou travail par projet ;
- Point qui nous est apparu tout au long de l'analyse de l'enquête, nous projetons d'avoir une vigilance particulière pour les CS anciennement dans la fonction. Afin de s'assurer de la congruence persistante entre leurs valeurs et celles de l'institution, nous proposons d'élaborer un plan spécifique qui permette de les accompagner dans l'actualisation de leurs compétences et dans la compréhension de leur environnement et de ses évolutions. In fine, il nous semble également important de réfléchir à ce qui peut être proposé à des CS expérimentés éprouvant une difficulté dans la réalisation de leurs missions ; une réelle politique institutionnelle de reconversion interne peut être menée pour capitaliser sur les expertises acquises et les redéployer au profit de l'institution.

3.2 Quelle posture adopter ?

3.2.1 Incarner le servant leadership

Lors de la présentation du concept, nous avons retenu pour le mot leadership la définition suivante, à savoir l'« *ensemble des activités et […] des communications interpersonnelles par lesquelles un supérieur hiérarchique influence le comportement de ses subalternes dans le sens d'une réalisation volontairement plus efficace des objectifs de l'organisation et du groupe* »[167]. Un élément de cette définition nous semble en réalité inadapté : le mot de subalterne. En effet, il porte selon nous une connotation péjorative et renforce l'idée d'une aliénation de l'agent à son supérieur. Sans prétendre que ce modèle soit obsolète ou n'existe pas dans les organisations de travail, il nous apparaît dépassé et inadapté dans la posture managériale que nous souhaitons incarner demain.

Dans les organisations complexes et mouvantes actuelles, nous pensons que l'enjeu est de libérer les potentiels de tous les acteurs. En reprenant les opinions de JACQUES[168], nous pensons que le manager, et en l'occurrence le DS, ne doit plus être perçu sous son acception hiérarchique mais comme un catalyseur qui va permettre l'expression maximale

[165] *Ibid.* p 31.
[166] *Ibid.* p 21.
[167] C. Louche, « Chapitre 10. Le leadership », art cit. p 157.
[168] A. Jacques, *Du dialogue de gestion au projet managérial*, *op. cit.*

du potentiel de chaque membre de son équipe en gérant les individualités pour que chaque singularité puisse s'exprimer et ainsi promouvoir une vision collective. Cela nécessite une réelle réflexion sur le pouvoir au sein des organisations. Nous émettons l'idée que « *désacraliser la fonction de direction* »[169] est un levier d'empowerment des équipes et une solution pour développer la créativité collective, ce qui peut répondre au besoin d'innovations organisationnelles dans la complexité actuelle.

Au risque d'apparaître utopiste, nous retenons comme piste de réflexion pour notre positionnement en construction et futur les préceptes du servant leadership. Celui-ci prône une « *approche holistique et altruiste du leadership qui se caractérise par le fait que le leader place au cœur de son action les aspirations et besoins de ses subordonnés. Ainsi, le servant leadership n'est pas une quête personnelle du pouvoir, du prestige ou des récompenses visant essentiellement à satisfaire l'ego. Il procède d'une motivation intrinsèque du responsable hiérarchique pour aider, enrichir et élever les autres vers de nouvelles possibilités et de nouveaux niveaux d'accomplissement professionnels* »[170]. Nous retenons cette piste de réflexion car les articles étudiés citent des études internationales qui corrèlent positivement ce mode de leadership au développement de la motivation, de la satisfaction au travail et de la performance ; autant de thématiques qui renvoient à notre question de recherche et sont donc susceptibles d'être favorablement impactées par un tel mode de leadership.

3.2.2 L'enjeu de la confiance et de l'exemplarité

Les verbatims des CS ont rapporté à deux reprises la notion de confiance envers le supérieur hiérarchique, cette dernière apparaissant comme gage d'engagement dans le travail. Si nous n'avons pas initialement retenu cet élément pour l'analyse, il nous semble, à l'éclairage du précédent chapitre, que cette notion peut avoir un intérêt dans notre posture future. En étudiant à nouveau les discours des DS, nous avons également retrouvé une citation allant dans le sens d'une confiance managériale quand un DS nous a exprimé « *je ne leur demande jamais de se justifier, je ne travaille pas comme ça avec mes CS* »[171].

Cette thématique nous est apparue légitime quand, cherchant à en percevoir les contours, nous avons identifié que :

- « *Parce qu'elle génère l'engagement, libère les énergies et place chacun en capacité de prendre des initiatives et de collaborer, la confiance est […] une source de performance individuelle et collective* »[172]. Ainsi, la confiance serait un élément

[169] *Ibid.* p 84.
[170] Antoine Malone, « Performance, motivation et leadership : vers une approche fondée sur les spécificités du secteur public », *Revue Hospitalière de France*, 2018, n° 580, p. 6 à 8. p 7.
[171] DS 5.
[172] Paule Boffa-Comby, « L'exemplarité aux sources du leadership », *L'Expansion Management Review*, 2012, vol. 144, n° 1, p. 90-95. p 90.

influençant favorablement l'engagement des collaborateurs, ce qui là encore intéresse notre recherche initiale ;

- « *Sans confiance, on ne pourrait même pas envisager l'avenir et chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps* »[173] ; en tout état de cause, comment instruire puis déployer l'ambitieux projet managérial que nous avons présenté plus tôt sans un socle de confiance ?

Nous préconisons donc d'investir une posture qui permette d'établir un climat de confiance, en ayant bien identifié que celle-ci ne se décrète pas et que c'est le temps qui va permettre d'instaurer un tel climat. Nous proposons ainsi de :

- Une nouvelle fois, prendre le temps d'observer et de s'étonner lors de la prise de poste. Le cheminement effectué tout au long de cette année de formation, renforcé par l'expérience en stage, nous a permis de cerner en quoi il pourrait être délétère pour le DS de se mettre en action trop vite sans avoir pris le temps de s'imprégner de la culture et de l'histoire institutionnelle ;
- Adopter une posture de communiquant afin de favoriser le plus possible la transmission de l'information ;
- Travailler à s'affranchir des dogmes pour être en mesure d'écouter et d'appréhender les points de vue divergents ou contraires ;
- Promouvoir la créativité et accepter la controverse au bénéfice de proposition à haute valeur ajoutée pour les projets à implémenter.

Outre le fait qu'elle prenne du temps à s'établir, un risque identifié de la confiance est « *que le dépositaire de notre confiance ne soit pas à la hauteur de nos attentes ou, […] qu'il trahisse délibérément la confiance que nous lui faisons* »[174]. Ce dernier point interroge directement l'exemplarité du manager, c'est-à-dire sa capacité à dépasser la déclaration de bonnes intentions et incarner dans les faits ces comportements susceptibles d'induire la confiance, ce qui conforte l'opinion de BERNOUX pour qui « l'*identification aux dirigeants, dans leur exemplarité, apparaît comme un autre facteur déterminant* »[175].

3.2.3 Peut-on induire les comportements ? De l'art du « nudge management »

Ainsi, et en faisant écho au sociologue ALTER qui explique dans ses travaux sur le concept du travail que les « *images que l'individu se fait du monde […] ne résultent pas du rapport direct entre nos sens et le monde, mais de ce rapport via les normes sociales* »[176], nous pensons que l'action exemplaire du DS, de par son positionnement au sein de l'institution, est susceptible de créer une forme de norme au sein de l'équipe d'encadrement.

---

[173] Michela Marzano, « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, 2010, vol. 412, nº 1, p. 53-63. p 54.
[174] *Ibid.* p 54.
[175] P. Bernoux, « La responsabilité des managers », art cit. p 129.
[176] Norbert ALTER, *Sociologie du monde du travail*, s.l., Presses Universitaires de France, 2012, 384 p. p 104.

Cette opinion se fonde sur la théorie des nudges qui peuvent se définir comme l'« *ensemble des modifications banales et imperceptibles d'un environnement de travail, réalisée dans le but de modifier le comportement des collaborateurs dans un sens donné* »[177]. Si cette théorie n'est pas issue des sciences sociales (mais de l'analyse économique du courant néolibéralisme), nous pensons néanmoins qu'elle apporte une clé de lecture intéressante pour notre thématique. En effet, en stipulant que, « i*ntentionnellement disposé […] tout état de choses nous influence bien au-delà de ce que nous en percevons de façon consciente* »[178], il est légitime de questionner en quoi les actions et comportements des individus peuvent être orientés par des messages permanents et récurrents qui génèrent des « *distorsions sensorielles affectant les perceptions* »[179], jusqu'à influencer la norme au sein d'une équipe et parvenir à mettre à l'agenda une décision qui n'aurait peut-être pas trouvé écho dans un autre contexte. Ainsi, la perception de la situation par le CS ou le CSS, et par voie de conséquence son action, pourraient être influencées par le contexte environnemental créé intentionnellement par la posture et le comportement du DS.

Nous défendons donc l'idée que la récurrence d'une posture bienveillante, communicante et accompagnante du DS peut avoir des bénéfices à moyen et long terme. L'incarnation par le DS au quotidien de comportements promouvant les valeurs qu'il souhaite défendre est de nature à influencer positivement son équipe, à l'amener à reproduire ces comportements et à intégrer plus facilement ce référentiel de valeurs.

[177] Alex Mucchielli, *Passez au nudge management*, Eyrolles., s.l., Eyrolles, 2019, 218 p. p 13.
[178] Abad Ain Al-Shams, « Le nudge. Embarras du choix & paternalisme libertarien », *Multitudes*, 2017, vol. 68, n° 3, p. 44-53. p 49.
[179] *Ibid.* p 48.

Conclusion

Au moment de conclure ce travail, nous souhaitons dans un premier temps revenir à la question de recherche et aux hypothèses pour en présenter la validation ou l'infirmation.
Nous ne pouvons que répondre positivement à notre question initiale tant il apparaît nettement que le DS dispose de leviers qui, s'ils sont mobilisés à bon escient, peuvent lui permettre d'accompagner son équipe d'encadrement dans l'appropriation de l'environnement hospitalier et de ses évolutions, et notamment sur le volet de la performance.
Sur le versant des hypothèses, nous tirons les conclusions suivantes :

- La première (« l'émergence du concept de performance hospitalière questionne l'encadrement sur le sens du travail ») nous semble in fine non vérifiée car mal formulée. En effet, cette tournure connote négativement la performance et la rend responsable de la perte de sens au travail. Or, aucun de ces deux éléments n'a été clairement identifié, la performance apparaissant globalement intégrée par des managers qui expriment encore massivement trouver du sens à leur travail. Nous proposerions donc désormais la formulation suivante : « l'absence d'appropriation des évolutions du contexte hospitalier, dont l'émergence du concept de performance, influence négativement le sens au travail » ;
- La deuxième (« donner du sens à la performance hospitalière permet de favoriser l'engagement professionnel de l'encadrement ») est quant à elle consolidée et nous concluons que la mise en œuvre d'un travail sur le sens de la mission managériale au sein des EPS, à travers des outils ou une posture du DS, aboutira à renforcer l'engagement de l'encadrement ;
- La dernière (« mobiliser des modalités managériales adéquates peut favoriser l'appropriation des changements inhérents aux réformes ») reste une hypothèse en soi. Si aucun des éléments de l'enquête ou de l'analyse ne nous permettent d'être affirmatif sur ce point, les arguments et préconisations que nous avons avancés nous laissent à penser que certaines modalités (management agile, servant leadership) sont de nature à créer une dynamique positive et favorable à l'intégration du contexte et de l'environnement.

L'arrivée à la phase de conclusion de ce travail en fait ressortir les limites.
Tout d'abord sur l'angle d'approche de la thématique performance. Etant dans le cadre d'un mémoire professionnel, nous avons restreint l'étude des impacts aux seuls encadrants paramédicaux. Nos lectures ont mis en évidence l'importance de l'interface avec le corps médical, ce qu'exprime SCHWEYER qui expose que ses études et recherches insistent « *sur la place centrale du leadership du médecin dans l'amélioration de la performance. […]*

L'engagement des médecins dans le management renforce la qualité et la sécurité des soins pour le patient »[180]. Comme nous l'avons proposé pour le projet managérial, nous pensons que le DS doit être force de proposition pour mettre à l'agenda institutionnel ces sujets de performance et instaurer ou animer un échange avec la communauté médicale pour que ce soient bien l'ensemble des acteurs hospitaliers, et pas uniquement les paramédicaux, qui portent cette dynamique commune.

La seconde limite émerge de notre propre appropriation et compréhension du concept de performance. Notre expérience professionnelle et notre passé de CSS, cadre soignant de pôle chirurgie et blocs opératoires, nous a conduit à appréhender la performance des organisations comme une fin en soi et comme un concept prescriptif. Notre compréhension, notre perception de ce concept a singulièrement évolué tout au long de cette année de formation. Du fait d'une année d'échanges, d'observation de la réalité de terrain dans les EPS lors des stages et de la réalisation de ce travail de recherche, notre regard sur ce concept a changé pour désormais l'envisager selon une nouvelle approche.
La performance ne se résume pas à une somme d'organisations vertueuses. Elle relève à contrario de la co-construction d'une dynamique institutionnelle unique et fédératrice. A ce titre, le DS est garant, avec l'ensemble de l'équipe de direction, du fait que cette performance n'induise pas une recherche de compétition individuelle mais mobilise chaque acteur de l'institution. Cela nécessite d'ajuster la temporalité et les objectifs pour garantir une cohérence d'ensemble à l'échelle de l'institution.
Enfin, la performance n'est pas univoque ; elle ne prend pas la même signification et doit s'adapter à chaque établissement. Si, in fine, l'ensemble des directives tutélaires pousse les EPS à interroger ce concept, la réponse sera nécessairement ajustée à la culture et à l'histoire de chaque structure ; il ne saurait ainsi y avoir une seule et même réponse ou méthode reproductible qui puisse être déployée systématiquement.

C'est pourquoi, à l'issue de ce mémoire, nous retenons que l'enjeu réel des organisations hospitalières actuelles est la capacité à créer du sens.
Nous retenons surtout que le DS est un acteur central et que sa posture et sa propension à impulser et porter une politique managériale sont autant d'éléments structurants pour favoriser l'engagement des acteurs dans l'adaptation de l'hôpital au monde de demain.

[180] É. Minvielle et al., *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion*, *op. cit.* p 82.

Bibliographie

Ouvrages

ALTER Norbert, *Sociologie du monde du travail*, s.l., Presses Universitaires de France (coll. « Quadrige »), 2012, 384 p.

BARRAND Jérôme, *Le manager agile - 3e éd. - Agir autrement pour la survie des entreprises : Agir autrement pour la survie des entreprises*, 3e édition., s.l., Dunod, 2017, 272 p.

BARTOLI Annie et BLATRIX Cécile, *Management dans les organisations publiques - 4e édition - Labellisation FNEGE - 2016 : Défis et logiques d'action*, 4e édition., Paris, Dunod, 2015, 384 p.

BARTOLI Annie, TROSA Sylvie, MIGAUD Didier et VALLEMONT Serge, *Les paradoxes du management par le sens*, s.l., Presses de l'EHESP, 2016, 167 p.

BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte (coll. « TAP / série histoire contemporaine »), 2010, 336 p.

GODET Michel, *De l'anticipation à l'action : Manuel de prospective et de stratégie*, Dunod., s.l., 1993, 208 p.

GUERRERO Sylvie, *Comportement organisationnel*, De Boeck Sup., s.l., DE BOECK SUP, 2015, vol.2, 366 p.

HART Josette, LUCAS Sylvie et GOUDEAUX Annie, *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2002, 180 p.

JACQUES Alexandre, *Du dialogue de gestion au projet managérial : Quelles solutions pour les établissements médico-sociaux hospitaliers ?*, 2019, 150 p.

KETELE Jean-Marie De, *Engagement professionnel*, s.l., De Boeck Supérieur, 2013, 206 p.

LECLET Hervé et VILCOT Claude, *Qualité en santé : 150 questions pour agir*, s.l., Afnor, 2007, 486 p.

MUCCHIELLI Alex, *Passez au nudge management*, Eyrolles., s.l., Eyrolles, 2019, 218 p.

SAINSAULIEU Ivan, *Conflits et résistances au travail*, s.l., Presses de Sciences Po, 2017.

Chapitres d'ouvrages

BOURGUIGNON Thierry, « Chapitre 8. Les outils : le Lean » dans *Entreprises : vers l'excellence*, Paris, Dunod (coll. « Stratégie d'entreprise »), 2018, p. 85-89.

BOURGUIGNON Thierry, « Chapitre 31. Adopter un style de management participatif » dans *Entreprises : vers l'excellence*, Paris, Dunod (coll. « Stratégie d'entreprise »), 2018, p. 285-289.

CATTEAU Damien, *La LOLF et la modernisation de la gestion publique - 1ère éd.: La performance, fondement d'un droit public financier rénové*, Paris, Dalloz, 2007, 578 p.

MINVIELLE Étienne, GALLOPEL-MORVAN Karine, JANUEL Jean-Marie et WAELLI Mathias, *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion*, Rennes, Presses de l'EHESP (coll. « Recherche, santé, social »), 2018, 204 p.

QUILLIOU-RIOUAL Mikaël et QUILLIOU-RIOUAL Morgane, « 7. Le travail en équipe » dans *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS*, Paris, Dunod (coll. « Aide-Mémoire »), 2020, vol.3e éd., p. 77-84.

Articles de revues

ACHMET Véronique et COMMEIRAS Nathalie, « Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences ? », *Gestion 2000*, 2018, Volume 35, n° 6, p. 119 - 148.

AIN AL-SHAMS Abad, « Le nudge. Embarras du choix & paternalisme libertarien », *Multitudes*, 2017, vol. 68, n° 3, p. 44 - 53.

ARNOUX-NICOLAS Caroline, « Chapitre 1. Qu'est-ce que le sens du travail ? » dans *Donner un sens au travail*, Paris, Dunod (coll. « Ressources humaines »), 2019, p. 3 - 58.

BERNOUX Philippe, « La responsabilité des managers », *Vie sociale*, 2009, vol. 3, nº 3, p. 117 - 135.

BOFFA-COMBY Paule, « L'exemplarité aux sources du leadership », *L'Expansion Management Review*, 2012, vol. 144, nº 1, p. 90 - 95.

CODO Sylvie et SOPARNOT Richard, « Le rôle ambivalent de l'engagement au travail dans le stress professionnel des managers de proximité du secteur public », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2014, vol. 102, nº 3, p. 173 - 191.

CORNILLEAU Gérard, « Croissance et dépenses de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2012, vol. 36, nº 3, p. 29 - 40.

DE BORT Clara et FOURSANS Serge, « Le malaise des cadres hospitaliers », *Revue hospitalière de France*, 2003, nº 490, (coll. « Revue hospitalière de france »).

FRANCHISTEGUY-COULOUME Isabelle, « Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation », *Projectique*, 2015, vol. 13, nº 1, p. 37 - 50.

GILBERT Patrick, TEGLBORG Ann-Charlotte et RAULET-CROSET Nathalie, « L'entreprise libérée, innovation radicale ou simple avatar du management participatif ? », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 2017, vol. 127, nº 1, p. 38 - 49.

GOLSE Bernard, « Le rôle de la Haute Autorité de santé », *La revue lacanienne*, 2013, vol. 14, nº 1, p. 53 - 55.

HALGAND Nathalie, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement », *Revue française de gestion*, 2003, vol. 147, nº 6, p. 219 - 231.

LEIJSSEN Mia, « Les dimensions personnelles de la recherche de sens », *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2010, vol. 11, nº 1, p. 46 - 53.

LOUBAT Jean-René, « Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines », *Empan*, 2006, vol. 61, nº 1, p. 24 - 29.

LOUCHE Claude, « Chapitre 10. Le leadership » dans *Psychologie sociale des organisations*, Paris, Dunod (coll. « Psycho Sup »), 2019, p. 157 - 173.

MAONE Antoine, « Performance, motivation et leadership : vers une approche fondée sur les spécificités du secteur public », *Revue Hospitalière de France*, 2018, n° 580, p. 6 à 8.

MARZANO Michela, « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, 2010, vol. 412, n° 1, p. 53 - 63.

MICHEL Philippe, « "Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût" », *Revue française des affaires sociales*, 2019, n° 3, p. 135 - 137.

PEO'CH Nadia et CEAUX Christine, « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé...L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse », *Recherche en soins infirmiers*, 2012, vol. 108, n° 1, p. 53 - 66.

PIETR Michel, « Donner un sens au travail », Empan, 2004, vol. 55, no 3, p. 81 - 87.

SCHWARTZ Shalom H., « Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications », *Revue française de sociologie*, 2006, vol. 47, n° 4, p. 929 - 968.

SUTTER Pierre-Eric, STEFFAN Loïc et MICHOT Dylan, « Effondrement du monde : quel engagement professionnel ? », *Gestion 2000*, 2020, vol. 37, n° 1-2, p. 261 - 290.

WEI Pan, « Les valeurs fondatrices des sociétés contemporaines », *Diogène*, 2008, vol. 221, n° 1, p. 73 - 99.

WITTORSKI Richard, « La professionnalisation », *Savoirs*, 2008, vol. 17, n° 2, p. 9 - 36.

Rapports

CLARIS Olivier, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, s.l., 2020.

CONRARD Sophie, « Rapport de la cour des comptes, il est urgent d'agir », février 2012, no 1268, févr. 2012 p. 12.

DE SINGLY Chantal, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, s.l., 2009.

FAUCHIER-MAGNAN Emilie et WALLON Véronique, *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS*, s.l., IGAS, 2018.

MIGAUD Didier et BERTRAND Jean Marie, « Rapport public annuel 2012, tome I », 2012, p. 1033.

MORIN Estelle M, *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*, s.l., IRSST, 2008, 62 p.

Conférence

CECCATO Murrim, « Le cadre de santé dans les hôpitaux face à la logique gestionnaire : entre malaise et assimilation », s.l., XXVIIIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 2019.

GODEAU Henri-Philippe, « Faire face à une perte de sens au travail : un enjeu majeur pour beaucoup de soignants... », Angers, 2019.

Pages web

Quels sont les différents styles de leadership ?, https://www.digitalrecruiters.com/blog/quels-sont-les-differents-styles-de-leadership, 28 décembre 2020, consulté le 30 août 2021.

DGOS, *Financement des établissements de santé*, https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social, 18 août 2021, consulté le 18 août 2021.

DREES, *Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020* |, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/, consulté le 20 juillet 2021.

GAUTHIER Damien, *Vos collaborateurs sont-ils plutôt motivés, impliqués, engagés ou mobilisés ?*, https://blog.cinaps.com/plutot-motive-implique-engage-mobilise/ , 12 mars 2019, consulté le 29 août 2021.

RENAUDIN Frédéric, « Le principe de mutabilité est-il un principe contraignant ? ».

SANTE Ministère des Solidarités et de la et SANTE Ministère des Solidarités et de la, Stratégie de transformation du système de santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/ /stratégie-de-transformation-du-système-de-santé/ , 19 août 2021, consulté le 19 août 2021.

SANTE Ministère des Solidarités et de la et SANTE Ministère des Solidarités et de la, Ma santé 2022 : un engagement collectif, https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/ , 19 août 2021, consulté le 19 août 2021.

TRESOR DE LA LANGUE FRANÇAISE INFORMATISE, *TLFi : Trésor de la langue Française informatisé*, http://atilf.atilf.fr/tlf.htm, consulté le 14 août 2021.

La réforme de l'État, https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/269764-la-reforme-de-letat-politique-publique, consulté le 17 août 2021.

Le pacte de stabilité et de croissance : première étape vers la coordination des politiques budgétaires des États membres de l'union économique et monétaire, www.performance-publique.budget.gouv.fr, consulté le 20 juillet 2021.

Rapport du groupe de travail sur l'efficacité de la dépense publique et le controle parlementaire, https://www.assemblee-nationale.fr/dossiers/depense/rapport.asp, consulté le 18 juillet 2021.

Les éditions Le Robert et Google, https://www.lerobert.com/google-dictionnaire-fr, consulté le 16 août 2021.

Textes de loi

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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

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

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.

Décret n°97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code.

Divers

CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG), « Référentiel métier de Directeur des soins en établissement et en institut de formation ».

EHESP, « Référentiel de compétences des Directeurs des Soins ».

Liste des annexes

Annexe n°1 : établissements terrains de l'enquête III

Annexe n°2 : grille d'entretien à destination des DS et CSS V

Annexe n°3 : synthèse des entretiens réalisés VII

Annexe n°4 : questionnaire à destination des cadres ; ébauche IX

Annexe n°5 : questionnaire à destination des cadres ; version finale XI

Annexe n°6 : réponses des CS et FFCS XV

Annexe n°1 : établissements terrains de l'enquête

Etablissement	Région	Nombre de lits
CH 1	Auvergne Rhône-Alpes	950
CH 2	Auvergne Rhône-Alpes	1320
CH 3	Auvergne Rhône-Alpes	910
CH 4	Auvergne Rhône-Alpes	470
CH 5	Ile de France	1350
CH 6	Auvergne Rhône-Alpes	990

Annexe n°2 : grille d'entretien à destination des DS et CSS

QUESTION DE DEPART

Dans quelle mesure l'action du DS peut-elle contribuer à accompagner l'encadrement vers l'attendu de performance hospitalière ?

HYPOTHESES

- L'émergence du concept de performance hospitalière questionne l'encadrement sur le sens du travail ;
- Donner du sens à la performance hospitalière permet de favoriser l'engagement professionnel de l'encadrement ;
- Mobiliser des modalités managériales adéquates peut favoriser l'appropriation des changements inhérents aux réformes.

ENQUETE : GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je m'appelle Laurent THEVENEAU, je suis élève directeur des soins à l'EHESP à Rennes. Dans le cadre de ma formation, je réalise un travail de recherche / un mémoire pour lequel j'interroge des professionnels hospitaliers à travers un questionnaire ou des entretiens. C'est à ce titre que je sollicite aujourd'hui votre point de vue.
Je vous informe que cet entretien est totalement confidentiel et anonyme. Dans le cadre de ce travail, je souhaite, si vous en êtes d'accord, enregistrer cet entretien pour être le plus fidèle à vos propos. Cet enregistrement peut être arrêté à tout moment à votre convenance. Vous êtes tout à fait libre de ne pas répondre à une question, merci juste de m'en informer pour que je passe à la suivante.

1- **Pouvez-vous me raconter me présenter votre parcours professionnel ?**
2- **Avez-vous un diplôme universitaire de type Master 2 ?**

Thématique 1 : Acculturation au concept de performance

1. **Qu'évoque pour vous le concept de performance décliné à l'hôpital ?**
2. Pouvez-vous définir le concept de performance ?
3. Pourquoi l'hôpital doit-il désormais être performant ?
4. Comment les pouvoirs publics ont-ils fait émerger cette nécessité de performance ?

Thématique 2 : Performance, sens au travail et engagement professionnel

1. **Cette recherche de performance a-t-elle un impact sur le travail de l'encadrement ?**
2. Depuis le rapport Couty jusqu'au Ségur en passant par différentes études, on parle du malaise des cadres et de la perte de sens dans la mission. Qu'en pensez-vous ?
3. Pensez-vous que le sens au travail est un levier d'engagement professionnel ?
4. Comment qualifieriez-vous l'engagement professionnel de votre équipe d'encadrement ?

Thématique 3 : Les leviers managériaux

1. **Quelles solutions ou actions mettez-vous en œuvre pour déployer cette culture de performance dans votre équipe de managers ?**
2. Déployez-vous des modalités managériales spécifiques ? si oui, lesquelles ?
3. Comment accompagnez-vous la professionnalisation de l'encadrement ?
4. La formation dispensée par les IFCS vous apparaît-elle adaptée aux enjeux de performance ?

Annexe n°3 : synthèse des entretiens réalisés

Les entretiens réalisés sont présentés par ordre chronologique.

Entretien	Fonction	Ancienneté dans la fonction	Etablissement	Modalité	Date	Durée
Préparatoire	DS	Moins de 2 ans	CH 2	Téléphone	10/07/2021	19'08''
Préparatoire	CSS	Entre 2 et 5 ans	CH 2	Téléphone	10/07/2021	16'49''
Enquête	DS	Plus de 10 ans	CH 1	Présentiel	12/07/2021	35'27''
Enquête	CSS	Entre 2 et 5 ans	CH 1	Présentiel	13/07/2021	40'23''
Enquête	CSS	Plus de 10 ans	CH 1	Présentiel	13/07/2021	34'14''
Enquête	CSS	Entre 2 et 5 ans	CH 2	Présentiel	22/07/2021	33'04''
Enquête	CSS	Entre 2 et 5 ans	CH 1	Téléphone	22/07/2021	36'31''
Enquête	DS	Moins de 2 ans	CH 4	Téléphone	22/07/2021	43'18''
Enquête	DS	Entre 2 et 5 ans	CH 5	Visioconférence	26/07/2021	38'41''
Enquête	DS	Moins de 2 ans	CH 3	Téléphone	26/07/2021	41'23''
Enquête	DS	Moins de 2 ans	CH 6	Visioconférence	3/08/2021	31'52''

Annexe n°4 : questionnaire à destination des cadres ; ébauche

Concept	Sous-concept	Question
Sens	Autonomie	Je peux prendre des initiatives pour réaliser mes missions
Sens	Autonomie	Je suis libre de m'organiser de la manière qui me semble le plus efficace
Sens	Reconnaissance	Je peux compter sur le soutien de mon supérieur
Sens	Reconnaissance	Mes compétences sont reconnues
Sens	Reconnaissance	Mes résultats sont reconnus
Sens	Utilité du travail	J'ai le sentiment que la mission que j'exerce sert à quelque chose
Sens	Utilité du travail	Mon travail conduit à des résultats concrets
Sens	Opportunités d'apprentissage	Mon travail me permet d'apprendre et de me perfectionner
Sens	Opportunités d'apprentissage	Je m'épanouis dans mon travail
Sens	Qualité des relations avec les collègues	Je peux compter sur l'aide de mes collègues lorsque j'ai des difficultés
Sens	Qualité des relations avec les collègues	J'ai l'occasion de rendre service à mes collègues
Sens	Qualité des relations avec les collègues	L'ambiance au travail est bonne
Performance	Efficacité	Je m'assure que les pratiques professionnelles sont appliquées
Performance	Efficacité	J'ai un tableau de bord de suivi des activités de mon service
Performance	Efficience	L'efficience c'est faire toujours plus d'activité avec toujours moins de moyens
Performance	Efficience	Je cherche à mobiliser les ressources (humaines et matérielles) dont je dispose au plus juste
Performance	Qualité	La certification est un levier d'amélioration de la qualité des soins
Performance	Qualité	Les enquêtes de satisfaction des usagers permettent d'améliorer les prises en charge
Performance	Qualité	Les enquêtes de satisfaction des usagers sont exploitées dans mon service
Performance	Pertinence	Il est important de structurer les parcours des patients à l'hôpital
Performance	Pertinence	Il arrive que des patients restent plus longtemps que nécessaire à l'hôpital
Performance	Connaissances générales	J'effectue une veille réglementaire régulière
Performance	Connaissances générales	J'ai été formé aux principes du Nouveau Management Public
Performance	Connaissances générales	Je maîtrise le concept de performance
Engagement	Engagement affectif	Je suis attaché à mon établissement
Engagement	Engagement affectif	Je m'implique dans mon travail
Engagement	Engagement normatif	Je me sens responsable de la bonne marche de mon service
Engagement	Engagement normatif	Il est important que l'hôpital bénéficie d'une bonne image
Engagement	Engagement de continuité	J'ai déjà envisagé de changer de profession

Annexe n°5 : questionnaire à destination des cadres ; version finale

Questionnaire à destination des cadres de santé

Cette enquête est conduite dans le cadre d'un travail de recherche.
Les données sont anonymisées et les résultats ne seront pas diffusés hors du périmètre du travail réalisé.

*Obligatoire

Nom de votre établissement : *

Votre réponse

Vous êtes : *

Sélectionner

Votre ancienneté dans la fonction d'encadrement : *

Sélectionner

Pour les affirmations suivantes, merci d'indiquer votre niveau d'adhésion :

Mon travail conduit à des résultats concrets : *

Sélectionner

Je suis libre de m'organiser de la manière qui me semble le plus efficace : *

Sélectionner

Mes résultats sont reconnus : *

Sélectionner

J'ai l'occasion de rendre service à mes collègues : *

Sélectionner

Je peux compter sur le soutien de mon supérieur : *

Sélectionner

J'ai le sentiment que la mission que j'exerce sert à quelque chose : *

Sélectionner

Je peux prendre des initiatives pour réaliser mes missions : *

Sélectionner

Je m'épanouis dans mon travail : *

Sélectionner

L'ambiance au travail est bonne : *

Sélectionner

Mes compétences sont reconnues : *

Sélectionner

Je peux compter sur l'aide de mes collègues lorsque j'ai des difficultés : *

Sélectionner

Mon travail me permet d'apprendre et de me perfectionner : *

Sélectionner

Je m'implique dans mon travail : *

Sélectionner

L'image de mon service et de l'hôpital sont importants pour moi : *

Sélectionner

Les enquêtes de satisfaction des usagers permettent d'améliorer les prises en charge : *

Sélectionner

Les enquêtes de satisfaction des usagers sont exploitées dans mon service : *

Sélectionner

Je suis attaché à mon établissement : *

Sélectionner

La collaboration entre les différents services est fluide : *

Sélectionner

Je me sens responsable de la bonne marche de mon service : *

Sélectionner

J'ai déjà envisagé de changer de profession : *

Sélectionner

Les patients hébergés dans une autre spécialité sont bien pris en charge : *

Sélectionner

Je contrôle régulièrement les pratiques professionnelles : *

Sélectionner

Je cherche à mobiliser les ressources (humaines et matérielles) dont je dispose au plus juste : *

Sélectionner

Il arrive que des patients restent hospitalisés plus longtemps que nécessaire : *

Sélectionner

J'effectue une veille réglementaire régulière : *

Sélectionner

J'ai un tableau de bord de suivi des activités de mon service : *

Sélectionner

La certification est un levier d'amélioration de la qualité des soins : *

Sélectionner

Des organisations performantes sont nécessaires pour maîtriser les coûts de santé : *

Sélectionner

L'efficience c'est faire toujours plus d'activité avec toujours moins de moyens : *

Sélectionner

Je connais les principes du Nouveau Management Public *

Sélectionner

A l'issue de ces questions, vous pouvez, si vous souhaitez, exprimer des éléments complémentaires ou des remarques :

Votre réponse

Merci pour vos réponses et le temps consacré à ce questionnaire.

Envoyer

Page 1 sur 1

Annexe n°6 : réponses des CS et FFCS

Concept	Sous-concept	Question	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Positif	Négatif
Sens	Autonomie	Je peux prendre des initiatives pour réaliser mes missions	21%	60%	18%	1%	82%	18%
Sens	Autonomie	Je suis libre de m'organiser de la manière qui me semble le plus efficace	24%	64%	11%	1%	88%	12%
Sens	Reconnaissance	Je peux compter sur le soutien de mon supérieur	39%	45%	15%	1%	84%	16%
Sens	Reconnaissance	Mes compétences sont reconnues	14%	61%	23%	3%	75%	25%
Sens	Reconnaissance	Mes résultats sont reconnus	8%	56%	33%	3%	64%	36%
Sens	Utilité du travail	J'ai le sentiment que la mission que j'exerce sert à quelque chose	27%	62%	10%	1%	89%	11%
Sens	Utilité du travail	Mon travail conduit à des résultats concrets	18%	75%	6%	1%	93%	7%
Sens	Opportunités d'apprentissage	Mon travail me permet d'apprendre et de me perfectionner	33%	57%	9%	1%	90%	10%
Sens	Opportunités d'apprentissage	Je m'épanouis dans mon travail	18%	52%	26%	4%	70%	30%
Sens	Qualité des relations avec les collègues	Je peux compter sur l'aide de mes collègues lorsque j'ai des difficultés	40%	52%	8%	1%	92%	8%
Sens	Qualité des relations avec les collègues	J'ai l'occasion de rendre service à mes collègues	43%	50%	7%	0%	93%	7%
Sens	Qualité des relations avec les collègues	L'ambiance au travail est bonne	9%	58%	30%	3%	68%	32%
Performance	Efficacité	Je contrôle régulièrement les pratiques professionnelles	21%	65%	14%	0%	86%	14%
Performance	Efficacité	J'ai un tableau de bord de suivi des activités de mon service	32%	42%	21%	6%	73%	27%
Performance	Efficience	L'efficience c'est faire toujours plus d'activité avec toujours moins de moyens	10%	17%	36%	36%	27%	73%
Performance	Efficience	Je cherche à mobiliser les ressources (humaines et matérielles) dont je dispose au plus juste	58%	42%	1%	0%	99%	1%
Performance	Qualité	La certification est un levier d'amélioration de la qualité des soins	36%	55%	8%	1%	91%	9%
Performance	Qualité	Les enquêtes de satisfaction des usagers permettent d'améliorer les prises en charge	32%	46%	18%	4%	78%	22%
Performance	Qualité	Les enquêtes de satisfaction des usagers sont exploitées dans mon service	9%	44%	23%	24%	53%	47%
Performance	Pertinence	La collaboration entre les différents services est fluide	1%	52%	41%	7%	53%	47%
Performance	Pertinence	Les patients hébergés dans une autre spécialité sont bien pris en charge	6%	58%	33%	3%	64%	36%
Performance	Pertinence	Il arrive que des patients restent hospitalisés plus longtemps que nécessaire	30%	45%	22%	4%	75%	25%
Performance	Connaissances générales	J'effectue une veille réglementaire régulière	14%	58%	21%	8%	72%	28%
Performance	Connaissances générales	Je connais les principes du Nouveau Management Public	6%	34%	31%	29%	39%	61%
Performance	Connaissances générales	Des organisations performantes sont nécessaires pour maîtriser les coûts de santé	43%	50%	6%	1%	92%	8%
Engagement	Engagement affectif	Je suis attaché à mon établissement	33%	56%	9%	2%	89%	11%
Engagement	Engagement affectif	Je m'implique dans mon travail	83%	16%	1%	0%	99%	1%
Engagement	Engagement normatif	Je me sens responsable de la bonne marche de mon service	55%	45%	1%	0%	99%	1%
Engagement	Engagement normatif	L'image de mon service et de l'hôpital sont importants pour moi	68%	31%	1%	0%	99%	1%
Engagement	Engagement de continuité	J'ai déjà envisagé de changer de profession	32%	27%	17%	24%	59%	41%

THEVENEAU	Laurent	Décembre 2021

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2021

Donner du sens à la performance : un levier d'action du DS en faveur de l'engagement des cadres ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé **:**

Les réformes qui traversent le monde hospitalier depuis les années 2000 renforcent toujours plus la recherche de qualité, de pertinence des soins prodigués et d'efficience des organisations sanitaires ; autant d'éléments qui caractérisent la notion de performance. Ce concept, devenu prévalent, questionne les jeux d'acteurs au sein de l'hôpital, et modifie notoirement la place et les missions des managers.

Ce travail interroge l'impact de ce concept de performance sur le sens que les CS et CSS trouvent dans leur travail ; in fine, il cherche à identifier les leviers pouvant être mobilisés par le DS pour favoriser l'engagement de ses collaborateurs.

Les conclusions s'appuient sur une double enquête (faite d'entretiens et de questionnaires) qui nuance le constat communément admis de malaise des cadres ; elles identifient surtout en quoi le DS est un acteur clé au sein des organisations hospitalières contemporaines pour donner du sens à l'activité et fédérer l'ensemble des acteurs hospitaliers dans une dynamique commune.

Mots clés **:**
Performance, sens au travail, engagement, management, leadership, agilité.

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.