



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **Marie Marvingt 2022 - 2023**

Date du Jury : **Octobre 2023 année**

**Le soutien managérial aux cadres de
proximité à l'hôpital public,
Limites et potentialités des fiches
réflexes RH.**

Lucie THOMASSET

Remerciements

Je souhaite remercier l'équipe de direction du CHU pour son accueil, sa pédagogie et son sens du partage mais surtout pour l'attention portée à l'égard de ma formation. J'ai beaucoup appris aux côtés de chaque membre de l'équipe de direction.

Je tiens à remercier sincèrement mon maître de stage, le directeur des ressources humaines, pour sa bienveillance, son accompagnement au quotidien et ses précieux conseils.

J'adresse également mes remerciements à la directrice adjointe des ressources humaines pour son accompagnement, la confiance qu'elle m'a accordée et ses conseils avisés pour ma future prise de poste.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude au directeur des affaires financières, à la directrice adjointe des affaires financières et au directeur des affaires médicales qui m'ont également accompagnée pendant mon stage en me consacrant du temps pour partager leurs connaissances, leurs savoir-faire et leurs judicieux conseils.

Je désire également remercier l'équipe de la direction des ressources humaines pour leur accueil et leur accessibilité tout au long de mon stage de direction.

Enfin, je souhaite remercier Paula Cristofalo, enseignante à l'EHESP, pour m'avoir accompagnée dans l'approche de mon sujet de mémoire ainsi que dans sa construction.

Sommaire

Introduction	1
1 L'avènement du management à l'hôpital public consacrant le rôle du cadre de proximité	7
1.1 L'avènement du management dans le monde du travail, dans la fonction publique et à l'hôpital public et l'impact de l'organisation polaire	7
1.1.1 L'avènement du management dans le monde du travail, dans la fonction publique et à l'hôpital	7
1.1.2 L'impact de l'organisation polaire sur le management de proximité, révélateur de questionnement.....	11
1.2 Le rôle pivot du cadre hospitalier de proximité.....	15
1.2.1 Le cadre hospitalier de proximité, échelon managérial longtemps invisibilisé et dont l'importance dans l'organisation hospitalière a été sous-estimée	15
1.2.2 Le rôle du cadre hospitalier de proximité, entre injonctions et contradictions : l'illustration de la fonction de cadre de santé.....	16
2 Le soutien managérial aux cadres de proximité par l'hôpital public, l'exemple des fiches réflexes RH	21
2.1 La diffusion d'outils pratiques pour « adopter les bons réflexes managériaux » aux cadres de proximité, phénomène actuel dans la fonction publique permettant d'instaurer un soutien managérial nécessaire.....	21
2.1.1 Une dynamique actuelle dans la fonction publique	21
2.1.2 Le soutien de l'institution, pierre angulaire du management de proximité	23
2.2 La diversité d'outils proposés pour soutenir les cadres de proximité à l'hôpital	27
2.2.1 En France, quelques exemples.....	27
2.2.2 Dans le CHU X, un état des lieux	28
2.3 Les fiches réflexes RH, outil révélateur des besoins du cadre de proximité	33
2.3.1 Les fiches réflexes RH, outil révélateur d'un besoin de connaissance, de maîtrise des règles RH et d'adoption des bons réflexes managériaux.....	34
2.3.2 Les fiches réflexes RH, symptôme d'une difficulté à trouver l'information en raison du caractère dysfonctionnel de l'intranet.....	36
3 Les outils de soutien managérial à destination des cadres de proximité sont nécessaires mais doivent être repensés au sein du CHU X.....	39
3.1 L'enjeu primordial de la formation	39

3.1.1	L'absence de formation initiale en management de certains cadres de proximité nécessitant un primo-accompagnement lors de la prise de poste.....	39
3.1.2	L'importance de la formation professionnelle continue.....	44
3.2	Le recrutement et la prise de poste, étapes cardinales de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels.....	46
3.3	La création d'une identité cadre, essentielle au CHU X.....	47
3.4	La proposition d'outils numériques de gestion du quotidien, simplifiés et adaptés....	49
3.4.1	Des outils numériques facilitant le quotidien et une formation des cadres de proximité pour un usage plus aisé du numérique.....	49
3.4.2	L'utilisation d'un baromètre social, outil utile pour le management à manier avec précaution	51
3.5	Le directeur d'hôpital, promoteur d'une démarche de proximité managériale	53
	<i>Conclusion</i>	54
	<i>Bibliographie</i>	55
	<i>Liste des annexes</i>	60

Liste des sigles utilisés

ACH : Adjoint des Cadres Hospitaliers.

ANACT-ARACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail – Agences Régionales pour l'amélioration des conditions de travail.

APEC : Association Pour l'Emploi des Cadres.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CFA : Centre de Formation d'Apprentis.

CH : Centre Hospitalier.

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CME : Commission Médicale d'Établissement.

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins.

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

DRH : Direction des Ressources Humaines / Directeur des Ressources Humaines.

DITP : Direction Interministérielle de la Transformation Publique.

DPI : Dossier Patient Informatisé.

FFCS : Faisant-fonction de cadre de santé.

GCS HUGO : Groupement de coopération sanitaire Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest.

GED : Gestion Électronique des Documents.

GHU : Groupe Hospitalo-Universitaire de l'AH-HP.

GHT : Groupement(s) Hospitalier(s) de Territoire.

HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital, et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État.

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

IFPS : Institut de Formation des Professionnels de Santé.

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances.

QVT : Qualité de Vie au Travail.

PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement.

RH : Ressources Humaines.

RPS : Risques Psycho-Sociaux.

T2A : Tarification à l'activité.

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience.

Introduction

« Brandie comme une évidence sociale, construite comme une nécessité, la proximité est fondée sur un jeu d'équivalences naturalisées dont l'effet symbolique est puissant : proximité = implication = participation = efficacité = légitimité » (La proximité en politique, C. Le Bart et R. Lefebvre, 2015).

À l'occasion d'un stage de direction dans le CHU X et de l'attribution d'une mission d'élaboration de fiches réflexes RH à destination des cadres de proximité, il semblait pertinent de se questionner quant à leurs rôles et place. Ces fiches ont pour but d'aiguiller les cadres de proximité à adopter des « *bons réflexes managériaux* » lors des situations managériales quotidiennes.

La proximité est définie comme étant une « *situation de quelqu'un, de quelque chose qui se trouve à peu de distance de quelqu'un, de quelque chose, d'un lieu* » ou encore un « *caractère de ce qui est proche dans le temps* » (Larousse, 2023). Dans le sens commun, la proximité est « *le voisinage* », « *le terrain* », le fait d'être « *à côté* », ou encore d'être « *proche des préoccupations quotidiennes* » ; ce n'est pas la distance, l'éloignement, l'écart. La proximité peut prendre diverses formes. Certains auteurs (A. Asselineau, 2011) distinguent 5 types de proximité : « *la proximité territoriale* » (échelle locale ou régionale), « *la proximité temporelle* » (horizon de court terme, d'imminent), « *la proximité hiérarchique* » (caractérisée par un dirigeant proche à la fois physiquement et humainement), « *la proximité fonctionnelle* » (absence de séparation des tâches et des fonctions) et « *la proximité sociale* » (avec son cercle de proches, ses pairs). La proximité est un terme « *plus lourdement connoté que dénoté : s'il est évident pour tous ceux qui l'utilisent que la proximité, c'est " quelque chose de bien " (c'est en tous cas mieux que la distance)* » (La proximité en politique, C. Le Bart et R. Lefebvre, 2015). Mais la proximité est surtout le fruit d'un « *construit social* »¹, c'est une « *impression produite par des acteurs conduisant avec succès des stratégies de rapprochement* »²: l'appréciation de la proximité est alors subjective.

Le terme de « *proximité* » est un concept phare de la société contemporaine. Historiquement, l'État providence détenait son pouvoir par son inaccessibilité et son insaisissabilité : « *la modernité vient du centre, la distance a été synonyme d'efficacité, d'impartialité et de légitimité* »³. En opposition à cette modernité dépassée, le concept de

¹ La proximité en politique, C. Le Bart et R. Lefebvre, 2015

² Ibidem.

³ Ibidem.

proximité devient la figure de proue de l'État post-moderne puisqu'« *il tend à s'ouvrir, à se décloisonner pour admettre l'expression en son sein de la diversité constitutive du social* » (J. Chevallier, 2017). Cette bascule s'illustre par le phénomène de décentralisation des lois Defferre (1982) : depuis 1982, le territoire est un véritable échelon d'administration de l'action publique.

Aujourd'hui, « *l'heure semble être à la promotion de la proximité* » (K. Barro et P. de Montalembert, 2022) également dans le domaine de la santé ; cela s'explique par plusieurs facteurs. D'abord le système de santé français s'est transformé pour répondre à de nouveaux défis⁴. Ensuite, la crise COVID-19 a grandement affecté les organisations existantes, perçues comme « trop » stratifiées, surspécialisées ou fonctionnant en silo, source de raideur organisationnelle. Cette crise a démontré l'importance de la coopération territoriale de proximité entre les acteurs du territoire⁵ qui ont fait preuve d'inventivité et de solidarité, ainsi que de la possibilité de réagir avec rapidité grâce à une certaine souplesse du législateur dans les procédures normalement chronophages.

C'est le cas notamment de l'hôpital : le rapport « Hôpital : sortir des urgences » (B. Jomier, C. Deroche, 2021-2022) souligne la capacité des acteurs du terrain à prendre des initiatives conjointes et à mener des actions rapides et efficaces lors de la crise COVID-19. Ce rapport formule 80 recommandations dont le caractère impérieux de prioriser les soins de proximité, la refondation massive des établissements de santé de proximité, le développement et la reconstruction des hôpitaux de proximité, la nécessité de réaffirmer un service public hospitalier de proximité...

Avant ce rapport et la crise COVID-19, la notion de « proximité » était déjà au cœur des réflexions des politiques publiques : la promotion des soins de proximité, le statut et l'importance des hôpitaux de proximité, le décloisonnement de l'hôpital public pour faciliter la coopération avec la ville et les acteurs de santé du territoire (CPTS, EHPAD, maisons pluriprofessionnelles de santé, professionnels de santé libéraux...). Cette proximité s'inscrit tant dans les relations qu'un hôpital entretient avec les acteurs extérieurs, que dans son organisation interne. Le président de la République, lors de son allocution du 1er janvier 2023 alléguait la nécessité de « *redonner aux soignants du sens dans leur métier* » notamment en libérant du temps médical pour les soignants à l'hôpital et en ville, et en remettant le service au cœur des décisions quotidiennes. Ainsi, la volonté actuelle est de revenir « au terrain », au soin.

⁴ Allongement de l'espérance de vie, vieillissement de la population, augmentation des pathologies chroniques et des patients polypathologiques, émergence d'une médecine de pointe avec les évolutions scientifiques et technologiques, resserrement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé, exigence légitime du patient à l'égard de sa propre prise en charge (consécration des droits du patient...) etc.

⁵ Entre acteurs de santé interrégional (EVASAN), dans l'organisation d'un territoire (centres de vaccination), entre particuliers (solidarité)

De fait, la notion du management à l'hôpital est elle aussi questionnée, avec l'émergence croissante de cette notion de proximité. Sujet de préoccupation récent à l'hôpital, le management de proximité est l'une des clés qui permet d'interroger les organisations de travail puisque « *fondé sur le potentiel humain, c'est un facteur de satisfaction sociale au travail et de productivité durable* » (L. Cappelletti, 2023).

Le management désigne « *l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* » (Larousse, 2023). Manager n'est pas commander⁶ : cela revient « *à organiser, gérer quelque chose, diriger une affaire* » (*ibidem*). De nos jours, il existe divers types de management (R. Likert, 1967) : le management directif, persuasif, déléguatif ou participatif.

Son caractère novateur peut s'illustrer notamment par la difficulté à définir la notion de « cadre de proximité ». Dans la fonction publique, le cadre est celui qui détient « la capacité à prendre des décisions, à accompagner et à animer ceux qu'il encadre »⁷. Mais il n'existe pas de définition de « cadre de proximité » dans les textes juridiques. Notion équivoque et ambiguë, certains parlent de « managers de premières lignes » (Autissier & Vandangeon-Derumez, 2007), d'autres de « middle managers » (Balogun, 2003), d'« encadrement de proximité » (Létondal, 1997) ou encore de « cadres intermédiaires ». Ils sont généralement désignés comme étant « les salariés qui sont en première ligne, contremaîtres ou chefs d'équipe » (M. Thévenet, 2009) qui « encadrent l'essentiel des salariés dans l'activité de production » (O'Donnel, Vesin & Perrier, 2011). Concept « valise », cette notion de cadre de proximité ne détient pas une seule et même définition. Pour autant depuis peu, cette catégorie de professionnels fait l'objet d'études pour comprendre leur place dans une organisation de travail, leur rôle, leurs missions, leur champ de compétence et leurs difficultés quotidiennes. Leur spécificité est liée à leur position d'encadrant intrinsèquement proche des équipes mais en établir une définition précise est difficile.

À l'occasion de ce mémoire, les cadres de proximité seront désignés comme étant « *des personnes encadrant une ou plusieurs équipes de professionnels en proximité, au quotidien* ». Ils seront étudiés par interfiliarité (administrative, technique, des ouvriers hospitaliers, des praticiens hospitaliers, des services de soins, de rééducation et médico-technique et de la filière socio-éducative). Leur point commun : planifier, organiser, contrôler et diriger avec responsabilité et dans le bon déroulement les activités de leur équipe.

⁶ Commander : qui consiste à exercer son autorité sur quelqu'un en lui dictant sa conduite.

⁷ Rapport C.de Singly, Mission Cadres Hospitaliers, 2009.

Ainsi, il semble intéressant de se questionner : **comment un directeur d'hôpital peut-il apporter un soutien managérial aux cadres de proximité pour leur permettre de réaliser à bien leurs missions ? Et si la proximité est définie comme étant une réduction de distance, comment un directeur, dont les fonctions sont tournées vers le pilotage stratégique et dont le niveau de responsabilité excède celui des cadres, peut-il contribuer à réduire la distance ? Finalement, comment être proches, lorsque par essence et attentes, nous sommes éloignés ?**

L'objet de ce mémoire n'est pas de réaliser une analyse centrée sur les cadres de proximité, décorrélée de l'objectif du mémoire mais plutôt de questionner l'intérêt des outils mis à disposition par l'hôpital public aux cadres de proximité telles que les fiches réflexes RH : qu'est-ce que traduit leur création au sein du CHU X ? Quelles missions, quels rôles, quels outils existent au sein d'autres CHU en France ? Quelles difficultés connaissent les cadres de proximité dans leurs missions ? Quelles sont les pistes de réflexion existantes pour repenser leur soutien par un directeur d'hôpital ? Pourquoi la proximité managériale est recherchée aujourd'hui ? Ces notions seront abordées dans l'environnement de la fonction publique hospitalière française.

Aussi, les cadres de santé feront l'objet d'une analyse plus poussée en raison de leur positionnement spécifique, mais ne constitueront pas le point central de cette réflexion ; les cadres de proximité demeurent bien le sujet de cette étude.

De plus, il convient de rappeler que le niveau de maturité de l'accompagnement de l'institution hospitalière des cadres de proximité diffère des établissements. Cela s'explique selon plusieurs facteurs : l'histoire de l'établissement, ses difficultés historiques et actuelles, sa méthode d'organisation, ses difficultés de recrutement et de fidélisation, le contexte territorial, les choix passés ou présents... Afin de mieux comprendre le contexte du CHU X, il convient de le présenter rapidement : il est l'un des deux CHU de sa région. Il emploie environ 10 000 agents et comporte 5 sites hospitaliers. L'un de ses projets phares est son nouvel hôpital en cours de construction, regroupant prochainement 3 de ses 5 sites. Ses directions fonctionnent en silo avec peu de transversalité dans la gestion de projet. Enfin, la culture de la procédure n'est pas vraiment imprégnée dans les organisations de travail et il existe une résistance au changement assez marquée.

La méthodologie employée pour répondre à ces questions repose sur plusieurs supports. D'abord, le recours à la littérature portant sur le management dans une organisation de travail, dans la fonction publique et sur le rôle de l'encadrement de proximité a été essentiel. Des rapports ont également été utilisés (le rapport « Mission cadres hospitaliers » de C.de Singly, le rapport Claris, le rapport Hôpital : sortir des urgences etc.) tout comme des guides (guide de l'encadrant, la boussole du manager), des articles tirés

de revues et ouvrages de sciences humaines et professionnelles, ainsi que des études et mémoire d'étudiant. Une exploitation indirecte des données et verbatims issus d'une enquête⁸ menée lors du stage de direction sur l'expérience collaborateur des professionnels du CHU X sera également réalisée. Des prises de notes de réunions et d'entretien pré-disciplinaire seront mobilisés, tout comme des documents institutionnels du CHU X ou d'autres CHU de France. Enfin, une quinzaine d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cadres de proximité du CHU X mais aussi auprès des cadres supérieurs et des directeurs (7 entretiens exploratoires et 10 entretiens semi-directifs) afin de compléter cette réflexion par des éléments plus opérationnels et directement liés aux fonctions d'un directeur d'hôpital.

Si, dans un premier temps, l'étude de l'avènement du management dans le monde à l'hôpital public et du rôle du cadre hospitalier de proximité (I) s'avère nécessaire, il apparaît primordial dans un deuxième temps (II) d'analyser la manière dont s'opère le soutien managérial aux cadres de proximité par les fiches réflexes RH et enfin d'identifier dans un troisième temps (III) les outils de soutien managérial mobilisables pour les cadres de proximité au sein du CHU X.

⁸ L'enquête se nomme « Mon Quotidien au CHU X » (2023)

1 L'avènement du management à l'hôpital public consacrant le rôle du cadre de proximité

1.1 L'avènement du management dans le monde du travail, dans la fonction publique et à l'hôpital public et l'impact de l'organisation polaire

1.1.1 L'avènement du management dans le monde du travail, dans la fonction publique et à l'hôpital

L'avènement du management dans le monde du travail

« *Management* » vient du vieux mot français « *ménager* », qui signifie prendre soin d'un être vivant pour qu'il survive et se développe au mieux. Appliquée à l'être humain dans l'action collective organisée, cette définition d'origine est juste » (L. Cappelletti, 2023).

Concept créé par des théoriciens⁹ tels que Frederick Taylor (*The Principles of scientific management*, 1911) et Henri Fayol (*Principles of Management*, 1916) ceux-ci ont appliqué des méthodes scientifiques à la gestion des entreprises en développant des principes et techniques pour optimiser la productivité, réduire les inefficiences et améliorer les performances organisationnelles au début du XX^{ème} siècle. Frederick Taylor propose « *d'améliorer la productivité en luttant contre la flânerie* » (R. Pinarde, 2000) dans les ateliers avec la division horizontale et verticale du travail. Henri Fayol suggère que l'élément clé d'une organisation est le chef ; il demeure responsable du succès de son entreprise. Pour cela, il doit détenir des qualités spécifiques non innées (culture générale, intelligence, art de manier les hommes, santé) et contrôler un petit groupe d'hommes (5 à 10 personnes) en utilisant des « outils de gestion » (planifier, organiser, contrôler, commander) et en respectant des principes généraux d'une administration (division du travail, autorité, discipline, centralisation, hiérarchisation...).

De manière plus générale, l'industrialisation de la société et la mondialisation ont été des facteurs de conceptualisation de la notion du management : dès le début du XX^{ème} siècle, il devient nécessaire de maîtriser les techniques et coûts de production, tout comme les flux d'énergie et de matières en raison de la complexification et densification des organisations de travail.

⁹ S. Dauphin, Théories du Management, Informations sociales, 2011.

À partir des années 1930, l'émergence de la psychologie et des théories de développement personnel a « déplacé le regard des objectifs de production vers le bien-être des salariés pour tenter de répondre et d'éviter les conflits sociaux dans les entreprises » (S.Dauphin, 2011) : Elton Mayo (*The Human Problems of an Industrialised Civilisation*, 1933) rappelle l'importance du climat psychologique sur le comportement et la performance des travailleurs, Abraham Maslow étudie la hiérarchisation des motivations des humains dans les années 1940 (en distinguant les besoins primaires et sociaux) et Frederick Herzberg (*The Motivation to Work*, 1959) consacre par ses travaux deux types de facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail (des prérequis environnementaux dont l'ambiance et l'hygiène, et des facteurs de motivation dont le besoin de s'accomplir et d'effectuer un travail intéressant).

L'émergence du management dans la fonction publique française

Dans les années 1980, apparaît le *New Public Management* au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. Il s'est ensuite déployé dans les pays de l'OCDE dont les Etats-Unis, le Canada, l'Allemagne, les Pays-Bas et la France. Ainsi, l'administration publique française connaît un mouvement de rationalisation et de modernisation : il est alors nécessaire d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la transparence du secteur public pour se rapprocher du mode de gestion du secteur privé qui est plus performant. La multiplication des missions de l'État, le « mille-feuilles administratif », la faible culture de programmation et d'évaluation par les résultats et l'impact du phénomène de mondialisation nécessitent de repenser l'administration française. Le modèle du *New Public Management* remet alors en cause l'organisation bureaucratique traditionnelle. Il se caractérise par cinq processus de transformation selon Matthias Finger (*Le New public Management – reflet et initiateur d'un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques*, 1997) : la distanciation, l'autonomisation ou désenchevêtrement de l'administration vis-à-vis de la politique traditionnelle, le rapprochement de l'administration vis-à-vis du citoyen, la dynamisation et transformation organisationnelle de l'administration, la déconcentration et l'orientation vers les résultats. Ces processus se sont concrétisés par l'émergence d'agences publiques sous contrat avec l'État, la décentralisation de la décision (dont l'autonomie et la responsabilisation des acteurs), la gestion des RH, la budgétisation, la mesure et le contrôle de la performance, l'évaluation des politiques publiques et des programmes, la création d'incitations pour promouvoir l'efficacité et l'efficience. Par l'intermédiaire de ces nouveaux procédés, la gestion publique se professionnalise.

Plus tardivement, à la fin des années 1980¹⁰ (M. Porter, 1980), le besoin de compétitivité entre les entreprises est devenu un sujet de réflexion : une gestion efficace des entreprises par l'intermédiaire du management devient alors un avantage concurrentiel clé puisque le management est un moyen de maximiser les performances organisationnelles, d'innover, d'optimiser les ressources et de s'adapter aux changements du marché.

Pour autant, ce terme ne figure pas explicitement dans les textes juridiques : « sa situation est en effet quelque peu paradoxale : boudé par les textes officiels, il est pourtant depuis des décennies mis en œuvre dans des réformes sans que le terme de management ne soit— sauf dans de rares exceptions— employé officiellement » (A. Bartoli, H. Chomienne, 2011). Par la suite, ont été observées les grandes phases de la modernisation des services publics français¹¹ :

Principaux projets « modernisateurs »	Conception dominante du changement et principaux outils	Changement principalement centré sur :
Rationalisation des choix budgétaires (années 1960 et 1970)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification et programmation d'objectifs et moyens dans le cadre des politiques publiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Administrations centrales
« Foisonnement managérial » (1984-1988) « Qualité administrative » (1986-1988)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Incitation politique ■ Contexte de mise en œuvre parfois délicate de la décentralisation (transferts d'activités et d'agents publics) porteur de remises en cause ■ Importation d'outils « qui ont fait leurs preuves » (par exemple démarche qualité) principalement sur la base du volontariat 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services déconcentrés des ministères ■ Actions locales et parfois ministérielles ■ Initiatives en collectivités
« Renouveau du service public » (1989-1991)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forte impulsion politique ■ Démarches plutôt facultatives ■ Processus participatif ascendant de diffusion du changement autour de « projets de service » ■ Formation des dirigeants publics au management 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Agents et les services déconcentrés des ministères ■ Réflexion interministérielle mais actions ministérielles et surtout locales
Réforme de l'État (1995-1996)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forte impulsion politique et mise en place d'une structure stable de pilotage et d'aide à la diffusion du changement ■ Développement de relations contractuelles (contrats de services) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Usagers et les services centraux des ministères ■ Actions interministérielles, ministérielles et locales ■ Parallèlement, fort développement de démarches chez les autres acteurs publics (collectivités locales, hôpitaux...)
Modernisation de l'État (1997-2002)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impulsion politique et conception, pilotage et évaluation par des structures administratives dédiées ■ Processus d'intention participative et interactive entre centre et périphérie ■ Démarches de « projets Pluriannuels de modernisation » obligatoires pour chaque ministère (contrôle de gestion, administration électronique...) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services centraux et déconcentrés des ministères ■ Actions interministérielles, ministérielles et locales ■ Actions spécifiques en parallèle dans les collectivités et établissements hospitaliers
Lolf (Loi votée en 2001 et mise en œuvre en 2006) et poursuite des autres axes de la modernisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Loi organique avec large consensus politique et dont l'application est obligatoire ■ Articulation politique et gestionnaire selon une logique « missions-objectifs-moyens-résultats » (gestion budgétaire par la performance) ■ Nombreux outils : formalisation stratégique (programmes), mise en œuvre (plans de performance), suivi budgétaire (budgets opérationnels programmes), évaluation (rapports annuels de performance, audits de modernisation...), démarches de modernisation (administration électronique, qualité de service...) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expérimentations puis généralisation à tous les services de l'État ■ Développement de démarches managériales dans tous les types de services publics

C'est dans ce contexte que progressivement, le management apparaît comme intrinsèque aux politiques publiques de l'État : « le terme "management" n'est que rarement employé dans les rapports officiels, réforme, modernisation ou gestion par la performance lui étant généralement préférés »¹². Pour exemple, la loi organique n°2001-

¹⁰ Les entreprises ont réalisé que, dans un environnement commercial compétitif, une gestion efficace était un avantage concurrentiel clé.

¹¹ Ibidem

¹² Ibidem

692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finance (LOLF) initie la modernisation de l'action publique en imposant le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats pour la rénovation des procédures budgétaires et financières de l'État. De même, la loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique simplifie et transforme la gestion des ressources humaines et favorise la mobilité des agents publics. Plus tard, le décret n°2010-716 du 29 juin 2010 relatif au management dans la fonction publique consacre l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique territoriale pour les années 2010 – 2011 et 2012.

Aujourd'hui « pour *moderniser le service public et redonner du sens aux agents, de plus en plus d'administrations changent leurs modes d'organisation du travail* » (J. Thomas, 2016) : c'est ce qu'illustre l'étude « Transformation managériale, vers un modèle d'organisation plus ouvert » réalisée par la DITP dans le cadre du programme « Action Publique 2022 ». Cette étude préconise des méthodes de libéralisation des administrations publiques pour devenir « entrepreneurs de leur propre transformation » ; le management constitue l'un des facteurs clés de transformation.

L'émergence du management comme concept et sujet de réflexions à l'hôpital public

« À l'hôpital, ce nouveau management public s'est traduit par des transformations des modes d'organisation (création des pôles d'activité en 2005), de financement (T2A en 2004), ou encore d'organisation de la politique de santé sur le territoire (contrats locaux de santé en 2009) (...). Ces changements ont provoqué une variété de tensions de rôles chez les acteurs du soin. De nombreuses recherches montrent que ces formes de tension sont source de stress professionnel, de désengagement, de comportements de retrait ce qui peut être délétère pour la santé de l'organisation et de l'individu » (A. Rivière et N. Commeiras, 2023).

Par le ruissellement du *New Public Management* de l'État dans ses différents versants de la fonction publique, la culture de la performance des organisations s'est formalisée à l'hôpital public. Les premières réformes hospitalières des années 1970 ont impulsé cette logique : préoccupations d'efficacité, rationalisation des ressources et recherche d'une meilleure qualité des soins avec la création des CHU et CHR (ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 dite « Debré »). En 1980, la gestion hospitalière se professionnalise avec notamment la création du diplôme de cadre infirmier (loi n°78-615 du 31 mai 1978), les démarches de gestion de la qualité et sécurité des soins sont instaurées dès les années 1990. Des droits sont consacrés aux patients à partir des années 2000 (loi

n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie etc.), l'organisation polaire est adoptée dès 2005, la tarification à l'activité (T2A) est mise en place en 2007... L'émergence du *New Public Management* affecte grandement l'hôpital qui est alors qualifié d'« *hôpital entreprise, l'ère des managers (...)* Dans ce contexte, le sens des mots change » (E. Couty, 2020). S'ajoute à cela la crise COVID-19 révélatrice des problématiques anciennes de l'hôpital public : manque d'attractivité et de fidélisation, conséquences des restrictions budgétaires, épuisement des professionnels, prises en charge toujours plus lourdes et techniques avec des patients souvent polypathologiques... « *La crise qui se dessine sous nos yeux est plus une révélation d'une crise d'un modèle de management qui a vécu– celui du nouveau management public appliqué à la santé en France depuis 25 ans* » (D.Vinot, 2021).

L'hôpital est une organisation complexe en ce qu'il regroupe une multitude de métiers, de compétences, d'activités et de parties prenantes (Nobre, 2013). C'est pourquoi, dans un contexte de modifications structurelles significatives, le manager « *est présenté dans la littérature comme le facteur central du déploiement de la stratégie et de réussite de l'implantation des démarches qualités* » (N. Zaghmouri, 2020).

Ainsi, ont émergées différentes formes de management à l'hôpital permettant de répondre à ces changements drastiques d'organisation, avant et après la crise COVID-19 : le lean management, le slow management, le design thinking, le coaching, la médiation, le co-développement, le management participatif...

Désormais, les politiques publiques incluent ces nouvelles formes de management dans les organisations de travail. C'est le cas notamment de la loi n°2021-502 du 2 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification qui oblige les établissements publics de santé à intégrer dans le projet d'établissement des objectifs managériaux dont le « projet de gouvernance et de management participatif ».

Ces différents facteurs ne sont pas exclusifs dans le bouleversement des organisations de travail : l'organisation par pôle à l'hôpital a généré des questionnements de place et de rôle dans le management à l'hôpital public.

1.1.2 L'impact de l'organisation polaire sur le management de proximité, révélateur de questionnement

L'arrivée du *New Public Management* a bouleversé les organisations existantes, notamment les organisations internes des établissements publics de santé en privilégiant une démarche de pilotage par objectifs et résultats. L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai

2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé les oblige à mettre en place des pôles d'activité, eux-mêmes subdivisés en services ou unités fonctionnelles.

Dès la forte médicalisation des hôpitaux, le décret n°48-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique les organise en services. Puis l'échelon de référence retenu a été celui des départements ; ce choix s'est soldé par un échec et par un retour en arrière avec la loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier. Néanmoins, au début des années 2000, de nombreux rapports s'accordent sur les limites de cette organisation reposant sur des entités de petite taille (entre 20 et 30 lits, une cinquantaine d'agents). Cette balkanisation, si elle permet de nommer un grand nombre de chefs de service et de répondre à la spécialisation médicale croissante, multiplie les centres de décision, les logiques territoriales et empêche la mutualisation des ressources notamment des plateaux techniques. C'est pour cette raison que l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 a introduit le principe de découpage de l'hôpital en pôles d'activité afin de permettre une telle mutualisation des ressources (notamment humaines) et de généraliser une démarche de contractualisation interne avec les contrats de pôle. Les pôles sont alors créés par logique d'organes (pôle cœur-poumon, pôle tête-cou) ou par logique de filières (pôle femme-enfant, pôle gériatrique). La loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (dite HPST) confère aux responsables de pôle le statut de « chef de pôle ». Ils sont alors nommés par le directeur d'établissement qui signe avec eux le contrat de pôle¹³ et bénéficient d'une délégation de gestion. Ces pôles peuvent comporter des structures internes mais sont désormais le seul mode d'organisation obligatoirement prévu par la loi, sauf exception.

Pourtant, dès 2010, un rapport IGAS évalue l'efficacité et l'impact des pôles hospitaliers sur le système de santé et sur l'organisation managériale. Ainsi, des avantages et inconvénients sont identifiés notamment « *la difficulté de créer un sentiment d'appartenance collective au pôle quand les services ou les sites représentent, pour les personnels, les lieux d'identification professionnelle* ». Aussi, « *l'encadrement soignant de proximité, resté très attaché aux services, a pu percevoir le pôle comme un échelon supplémentaire inutile et n'a pas, la plupart du temps, été associé aux réflexions sur le découpage* ».

¹³ Le contrat de pôle est une convention signée entre le directeur de l'établissement et le chef de pôle qui définit les objectifs à atteindre notamment en matière de qualité et sécurité des soins avec des indicateurs, il est d'une durée de 4 ans et doit être contresigné par le PCME. Il précise le rôle du chef de pôle quant à l'organisation et les ressources humaines du pôle afin d'atteindre les objectifs du contrat.

Ce sont des propos également recueillis lors des entretiens semi-directifs auprès des cadres de santé du CHU X. Peu d'entre eux mentionnent le pôle et les rôles du chef de pôle et du cadre supérieur de santé dans leur quotidien de cadre de proximité ou dans leur accompagnement (notamment lors de leur prise de poste) ; ils sont surtout accompagnés par leurs pairs. Cette allégation avait surpris une cadre supérieure de santé interrogée lors d'un entretien (annexes n°16 et n°17 – listes des professionnels interrogés lors des entretiens semi-directifs et pour la relecture des fiches réflexes RH) : l'accompagnement par le cadre supérieur de santé n'étant pas mentionné spontanément par les cadres de santé interrogés comme étant une forme de « *soutien managérial lors de la prise de poste* ».

En 2014, le rapport d'Edouard Couty pour « un pacte de confiance » à l'hôpital confirme que la majorité des établissements publics de santé ont généralisé le découpage en pôles. Pour autant, après cette mise en place, il a été rapidement constaté que le périmètre d'un pôle était parfois trop conséquent : certains pôles comprennent plus de 300 agents ce qui peut présenter des difficultés managériales. La démarche de contractualisation interne est elle-aussi peu déployée en réalité : le management médico-économique souhaité est peu entré dans les faits et la plupart des pôles fonctionnent sans véritable délégation de gestion ou en limitant celle-ci à des périmètres étroits (mensualités, enveloppes de formation).

La loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé (LMNSS) du 26 janvier 2016 renforce davantage le rôle des pôles : les pôles sont encouragés à développer des activités de recherche et d'innovations et bénéficient d'une plus grande autonomie dans leur gestion des ressources humaines et financière (l'organisation d'un pôle est soumise à un seuil : au-delà de 150 agents dans un pôle, celui-ci peut être redivisé).

Puis, la crise COVID-19 a démontré l'importance du service en tant qu'échelon d'organisation. Le rapport Claris (2020 – 2021) en fait état : à l'issue de la crise COVID-19 « *il (le service) apparaît comme le niveau de référence pour les équipes soignantes comme pour les patients, il a vu sa place progressivement dévalorisée et s'est trouvé écarté de la gouvernance* ». Mais pour autant, « *la place essentielle que doit retrouver le service de soins ne doit pas remettre en cause l'existence des pôles. Chacun à leur place, services et pôles doivent s'insérer dans une dynamique fluide à trois niveaux : services / pôles / établissement* ».

La loi n°2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021 instaure le service comme échelon de référence en matière

d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrements des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de QVT. Le chef de service est alors nommé par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la CME.

En août 2021, le guide « Mieux manager pour mieux soigner » rédigé par le Pr Claris insiste sur la complémentarité du binôme chef de service et cadre de santé : *« leurs capacités de dialogue et de confiance réciproques constituent des atouts pour assurer un management de proximité efficace, garant de réactivité, qualité de vie au travail, prévention des risques psycho-sociaux et des conflits. Elle s'appuie sur des formations régulières au management »*.

Enfin, le rapport du Sénat « Sortir des urgences » publié en 2023 préconise de recourir à l'organisation de pôle uniquement si leur maintien présente une « réelle pertinence » lorsqu'ils ont une vocation transversale (imagerie, biologie, pharmacie) et que *« les établissements bénéficient de toute la souplesse d'appréciation nécessaire pour adopter un autre mode d'organisation lorsque cela apparaît plus judicieux »*. Ainsi, le rapport souligne le rôle majeur du cadre de santé aux côtés du chef de service et recommande le renforcement du rôle du cadre de santé en limitant le nombre d'équipes placées sous sa responsabilité, en facilitant son accès à des formations adaptées à ses attributions.

Ainsi, l'organisation par pôle ne semble pas être l'organisation optimale pour les professionnels et leurs encadrants de proximité en tant que modèle d'organisation managérial. Pour cela, il apparaît nécessaire de renforcer davantage le binôme de service cadre de santé et chef de service à coopérer pour un management de proximité efficient.

Au CHU X, ce binôme est inexistant : c'est le trinôme de pôle qui prime, le binôme chef de service et cadre de santé n'est pas l'échelon institutionnel de référence.

À l'occasion de l'enquête « Mon Quotidien au CHU X » (annexe n° 4 - Enquête « Mon Quotidien au CHU X » 2023), certains répondants mentionnaient le manque de communication et de ruissellement de l'information au-delà du chef de pôle ou du cadre supérieur de santé vers les professionnels du pôle. Ils affirmaient que cette difficulté voire absence de communication était source d'irritants et de manque de visibilité sur les projets du pôle ou du service et sur les sujets actuels du CHU X. Ces propos étaient partagés tant par les professionnels médicaux et paramédicaux notamment des praticiens hospitaliers (annexe n°22 – Analyse de la question sur la satisfaction des professionnels du CHU de

l'enquête « Mon Quotidien au CHU X »). C'est d'ailleurs ce qu'affirmait un praticien hospitalier, responsable d'unité fonctionnelle, interrogé lors d'un entretien semi-directif.

Ainsi, ces nombreux facteurs ont eu des conséquences non négligeables sur le management et surtout celui de proximité. C'est pourquoi l'étude du rôle du cadre hospitalier de proximité demeure nécessaire afin d'en comprendre son essence-même.

1.2 Le rôle pivot du cadre hospitalier de proximité

1.2.1 Le cadre hospitalier de proximité, échelon managérial longtemps invisibilisé et dont l'importance dans l'organisation hospitalière a été sous-estimée

« Être cadre ce n'est pas seulement un statut. Ce sont d'abord des compétences et des responsabilités : on peut être un excellent technicien, un gestionnaire hors pair mais un piètre manager » (C. de Singly, 2009).

Dans un phénomène de décentralisation des décisions et de montée en compétences des équipes (évolutions professionnelles, mobilité, formation etc.) impulsé par le *New Public Management*, le rôle de manager de proximité s'est dessiné. Le manager de proximité est *« un acteur stratégique (Bernoux, 2004) qui impacte directement les performances de l'organisation. Il a des fonctions de gestionnaire et des obligations de résultat sur l'activité de son service. Il doit concilier ses activités avec une réflexion perpétuelle sur l'amélioration de la qualité et doit se positionner dans une transversalité de l'organisation, nécessaire à une prise en charge du patient » (N. Zaghmouri, 2020).*

Les cadres de proximité ont suscité l'intérêt des politiques publiques assez tardivement. Le rapport Mission Cadres hospitaliers publié par Chantal de Singly en 2009 le démontre : *« qu'ils soient cadres de santé, techniques ou administratifs, ils sont au centre d'un processus complexe de décisions et de flux d'information. Chacun d'eux est l'indispensable médiateur et l'interface privilégiée entre direction (y compris médicale) et terrain, ainsi que d'équipe à équipe ».* Ultérieurement à ce rapport, une mission de réingénierie du diplôme de cadre de santé a été confié à la DGOS, à la suite de la manifestation des cadres de proximité de leur sentiment de non-reconnaissance, voire d'invisibilité des activités qu'ils réalisent (Bourret, 2006 ; Sainsaulieu, 2008 ; Bourgeon dir., 2012). Dans ce prolongement, un rapport IGAS « Quelles formations pour les cadres hospitaliers » (M. Yahiel et C. Mounier) a été mené en 2010 dans le but de questionner la formation des cadres hospitaliers. Il en ressort un consensus sur l'approche qualitative des besoins de ces cadres en termes de formation puisque *« le principal défi à relever pour les cadres hospitaliers est clairement le management et l'ensemble des compétences ou*

savoir-faire que recouvre désormais cette notion, dans les établissements de santé, surtout avec la mise en place des pôles ». Ce rapport concerne davantage les cadres de santé et cadres supérieurs de santé.

Quelques années plus tard, en 2017, l'ANACT rappelle dans un dossier presse portant sur la QVT en établissements de santé, l'importance de doter le cadre de proximité de « clés de management » : « *désormais tout professionnel accédant à un poste d'encadrement, de direction ou à haute responsabilité devra être formé au management des équipes* » (A-M. Armenteras de Saxcé, 2017).

1.2.2 Le rôle du cadre hospitalier de proximité, entre injonctions et contradictions : l'illustration de la fonction de cadre de santé

Le cadre de proximité :

« *C'est d'ailleurs dans les situations les plus contraintes, lorsque le travail est vécu péniblement, que le rôle du management de proximité apparaît comme le plus décisif* » (M.Richer, 2016).

Dans le milieu de contraintes¹⁴ et de tensions qu'est l'hôpital public, le cadre de proximité est essentiel puisqu'il est notamment « *l'un des facteurs clés de succès de l'innovation managériale* » (Kander, 1982 et Dubouloz, 2013). Mais le cadre de proximité est surtout un encadrant de « *terrain* »¹⁵, qui, au contact des équipes permet aux encadrants supérieurs « *de compter sur des relais capables de faire accepter leurs décisions* » (S.Divay, 2018).

Longtemps, les études portant sur le management analysaient le rôle des dirigeants. Depuis quelques années, des études analysent le rôle des managers de proximité. Dès les années 1990, une étude (Létondal, 1997) affirmait que les managers de proximité ont du mal à « *trouver sa place dans les conventions collectives, dans les organisations comme dans les processus de décision* ». Une étude de 2011 menée par O'Donnel, Vesin et Perrier pour la revue *Entretien et personnel* « *manager de proximité – non merci !* » fait état des difficultés des cadres de proximité : la perte de sens de l'activité, la difficulté à s'identifier à un collectif de managers de proximité, « *une fonction managériale qui se vide de sa substance* », les tensions et contradictions en tant qu'encadrant de première ligne (qui doit s'adapter aux objectifs et injonctions parfois contradictoires), les marges de manœuvres

¹⁴ Propos démontré lors d'une *étude de la DREES n°1215* : « *l'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs* ».

¹⁵ « *De terrain* » en ce qu'ils suivent les équipes au quotidien, et sont sollicités directement par celles-ci en cas de questions, de demandes ou de doutes.

parfois réduites et le manque de reconnaissance monétaire et non-monétaire de l'employeur. Une étude de 2013 (McKinney, R. et al., 2013) démontre que seules 30% des grandes entreprises mondiales estiment fournir les moyens nécessaires aux managers intermédiaires pour faire face à leurs nouvelles responsabilités. Il reste avéré que pendant longtemps, « *les dirigeants sous-estiment l'importance et le rôle du management de proximité* » (M. Richer, 2016).

Ces études constatent une perte de sens s'illustrant par le fait « *de consacrer une part croissante de leurs temps aux réaménagements de planning et aux rappels de personnels en repos ou congés pour remplacer les absents, et devoir constamment gérer des injonctions contradictoires entre les exigences de qualité des soins et les contraintes liées au sous-effectif en soignants* » (Rapport « Hôpital : sortir des urgences »).

Elles soulignent aussi leur ambiguïté de rôle. En effet, les cadres de proximité détiennent un lien particulier avec les équipes. Pour autant, leur positionnement est sujet à des tensions, entre injonctions et contradictions. Certains parlent même de « *tiraillement* » (Beyer (1996) ou Susland (1996)). Le cadre hospitalier de proximité est celui qui est « *directement confronté au « corps social », « aux collaborateurs »* (S. Divay, 2018). Il peut alors souffrir « *des injonctions paradoxales et des exigences non coordonnées qui descendent le long de la ligne managériale (F. Dupuy, 2005, 2011 et 2015)* » (S. Divay, 2018). C'est ce qu'illustre Judith Balass Ezzemzami dans son article Former au management les cadres de proximité : pour et avec quel engagement éthique ? 2006). D'une part, elle affirme que l'absence de consensus d'appellation de « cadre de proximité » démontre bien « *un révélateur de la difficulté à déterminer le positionnement managérial des cadres* ». D'autre part, la spécificité du rôle des cadres de proximité s'explique par leur positionnement à la croisée de « *deux dimensions : la première se situe du côté de l'effectivité des valeurs et des principes d'action tandis que la seconde touche à la négociation des contraintes* ». L'un des principes cardinaux d'un cadre de proximité est « *l'obligation de garantir l'équité et la réfutabilité dans la mise en œuvre des modes d'organisation, de l'évaluation des professionnels, des modalités relationnelles entre et avec les professionnels* » selon l'autrice.

Les futurs managers sont aussi conscients de cette ambiguïté de position. Un sondage réalisé en 2017 par le réseau Anact-Aract auprès des futurs managers et ingénieurs révèle que les managers ont besoin d'être « *mieux outillés et formés pour faire face aux missions managériales qu'ils jugent prioritaires et notamment pour mieux soutenir leurs équipes, gérer les conflits et respecter les délais et objectifs de coûts et de qualité* » (annexe n°3). Selon ce même sondage, les étudiants ont encore plus fortement besoin

d'être accompagnés pour « *se sentir à l'aise dans leurs futures missions et notamment sur la gestion des situations de travail dégradées, la progression et l'autonomie des équipes* ».

Il est possible d'illustrer cette ambiguïté de rôle par l'analyse spécifique des fonctions d'un cadre de santé.

L'illustration spécifique du cadre de santé :

« *Le métier de cadre de santé, c'est avant tout un métier "couteau-suisse"* »¹⁶.

Historiquement, les ascendants des cadres de santé apparaissent à la fin du XIX^{ème} siècle avec un personnel soignant laïcisé (Poisson, 1998, 2016). Ensuite, « *les surveillants* » (décret n°43-891 de 1943) officiaient pour contrôler l'activité et les personnels de l'unité tout en participant aux soins. Puis ont été adoptés les diplômes d'infirmier général (décret n°75-928 de 1975) et de cadre infirmier (décret n°78-252 de 1978) : le cadre contrôle alors l'activité mais gère le personnel tout en se distanciant de ses soins. En 1995, le diplôme de cadre de santé a été repensé : il devient avant tout « *gestionnaire quotidien des consommables* » (décret n°95-926 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé) puisque les formations dispensées pour les cadres de santé sont repensées. Elles comprennent des apports en économie de la santé et en gestion (Bourret, 2006). Ce nouveau rôle est conforté par la loi dite HPST de 2009 demandant « *aux responsables des structures de santé et à leurs délégations de répondre aux nouvelles missions managériales et à la conduite de projets en étant capables d'assurer l'articulation entre les logiques des administrateurs, des médecins, des paramédicaux, des cadres administratifs, des patients et de leurs familles* » (M. Dumas et C. Ruiller, 2013).

Ce changement de paradigme s'explique notamment par l'universitarisation des formations paramédicales. En 2009, le rapport « *Mission cadres hospitaliers* » préconisait le remplacement des IFCS par des instituts de management. « *Si ces écoles professionnelles n'ont pas disparu en 2016, elles ont toutefois emprunté le chemin de la managérialisation à partir de 2000 notamment après les accords de Bologne, en nouant des partenariats avec différentes universités permettant ainsi aux étudiants d'obtenir, parallèlement à leur diplôme de cadre, un master 1 ou 2 souvent délivré par un département de gestion et de management* » (S. Divay, 2018). Pour exemple, les formations cadres de santé dans les IFCS proposent la possibilité de réaliser en parallèle un master « *management, éthique, éducation en santé, mention santé publique* » ; c'est le cas notamment au CHU X.

¹⁶ Verbatim issu d'un entretien réalisé avec une cadre de santé du CHU X, ayant 38 ans d'ancienneté.

Ces formations s'universitarisent progressivement dans un objectif de professionnalisation des formations de cadres hospitaliers afin de les intégrer dans un système universitaire LMD (licence, master, doctorat) comme par exemple, les masters d'IDE en pratique avancée. Cette démarche d'universitarisation impulsée par les pouvoirs publics marque la volonté de reconnaître ces métiers (démarche initiée il y a quelques années et mise en lumière par le rapport à l'intention de l'Assemblée nationale réalisé par Stéphane Le Bouler en 2018).

Malgré la mise en place de formations plus professionnalisantes, les cadres de santé sont parfois confrontés à une problématique de positionnement : « *les difficultés que je rencontre au quotidien sont plutôt de deux ordres : la charge mentale en lien avec les décisions impopulaires avec lesquelles je suis en accord et qu'il faut assumer, et les injonctions impopulaires avec lesquelles je ne suis pas en accord mais qu'il faut également assumer* »¹⁷. Leur positionnement vis-à-vis de leur équipe peut être difficile en ce qu'ils « *sont des professionnels de santé qui ont connu les inconvénients de ces métiers d'engagement avant d'être cadre de santé* »¹⁸.

Ils peuvent également avoir des difficultés dans leur rôle multifonctions : « *le cadre de santé fait également face à une surcharge de travail quantitative liée à la managérialisation de sa fonction, désormais orientée vers la qualité des soins et une recherche accrue de la performance (...). À cela s'ajoute une forte charge de travail émotionnelle ou mentale* » (M. Richer, 2016). Point déjà souligné en 2010 dans le rapport ministériel « bien-être et l'efficacité au travail » (M. Pénicaud, H. Lachmann et C. Larose) : « *le management a été englué ces dernières années par les tâches de reporting et de contrôle, au point que les managers de proximité ne consacrent plus que 10% de leur temps à l'accompagnement de leurs équipes* ». Aujourd'hui « *certains cadres de santé se définissent comme étant un "cadre purement RH" ; c'est un métier de gestionnaire* »¹⁹.

Le métier de cadre de santé est donc devenu un métier spécifique. Il est alors inexact de penser ce métier comme une simple évolution de carrière d'un infirmier, par exemple. C'est ce que rappelle une des cadres de santé interrogée à l'occasion des entretiens semi-directifs : « *le métier de cadre de santé est souvent perçu comme une évolution de carrière pour de nombreux soignants ; or c'est un tout autre métier* ». Un autre cadre de santé affirme que « *le seul point commun que j'identifie entre la fonction de soignant et la fonction de cadre de santé, c'est ma volonté de m'occuper de mes agents de la même manière dont je m'occupais de mes patients : dans des conditions de sécurité, qu'ils soient écoutés et considérés* ».

¹⁷ Verbatim issu d'un entretien réalisé auprès d'un cadre de santé.

¹⁸ Verbatim d'un entretien semi-directif avec la coordinatrice générale des soins du CHU X.

¹⁹ Verbatim issu d'un entretien réalisé auprès d'un cadre de santé.

Ainsi, « dès 1982, Boltanski étudiait la situation inconfortable de cette catégorie professionnelle, située dans un entre-deux peu enviable, se caractérisant par des difficultés à définir le périmètre de leurs fonctions » (M. Dumas et C. Ruiller, 2013). En 2023 ce constat est sans appel : « l'évolution du métier de cadre de santé est propice à des ambiguïtés de rôles » (A. Rivière et N. Commeiras, 2023). Pour cela, les cadres de santé adoptent des « stratégies individuelles (...) pour faire face aux tensions de rôle sont diverses. Elles peuvent se traduire soit par des comportements proactifs (prise de recul, activité physique extraprofessionnelle régulière, gestion des priorités...) soit par des comportements de résistance plutôt dysfonctionnels (stratégie de contournement ou de transgression de la règle, renoncement du travail parfait...) » (Ibidem).

En raison de ces différents éléments, une vigilance accrue est nécessaire quant à l'attractivité de ce métier : « c'est un métier difficile qui paye les pots cassés du contexte actuel en tant que "cheville majeure de l'organisation d'un service". Il faut être vigilant quant à la perte d'attractivité de ce métier » affirme la coordinatrice générale des soins du CHU X.

2 Le soutien managérial aux cadres de proximité par l'hôpital public, l'exemple des fiches réflexes RH

2.1 La diffusion d'outils pratiques pour « adopter les bons réflexes managériaux » aux cadres de proximité, phénomène actuel dans la fonction publique permettant d'instaurer un soutien managérial nécessaire

2.1.1 Une dynamique actuelle dans la fonction publique

Depuis peu, sont publiés des guides de bonnes pratiques managériales destinés aux managers de la fonction publique. Ce phénomène s'inscrit dans une démarche globale de transformation managériale inspirée des entreprises privées. « *Redéfinition des espaces de travail, accompagnement personnalisé de coach, acculturation au mode projet ou à l'organisation de travail hybride* » (J. Thomas, 2022) sont les nouvelles pistes de transformation managériale de la fonction publique. Généralement, « *les changements sont souvent co-construits avec les fonctionnaires de terrain et les usagers qui en bénéficieront* » (*Ibidem*). Ainsi, les cadres de proximité constituent le « *facteur clé de succès de l'innovation managériale* » (Kander, 1982 et Dubouloz, 2013). Pour cela, les guider dans leurs pratiques est devenu un véritable enjeu dans la fonction publique.

Ces guides ont pour but de conférer des conseils aux cadres de la fonction publique à l'égard de certaines situations managériales.

Pour exemple, en 2019, la DITP publie un recueil de bonnes pratiques « Transformation managériale : vers un modèle d'organisation plus ouvert » qui s'inscrit dans le programme Action Publique 2022. Ce recueil a vocation à « *nourrir le débat sur la transformation managériale afin de repenser les modes de management et les conditions de travail des agents publics* » avec la démarche de libération des organisations. Pour cela, la libération peut être réalisée par les administrations avec « *du discernement, des leviers et des valeurs socles* ». En réalité, ce guide liste les critères permettant aux organisations de se « libérer » : l'agent public doit être au cœur de l'activité, le champ d'initiative des agents doit être ouvert et l'égalité intrinsèque entre collaborateurs doit être respectée. La démarche de libération de l'entreprise nécessite quatre leviers dont un levier « RH et management » ; il est également préconisé de former les managers.

En 2017 est publié « Le guide de l'encadrant dans la fonction publique d'État » : l'objectif est de « *lui offrir un espace de réflexion sur ses pratiques* » et d'aborder « de

manière très opérationnelle la relation de l'encadrant avec chacun de ses collaborateurs et la relation de l'encadrant à son équipe » et des personnes qu'il peut solliciter (hiérarchie, collectif de travail, acteurs RH, pairs...). Ce guide a été complété par « La boussole du manager : manager par les valeurs » en 2022. Ce document s'adresse à « *tout encadrant souhaitant approfondir certaines thématiques d'actualité RH par l'intermédiaire des valeurs phares : l'équité, la confiance, l'engagement, bienveillance, curiosité, ouverture, respect...* ». Est notamment abordé le développement d'une « *exemplarité managériale* » avec un graphique et des recommandations pratiques pour identifier les valeurs phares d'une institution (annexe n°2).

À cela s'ajoutent des guides à destination des managers pour des situations spécifiques tels que « Le guide du management à distance en situation exceptionnelle » publié en mars 2022 et mis en place lors des confinements successifs liés au COVID-19. L'objectif était de conférer aux cadres télétravaillant des conseils managériaux lorsque leurs équipes travaillaient à distance : le manager de proximité doit rester « proche », en proximité, tout en étant à distance.

Aussi, un guide « Pour un management écologique de la fonction publique » a été publié en avril 2023 ; ce guide a été construit par un collectif d'associations²⁰. L'intention de ce guide est de conférer au manager public les clés d'une transition écologique réussie.

Enfin, le ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion a réalisé en 2017 un « Guide pratique et juridique contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes au travail ». Il présente des notions juridiques tels que des agissements sexistes ou des faits de harcèlement sexuel au travail, explique les manières dont il est possible d'anticiper ces faits, d'y répondre et de sanctionner de tels faits. Il s'adresse à la fois aux victimes, aux témoins et aux employeurs.

L'apparition de ces guides est récente dans la fonction publique. Ils traduisent l'importance de l'accompagnement des cadres par leur institution et la volonté d'uniformiser les pratiques managériales des fonctionnaires notamment des cadres.

²⁰ Les associations Le Lierre, Pour un réveil écologique, Une fonction publique pour la transition écologique et Fonction publique du 21^e siècle.

2.1.2 Le soutien de l'institution, pierre angulaire du management de proximité

Le soutien de l'institution nécessaire pour la viabilité des fonctions de cadre de proximité

Comme analysé précédemment (1.2.2), les cadres de proximité rencontrent des difficultés dans leur positionnement et missions. C'est ce qui a été mentionné lors de l'enquête « Mon Quotidien du CHU X » (annexes n°4 et n°22 - conditions de réalisation de l'enquête et verbatims extraits de la question portant sur le taux de satisfaction) diffusée à tous les professionnels du CHU. Cette enquête avait pour objectif d'identifier les taux de satisfaction et de recommandation des professionnels, de faire un bilan des actions passées du dernier projet d'établissement et de dresser les futures actions du projet d'établissement du CHU.

Lors du traitement des résultats de la question portant sur le taux de satisfaction (le CHU X a obtenu une note de 6/10 en taux de satisfaction), et notamment des verbatims, il a été possible de constater une remise en cause du management au sein du CHU X. Cela n'est pas propre au CHU, mais illustre les difficultés des cadres de proximité. Ce sujet²¹ a été mentionné à 42 reprises, tant par les professionnels encadrant que par ceux encadrés (1084 réponses ont été enregistrées). Les encadrants mentionnent alors la « *perte de sens des missions d'encadrant due à la gestion de l'urgence, à l'absentéisme* », le « *peu de moyens pour le personnel encadrant* » et la « *sensation de ne pas être soutenu par la direction des ressources humaines* »²². Les professionnels "encadrés" allèguent plutôt « *l'absence d'écoute* », l'existence « *d'un management vertical et pas assez participatif* », le manque de « *retour de la politique de la direction du CHU par les encadrants aux agents* », « *les progrès à faire* », « *l'incompréhension de l'encadrement* », « *l'encadrement de proximité ultra sollicité dans les unités donc peu disponible* », « *les encadrants non ouverts aux idées des équipes* », le « *mépris* », le « *management sans équité* », « *l'encadrement inexistant, agressif* ». Ces commentaires révèlent également le besoin des professionnels encadrés d'avoir un supérieur hiérarchique présent, accessible (en proximité) et qui ne déroge pas à des valeurs considérées comme incontournables (l'équité, par exemple).

²¹ Le sujet ayant été le plus mentionné par les professionnels répondants à la question sur la satisfaction de l'expérience travail au CHU X était l'importance du travail en équipe (thématique présente dans 120 verbatims) pour les PNM et PM (« bonne ambiance », « équipe dynamique », « solidarité », « entraide », « collaboration »).

²² Verbatims extraits de l'enquête « Mon Quotidien au CHU X », 2023.

Le management est donc un sujet affectant la satisfaction de l'expérience collaborateur des professionnels du CHU X, tant pour les encadrants que pour les professionnels managés. Le manque de soutien institutionnel semble être un des facteurs du désengagement des professionnels encadrants.

En raison de ce désengagement et de cette perte de sens, existe un risque : la diminution numérique croissante des cadres de santé. C'est le constat qu'exposait la DREES²³ en 2020 en soulignant une possible baisse importante des professionnels dont « *le personnel salarié d'encadrement des services de soins* ».

Pour exemple, le CHU X a connu une difficulté à la fin de l'année 2022 : un des membres de l'équipe des cadres de santé de nuit exerçant sur les 5 sites du CHU X a quitté ses fonctions. Malgré des dispositifs de recrutement pour remplacer ce départ, aucun recrutement n'a pu être effectué sur ce poste. Une astreinte a été mise en place auprès des cadres de jour qui doivent, une à deux nuits par an, réaliser des astreintes de cadre de santé de nuit. Cette annonce a généré des grèves (annexe n°5 – préavis de grève local) portées par les syndicats pour les cadres de santé de jour, en désaccord avec une telle organisation pourtant nécessaire à la continuité et sécurité des soins. L'un des arguments des syndicats était notamment : « *la charge de travail des cadres toujours plus croissante avec une détérioration des conditions de travail* ».

Il est incontestable que si les cadres de proximité ne se sentent ni soutenus ni outillés dans leurs fonctions managériales par leur hiérarchie, les risques psychosociaux sont conséquents²⁴. En 2011, le rapport Gollac « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser » distingue 6 principaux facteurs de risques-psychosociaux : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et la reconnaissance au travail, les conflits de valeur et l'insécurité de la situation de travail. Une étude réalisée par l'Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC) en 2022 démontre que les cadres avouent avoir un sentiment de surcharge (55 %), d'épuisement professionnel (54 %) ou de stress intense (54 %). En outre, 19 % d'entre eux ont déjà dû prendre un congé ou un arrêt maladie en raison d'un sentiment d'épuisement professionnel.

S'il est évident que les cadres de proximité rencontrent des difficultés dans leur rôle d'encadrant, le soutien managérial pourrait alors tempérer certaines situations

²³ Drees, Les dépenses de santé en 2020

²⁴ Les risques psychosociaux sont définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental (site internet de la fonction publique sur la prévention des risques psychosociaux)

« inconfortables » qu'ils connaissent. Cela peut être réalisé grâce à l'accompagnement de l'institution par la diffusion de « *bons réflexes managériaux* ».

Le soutien managérial par l'institution avec des « bons réflexes managériaux », primordial :

Comme illustré par les guides²⁵, les « *bonnes pratiques managériales* » ou « *bons réflexes managériaux* » démontrent la volonté de faire évoluer les pratiques des cadres « *pour répondre à de nouvelles attentes* »²⁶ : reconnaissance du travail des collaborateurs, bien-être au travail et entretien du collectif de travail sont leurs nouveaux défis. Pour cela, les former avec de « *bonnes pratiques managériales* » est fondamental. L'émergence de guides dans la fonction publique symbolise ce changement de paradigme pour « bien faire » en tant que cadre : respecter la réglementation, tout en adoptant une position adaptée de manager. C'est ce qu'affirme Judith Balas-Ezzemzami (2006). Elle préfère d'ailleurs le terme de « *pratiques déontologiques plutôt que de pratiques de qualité ou de bonnes pratiques* » puisque « *sur ces cadres, repose une charte déontologique fondamentale, celle d'être garants au quotidien de pratiques professionnelles conformes aux exigences du respect des droits humains et des procédures déclinées à partir de prestations de service qui ont fait l'objet d'un engagement contractualisé* ».

En ce sens, dans « La boussole du manager » 2023 publiée par la DITP, les valeurs professionnelles constituent le socle de réflexion d'un « bon « manager ». Ces valeurs « *rassemblent autour d'un collectif de travail et permettent à chaque individu d'orienter ses comportements, sa communication, ses agissements professionnels autour de principes et de règles partagés* ».

Mais tout d'abord, il convient de rappeler qu'avoir « *de bons réflexes managériaux* » n'est pas inné. Comme l'évoque Judith Balas-Ezzemzami (Former au management les cadres de proximité : pour et avec quel engagement éthique ? 2006) : « *Former au management et se former en management, c'est d'abord et avant tout de répondre à des questions axiologiques : qu'en est-il de ma conception du pouvoir et de l'autorité ? Quelle représentation ai-je de l'humain au travail ? Quels liens fais-je entre la réalisation personnelle et l'identité professionnelle ? Quel est mon rapport à la norme, à la réglementation ? Quels sens ont, pour moi, le changement, l'idéologie du progrès ?* ». Pour

²⁵ Supra.

²⁶ Étude APEC 2022 : pratiques managériales 2022, davantage d'attention portée au collectif et à la QVT.

cela, il existe des théories ou formations permettant d'apprendre à se connaître en tant qu'individu et manager : c'est le cas de la formation « process-communication »²⁷.

Ainsi, le manager est une autorité. Il ne tire donc son pouvoir et sa légitimité que des auteurs des normes ou objectifs qu'il respecte et honore.

Il est aussi possible de commettre des erreurs de recrutement, en raison de personnalités inadaptées à ce type de position managériale même pour les « *top managers* » : « *considérant que des cadres de haut niveau avec un minimum de bac + 8 ont déjà été formés trop longtemps, les tests de personnalités sont peu voire pas utilisés à l'hôpital notamment, alors que les ravages que peuvent faire un directeur ou un supérieur dans un service ou un établissement sont bien connus* » (F. Spinhirny, 2023).

C'est pourquoi ce soutien managérial prodigué par l'institution pour avoir « de bons réflexes managériaux » est essentiel. Il permet à l'institution de donner une ligne de conduite à ses professionnels, ce sur quoi elle sera intransigeante. Et ce partage de bons réflexes managériaux peut-être réalisé avec proximité par exemple, par la création de réunion informelle avec la direction des ressources humaines, la direction des soins et la direction des affaires médicales pour exposer les bonnes pratiques à adopter en tant que cadre ou futur cadre de proximité. Ce type de réunion, organisée en petits groupes permettraient d'établir des échanges en proximité avec les cadres (échanger sur les pratiques entre pairs ou avec le directeur, se questionner et questionner le fonctionnement de l'institution...).

Si les cadres de proximité ne connaissent pas la réglementation ou s'ils ne disposent pas « de bons réflexes RH » et de savoir-être et savoir-faire maîtrisés, cela peut avoir des conséquences non-négligeables.

Pour exemple, il a été possible d'observer dans le CHU X plusieurs situations lors desquelles le cadre de santé avait un doute sur la réglementation ou sa capacité à agir. Parfois au sein d'un service les conflits peuvent être historiques et le cadre ne parvient pas à résoudre la situation ; cela crée un environnement de travail "nécrosé", un climat social tendu, une atteinte à la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels exerçant dans le service qu'il est difficile de préserver.

Dans un autre contexte, le rappel des règles en matière de neutralité et de laïcité dès l'entretien d'embauche par le cadre réalisant le recrutement d'une masseuse-kinésithérapeute portant un turban lors de l'entretien et dès sa prise de poste permettrait

²⁷ Méthode selon laquelle chaque individu a une structure de personnalité complexe composée de six types de personnalités (promoteur, persévérant, rêveur...). Chaque individu a un type de personnalité principal ainsi qu'un ordre de préférence des autres personnalités. Cette combinaison de types de personnalité influence la façon dont une personne communique, réagit au stress et interagit avec les autres.

d'éviter la mise en œuvre d'une procédure pré-disciplinaire (annexe n°6, RDV pré-disciplinaire du 07/11/22), d'une fin de contrat de cette professionnelle dont l'exercice était pourtant utile au CHU et d'un risque de contentieux possible. Dans ce cas, la direction des ressources humaines a été saisie par la cadre de santé du professionnel concerné, qui lui avait déjà expliqué la réglementation en amont mais qui n'était pas certaine du caractère disciplinaire que nécessitait une telle situation. Cela démontre les difficultés éprouvées par certains cadres dans la réalisation d'entretien de recrutement : quelles questions doivent et ne peuvent pas être posées ?

Afin de ne pas être isolé et d'être accompagné par l'institution, plusieurs outils apparaissent utiles pour les cadres de proximité.

2.2 La diversité d'outils proposés pour soutenir les cadres de proximité à l'hôpital

2.2.1 En France, quelques exemples

Le volet managérial du projet d'établissement d'un hôpital public constitue un outil phare pour créer une dynamique managériale rayonnant dans l'établissement. Projet abouti et structuré, dans certains établissements publics de santé le volet managérial du projet d'établissement permet de créer un projet avec une véritable identité cadre.

Pour exemple, le Centre Hospitalier Ouest de la Réunion, établissement public de santé mentale de 310 places et lits, employant 1218 professionnels propose un projet managérial d'un niveau de maturité assez avancé dans son projet d'établissement 2022 – 2026. L'ancien projet d'établissement reposait sur quatre axes : l'accompagnement et le soutien de la communauté managériale, le partage des valeurs, du cap et de la gouvernance, le développement des compétences managériales et la construction ensemble des bonnes pratiques managériales. Ces quatre axes se déclinaient en actions concrètes avec notamment la création d'une communauté managériale (composée de personnels médicaux et non médicaux « *afin de transcender les grades, les identités professionnelles* »), la constitution d'un collège management, l'élaboration d'un dispositif de formation dédié au manager, la systématisation de séquences d'information et d'échange à destination des managers et le relai de la diffusion du projet d'établissement. Le futur projet d'établissement portera sur de nouvelles perspectives, structurées autour de quatre piliers dont la culture du sentiment d'appartenance à une communauté managériale avec le Collège Management par exemple avec un cycle de formation socle en

management et la remise d'un référentiel pour se repérer et se positionner au sein de l'institution.

Autre exemple, le CHU d'Amiens qui emploie 6500 agents et détient 1705 places et lits. Dans son projet managérial (2019 – 2023) ce CHU propose aussi « *un management au plus près des service* » en réaffirmant également « *le rôle essentiel de l'encadrement dans le fonctionnement du CHU et ses évolutions* ». Pour cela, « *un travail sera mené afin de constituer un collectif cadres, tous corps professionnels confondus* ». Le CHU souhaite engager des expérimentations de méthodes de résolutions des problèmes et d'amélioration continue de la qualité au plus près du terrain.

Quant au CHU de Clermont-Ferrand (1893 lits et places et 9750 agents) celui-ci proposait dans son dernier projet d'établissement (2018 – 2022) un « *projet managérial pour accompagner les acteurs* » avec notamment le bilan d'une démarche « *recherche-action coopérative* » animée par une chercheuse en psychologie. L'objet de cette démarche est de permettre aux personnes participant à la recherche de renseigner et de guider le chercheur dans un dialogue permanent, et ce tout au long de sa démarche avec la participation des personnels (entretiens individuels, rencontre avec équipes volontaires, groupes de travail interprofessionnels par thématiques, création d'une boîte à idées et propositions d'outils numériques accessibles par l'intranet). Les résultats semblent concluants : les futurs axes de travail portent notamment sur les relations sociales et le rôle du manager.

2.2.2 Dans le CHU X, un état des lieux

Comme présenté précédemment, le CHU X emploie environ 10 000 professionnels. Il est le premier employeur de sa région. Son dernier projet d'établissement date de 2019 – 2023 ; celui de 2024 – 2028 est en cours de construction.

Afin de mieux comprendre l'établissement, il convient de faire un bilan des actions portées par le dernier projet d'établissement, des outils actuels mis à disposition pour les cadres et de dresser un état des lieux du contexte actuel du CHU X. Les quatre axes principaux du dernier projet d'établissement portaient sur le repérage de potentiels managers, les actions en faveur de la motivation et de la formation des managers et les outils nécessaires aux managers. Certaines actions ont pu être réalisées, en partie ou totalement ; d'autres seront réincorporées dans le corps du futur projet d'établissement ([annexe n°23](#) – synthèse du bilan du projet managérial du projet d'établissement du CHU X, 2018 – 2023). Au regard de cette synthèse, le CHU a réalisé l'ensemble des actions du

projet managérial, il semble alors intéressant d'analyser les outils mis à disposition des cadres de proximité.

La formation, outil d'accompagnement des managers :

Le CHU X dispose d'établissements d'enseignement supérieur et de formation professionnelle avec un institut de formation des professions de santé (IFPS), une école de sage-femmes et un CFA santé. Ces écoles proposent des formations diplômantes, de la formation continue et des modalités de VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) pour les différents métiers de santé. Le choix est conséquent : de la formation initiale (formation d'aide-soignant(e) par exemple) à la formation continue (formation d'infirmier(ère) de bloc opératoire), de la formation collective (développement personnel, utilisation d'outils informatiques, management, communication, ressources humaines, hygiène, qualité, sécurité, soins et prise en charge des patients et/ou résidents, réglementation et rôle professionnel), à la formation individuelle (diplômantes ou non), environ 1200 professionnels ou futurs professionnels sont formés par an.

Des formations dédiées au management sont proposées par le CHU X : « process-communication », « pilotage d'une équipe technique, administrative ou logique en tant qu'encadrant de proximité », « formation manager coach avec six outils », « management et gestion des projets opérationnels », « leadership et management : savoir mobiliser, motiver et accompagner ses équipes », « management et intelligence émotionnelle », « postures et pratiques managériales éthiques, « communication institutionnelle, un outil managérial », « gestion de situations managériales », « gestion de conflits en atelier de simulations » etc.

Le choix est étendu, et certaines formations sont spécifiquement pensées pour répondre aux attentes des cadres hospitaliers. C'est le cas d'une formation organisée par l'entreprise « Orchestra » au CHU qui propose un accompagnement double : un axe institutionnel (compétences théoriques des cadres de l'établissement) et un axe managérial (appréhender les outils et savoirs-faires élémentaires du management dans l'exercice quotidien). Cette formation est d'une durée de huit jours sur 3 mois avec 6 modules de formation : management, communication, conflits et médiations, RPS, QVT et coopération. Lors de la clôture de la formation, les cadres participants alléguaient (annexe n°7 – notes de la séance de clôture de la formation réalisée par l'organisme de formation Orchestra) la richesse de cette formation pour créer un véritable « *sentiment d'appartenance d'une communauté cadres hospitaliers* » pour « *mieux comprendre le quotidien de chacun* ». Y participaient seulement des cadres issus du personnel non-médical.

En 2023, de nouvelles formations à destination des cadres se sont ajoutées à cette palette de choix : la formation à la lutte contre les violences sexuelles et sexistes au travail, la formation à la fresque du climat et la formation au recrutement non-discriminatoire.

Les premières sessions de la formation au recrutement non-discriminatoire ont eu lieu au CHU X aux mois de septembre et d'octobre 2022. Les retours des cadres y ayant participé sont unanimes. Dans le questionnaire de satisfaction, les cadres formés affirment que la formation a été « *utile* », et leur a permis d'identifier leurs points d'amélioration au sujet de « *l'application des principes de non-discrimination à l'embauche notamment en ne demandant pas aux candidats leur date de naissance* » ou encore de rappeler la nécessité de « *rester sur des questions extrêmement centrées sur les compétences* » lors des recrutements (annexe n°8 – questionnaire à froid sur les engagements des participants à la formation au recrutement non-discriminatoire).

Ces formations sont complétées par des outils mis à disposition par le CHU X, qui traduisent le positionnement du CHU sur ces sujets de management.

Des outils mis à disposition par le CHU X :

La rosace des valeurs (annexe n°9) a été créée en 2019. Deux groupes de travail se sont réunis composés de chefs de pôle, chefs de service, responsables d'unités fonctionnelles et des cadres de pôle pour identifier les futures actions concrètes du projet managérial et les valeurs communes à porter dans les équipes : le respect, l'ambition collective, l'esprit d'équipe et la loyauté. Pour cela, ces groupes ont identifié des axes de travail avec le lancement d'une formation des responsables médecins au management complétée possiblement de modules communs avec les cadres par exemple ou encore des ateliers de co-développement ouverts aux cadres médicaux et non-médicaux. Ils ont sélectionné les comportements à encourager et ceux à proscrire pour les incarner par l'intermédiaire de la rosace des valeurs. L'objectif de long terme de cette démarche était de permettre au CHU X de développer « un management plus participatif ».

En pratique, cette rosace des valeurs demeure peu connue en pratique par les professionnels. Elle a été créée par des groupes de cadres en position de « *top manager* » et non par des cadres de proximité et diffusée en février 2020, à l'aune de la crise COVID-19. Ainsi, cet outil n'a pas été mentionné par les cadres de proximité interrogés lors des entretiens semi-directifs comme étant un outil mis à disposition par le CHU X pour le soutien et l'accompagnement managérial des cadres de proximité (annexe n°10 – Éléments cités et considérés comme étant des outils par les cadres de proximité interrogés, à l'issue des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire). Néanmoins, les cadres interrogés lors de ces entretiens partagent bien les valeurs du management de la rosace. Lorsqu'ils

définissent les valeurs du management, ils citent (annexe n°11 – grille des entretiens semi-directifs) : « le respect », « la communication », « l'égalité », « l'empathie », « le dynamisme », « l'équité », « l'accessibilité », « l'écoute », « l'honnêteté », « le savoir-être », « l'implication dans le travail » etc.

Les fiches repères RH (annexe n°12 – exemple d'une fiche repère RH portant sur les autorisations spéciales d'absence) constituent également un support d'informations RH à destination des professionnels du CHU X souhaitant se renseigner sur une situation liée aux ressources humaines. Ces fiches réflexes RH ne sont plus accessibles aujourd'hui dans le CHU : leur contenu doit être réactualisé et elles doivent être anonymisées²⁸. D'une autre manière, en format vidéo et plus synthétique, **les « minutes RH »** (annexe n°13 – exemple de minute RH portant sur le cumul d'activités) constituent un autre outil sous un format différent puisque le directeur des ressources humaines du CHU X y présente synthétiquement des sujets « RH » tels que « ma fiche de paie ». Quant **au guide de gestion du temps de travail**, celui-ci est utilisé par le cadre de proximité notamment pour connaître le cadre général de référence de la gestion du temps de travail au CHU X ; y sont abordés le rythme de travail (poste de travail continu, discontinu, temps de pause...) ou encore les congés (annuels, congés bonifiés...). Ces deux derniers outils sont consultés par les cadres de proximité interrogés.

En 2019 est mis en place **le management participatif** au CHU X : démarche collective et pluriprofessionnelle, l'objectif est d'agir sur la qualité du service rendu aux patients en améliorant la QVT des professionnels. Cette méthode favorise l'expression et la communication, agit sur les irritants du quotidien et développe l'implication collective. Depuis le lancement du management participatif, 31 services du CHU ont adopté le management participatif (chiffre en date de juillet 2023). Ce process fonctionne avec une stratégie globale d'amélioration continue sur la base du volontariat ; il faut une relation solide entre chef de service et cadre de santé puisqu'en réalité ce type de démarche permet de soulever une problématique managériale à savoir « *le niveau de conscience et d'éveil du service et des encadrants à l'égard du service sur les irritants et les problèmes rencontrés* »²⁹.

Mais tous ces outils ne sont pas réellement dédiés aux cadres de proximité : ils ne s'adressent pas uniquement à eux. Ils sont utilisés indirectement par ces cadres, s'ils en connaissent l'existence. Dans cette logique, en plus des outils ont été mis en œuvre des

²⁸ Les professionnels de la direction des ressources humaines à contacter par secteur d'activité y étaient nommés ; certains ont changé de fonctions ou ont quitté le CHU X.

²⁹ Verbatim issu de l'entretien avec l'ingénieur en management participatif & amélioration continue de la DRH du CHU X, en juillet 2023.

espaces de réflexion et d'échanges entre cadres de proximité dans le CHU X. Il est difficile de constater les pratiques d'utilisation de ces outils par les cadres de proximité, puisque peu cités comme outils de référence de travail par ceux-ci.

Des espaces d'échange et de réflexion destinés aux cadres de proximité dans le CHU X :

Le collège cadres, créé en 2016 dans le CHU X s'inscrit et porte les valeurs du projet managérial du CHU. Cet espace cadre est animé par le comité initial dont la création a été validée par la coordinatrice générale des soins et le directeur des ressources humaines. Il détient un avis consultatif mais demeure autonome dans son fonctionnement. Il est ouvert aux cadres de l'établissement (secteur de soins, administratifs et logistiques) et leur permet de réfléchir sur leur rôle, leur positionnement et leurs valeurs. C'est un espace de réflexion sur les pratiques managériales et éthiques. Il peut être un relais et une interface entre les cadres, la direction des soins, la direction des ressources humaines et le projet d'établissement. Il fédère les cadres autour de réflexions communes, il est force de proposition et de participation à la vie de l'établissement, il a vocation à renforcer la QVT et la reconnaissance d'une identité professionnelle commune, il contribue à une réflexion sur l'évolution des métiers et de l'interdisciplinarité, favorise le partage par des retours d'expériences managériales (formations, congrès, conduite de projet), peut inviter des intervenants en fonction des thématiques et contribue à organiser les temps forts managériaux prévus dans le projet managérial. Il est composé de 15 membres.

Quelques cadres de proximité sont inscrits au Collège cadres. Une cadre de proximité issue de la filière technique explique son choix d'y participer lors de l'entretien semi-directif : « *mon souhait était d'y percevoir l'aspect transversal du CHU X, presque inter filières, par curiosité ; je suis assez isolée en raison de l'environnement professionnel dans lequel je gravite – un réseau de santé rattaché au CHU - dans lequel je gravite, cela me permet de "mettre un pied de côté" »³⁰.*

En parallèle, existe **le Forum des cadres** qui est une réunion informant des actualités du CHU à destination des cadres issus de toute filière confondue : départs, calendrier des événements, actualités générales (projet de restructuration, projet du territoire), déploiement du DPI, bilan de la première campagne de la prime d'engagement collectif au CHU (annexe n°14 - ordre du jour et notes de la séance du 29/06/23 du Forum des cadres du CHU X). C'est plutôt une instance d'information descendante, qui n'est pas participative et demeure assez institutionnelle. Elle est plutôt utilisée par les membres de

³⁰ Verbatim issu de l'entretien avec cette cadre de proximité.

l'équipe de direction pour présenter, informer et aborder certains sujets institutionnels et répondre aux questions posées par les cadres. Pour autant, il y a assez peu d'interactions entre l'équipe de direction et les cadres participants dans l'amphithéâtre de l'IFPS.

Des instances similaires existent dans d'autres établissements comme c'est le cas par exemple, le GHU (Groupement Hospitalier Universitaire) Paris Saclay qui propose « un café des cadres » ou du CH de Saint-Brieuc avec « le café des cadres » comprenant un temps d'échange informel et une réunion type « encadrement » plus formelle.

En pratique, plusieurs cadres de proximité interrogés ne participent pas au forum des cadres pour des raisons techniques. Pendant la crise COVID-19, ce forum se déroulait en visioconférence ; les cadres de proximité interrogés y participaient de fait. Depuis le mois de juin 2023, cette instance est de nouveau en présentiel. Certains mentionnent l'aspect chronophage de cette instance : « *il faut se déplacer sur un site du CHU, cela nécessite du temps* », « *il faut prévoir d'avoir du temps puisque c'est une instance d'une durée de deux heures, généralement en après-midi sur un site hospitalier distinct de celui dans lequel je travaille* ». D'autres n'y participent pas puisque ce forum est « *trop descendant avec ce format amphithéâtre* ». Quelques-uns affirment encore que ce forum est « *trop axé "soins"* » ; ils préconiseraient d'aborder des sujets plus transversaux qui concernent davantage les personnels administratifs et techniques.

C'est dans ce contexte global que l'outil « fiches réflexes RH » est apparu intéressant : symptôme de carences, elles pourraient être le catalyseur d'une nouvelle réflexion pour le futur projet d'établissement du CHU X.

2.3 Les fiches réflexes RH, outil révélateur des besoins du cadre de proximité

L'objectif des fiches réflexes RH (annexe n°15 – les fiches réflexes RH) est de proposer des conseils managériaux sous la forme de fiches synthétiques lorsqu'ils rencontrent certaines situations RH dans leur quotidien. Ces fiches sont construites selon un modèle type : y sont abordés le contexte du sujet, ses enjeux pour le cadre et pour le professionnel, des « essentiels RH », les points de vigilance et des exemples. Co-rédigées avec des professionnels de la direction des ressources humaines, des cadres administratifs, techniques et de santé, l'objectif de ces fiches est d'outiller les cadres de proximité à résoudre certains questionnements managériaux : comment rédiger un rapport

circonstancié ? Comment réaliser un entretien de recrutement ? Comment accompagner un professionnel qui souhaite prolonger son activité ?

Ces fiches réflexes RH ne sont pas encore publiées au sein du CHU X (annexe n°21 – les suites du projet des fiches réflexes RH), elles doivent être légèrement modifiées avant une publication prévue à l'automne 2023. Néanmoins, leur première version finalisée a été le sujet central des entretiens semi-directifs réalisés auprès de cadres de proximité (annexes n°11 et n°18 – grille des entretiens semi-directifs et liste des professionnels interrogés).

À l'occasion de ces entretiens, la majorité des professionnels interrogés apprécient le format et le contenu des fiches réflexes RH : « *outil innovant* », « *nécessaire* », « *très utile* », « *formateur* ». Au sujet de leur forme, les professionnels soulignent le fait que « *le format court est utile, cela semble intuitif à lire* ». D'autres sont « *surpris qu'elles n'aient pas été créées plus tôt* ». Certains professionnels sont dubitatifs sur l'accessibilité et la mise à disposition de ce document pour les cadres de proximité (en raison de l'intranet du CHU X dont le moteur de recherche est dysfonctionnel). C'est un document qui pourrait être partagé aux cadres de proximité lors de leur prise de poste selon certains. Pour d'autres, il vaudrait mieux attendre quelques jours après la date de leur prise de poste, « *le temps de prendre ses marques et d'emmagasiner le flux d'informations lors de son arrivée* ». Enfin, les professionnels s'accordent sur un point : « *ces fiches réflexes RH me permettraient de savoir si je fais bien et si je suis dans les règles en tant que cadre de proximité* ».

Il semble intéressant d'analyser ces réactions, révélatrices d'irritants et de difficultés dans le CHU X.

2.3.1 Les fiches réflexes RH, outil révélateur d'un besoin de connaissance, de maîtrise des règles RH et d'adoption des bons réflexes managériaux

Après la co-rédaction des fiches réflexes RH avec des professionnels de la direction des ressources humaines, celles-ci ont été soumises à des cadres de santé et cadres de proximité pour relecture et avis (annexe n°17 – liste des professionnels du CHU X ayant participé à la relecture des fiches réflexes RH). Lors des échanges, ceux-ci ont souligné leur crainte de ne pas toujours maîtriser la réglementation RH. À la lecture des fiches réflexes RH, une cadre de santé ayant une ancienneté de 22 ans au CHU X affirme que ces fiches réflexes RH « *me permettront de remettre à jour mes connaissances : par exemple, à la lecture des sujets proposés dans ces fiches réflexes je me rends compte que*

J'ai un doute sur la quotité de temps de travail qu'un professionnel peut réaliser dans le cadre d'un cumul d'activités ».

C'est une affirmation également partagée par les professionnels interrogés lors des entretiens semi-directifs. Une faisant-fonction de cadre de santé (FFCS) allègue que depuis sa prise de poste au début du mois de décembre 2022 *« lorsque j'ai une question d'ordre RH, je ne sais pas qui appeler, à qui demander, où trouver l'information ? Donc systématiquement, je contacte les professionnels de la direction des ressources humaines pour comprendre et connaître les démarches à suivre. Finalement, j'ai compris que ce qui était important c'était savoir "qui appeler" et "quand appeler". La méconnaissance des règles RH est assez handicapante dans le quotidien »*. Elle mentionne également qu'une de ses difficultés en tant que néo-FFCS est *« la survenance des conflits, la gestion des demandes des soignants, le fait de "savoir dire non" »*. Ancienne IDE, elle affirme que *« cadre de santé, c'est un autre métier, il faut adopter un rôle qui est différent mais on saute un gros "fossé" lorsque l'on devient FFCS et on n'a pas nécessairement de formation de management à ce sujet »*.

Un autre cadre de santé qui encadre une centaine de professionnels partage également cet avis : *« cet outil aurait été très intéressant pour ma prise de poste. Après 28 ans de carrière, je regarderai tout de même ces fiches réflexes RH par curiosité et pour m'assurer que je suis toujours dans le vrai »*. Ce dernier propos nécessite d'être tempéré ; le management n'est pas une science binaire avec le « bien » d'un côté et le « mal » de l'autre. La question n'est pas de savoir si le manager fait bien ou mal. Mais plutôt de comprendre en tant que manager quelle est son utilité dans une organisation de travail, les attentes de l'institution à l'égard de son statut, les attentes de son équipe et de ses responsables et les principes, règles et valeurs qu'il prône dans son management pour exercer son autorité et créer du collectif.

Les cadres administratifs et techniques interrogés évoquent aussi ce doute sur leurs propres pratiques de cadre de proximité. Une adjointe administrative qui encadre une équipe de 17 professionnels et qui a 15 ans d'ancienneté au CHU X partage ce doute : *« j'aurais aimé avoir ce genre d'outil lors de ma prise de poste puisque, souvent, je me demandais et me demande encore : "est-ce que je fais bien ? est-ce que je ne fais pas bien ?" Il y a tellement d'informations qu'il est difficile de trouver ce que l'on cherche en tant que cadre de proximité notamment sur les règles RH »*. Une cadre technique manageant 3 professionnels et qui a 14 ans d'ancienneté au CHU X confirme cela : *« en tant que cadre de proximité je veux savoir si "je pense bien, si j'analyse bien la situation et si je fais bien". Acquérir le positionnement est difficile sans pratique si on n'utilise que des*

outils très théoriques comme des manuels. C'est pourquoi ces fiches réflexes RH seraient intéressantes en tant qu'outil d'accompagnement pour les cadres de proximité ».

Une cadre de santé interrogée soutient qu'il est aussi difficile d'acquérir « *les codes de l'institution : lors des périodes de tutorat avec des néo-cadres de santé, j'ai constaté que certains ne savaient pas rédiger de comptes-rendus de réunion ou réaliser une procédure budgétaire. Ce sont des choses que font les cadres de santé et pour lesquelles ils ne sont pas nécessairement formés* ». Avoir des bons réflexes managériaux, c'est également intégrer le fonctionnement de son institution et de son mode de fonctionnement pour résoudre des situations managériales.

On peut alors constater les cadres de proximité interrogés font part de leur inquiétude de « *bien faire* », de « *ne pas être dans les règles* » parce qu'ils peuvent inquiets d'ignorer la réglementation (qui parfois, a évolué) ou les bonnes pratiques managériales à l'égard des professionnels ou de l'institution. Ne pas connaître la réglementation risque d'atteindre leur légitimité puisque le cadre manifeste lui-même le fait qu'il n'a pas d'autorité en méconnaissant la règle. L'enjeu d'une institution auprès de ses cadres est donc de présenter les règles, d'en donner le sens et la source, d'expliquer leur application dans les situations précises et d'en assurer le respect de manière informelle au travers des valeurs (respect, écoute, réciprocité, enthousiasme).

Et en réalité, la crainte de ne pas connaître l'information RH chez les professionnels interrogés révèle une crainte de ne pas la trouver.

2.3.2 Les fiches réflexes RH, symptôme d'une difficulté à trouver l'information en raison du caractère dysfonctionnel de l'intranet

La crainte de ne pas accéder à l'information :

De manière unanime, la crainte principale des personnes interrogées était de ne pas accéder à un espace dématérialisé et dédié aux fiches réflexes RH dans le CHU X. Une cadre administrative de proximité affirme qu'« *il faudrait qu'elles soient consultables facilement* ». C'est aussi ce que partage la cadre de proximité issue de la filière technique : « *leur communication doit être préparée puisque souvent ce genre de document est oublié, délaissé ou invisibilisé* », propos corroborés par un cadre de santé : « *la seule difficulté avec ce type d'outil est qu'il faut le faire vivre, l'entretenir et le rendre accessible* ». Plus précisément, certains affirment qu'au CHU X « *il existe peu d'endroits dédiés regroupant les mêmes informations ou simplement des informations RH à destination des cadres, ou pour les agents de manière générale* ». D'autres se questionnent : « *c'est intéressant mais*

comment les partager ? À qui les transmettre ? ». Ou préconisent plutôt une « diffusion aux cadres mais aussi aux agents pour plus de transparence ».

Ces questionnements symbolisent une crainte de ne pas avoir accès à l'information au CHU X. En effet, l'intranet du CHU a été créé en 2008. Il a été refondé en 2016 puis le sera en septembre 2023. La prochaine refonte a pour objectif de créer un intranet « *plus clair, plus lisible, doté d'un moteur de recherche performant, de plusieurs accès rapides et de raccourcis personnalisables, l'arborescence du nouvel intranet a été complètement repensée afin d'améliorer l'accès à l'information* »³¹. L'intranet sera alors lancé le 18 septembre 2023 avec en parallèle le déploiement de la Gestion Électronique de Document (GED) initié depuis mars 2022. Une GED permet de rédiger, de valider, de diffuser et de renseigner des documents qui font références (procédures, modes opératoires, protocoles...) tous secteurs confondus, et contribuent ainsi aux bonnes pratiques professionnelles.

L'objectif de la GED est de délester l'intranet de son aspect « fourre-tout » puisqu'il comprenait les informations classiques d'un intranet (numéros ressources, annuaires téléphonique et électronique, dispositif de signalement des violences, KaliWeb, les instances et comités, les directions) et une base documentaire très fournie. En l'absence de GED, l'intranet du CHU a été utilisé comme base de stockage pour les procédures, les formulaires, les actualités du CHU mais sans véritable règle d'organisation et de classement. Les directions détenaient chacune un dossier commun mais inaccessible pour ceux étrangers à celles-ci.

La primauté du réseau de pairs et l'accès direct à la direction des ressources humaines justifié par le caractère dysfonctionnel de l'intranet du CHU X :

S'ajoute à cela le fait que le moteur de recherche de l'intranet n'est pas performant : il est difficile de trouver le résultat adapté aux recherches réalisées via sa barre de recherche. C'est ce qu'explique un cadre de santé lors d'un entretien : « *Intranet est une base de données inutilisable du fait du moteur de recherche dysfonctionnel qui nous fait perdre patience pour trouver une information. Par exemple, lorsque je cherche le formulaire pour une autorisation spéciale d'absence telle qu'une demande d'autorisation d'absence pour enfant malade dans la barre de recherche d'intranet, intranet me propose en premier choix "la procédure temporaire de prise en charge IMG avec fœticide en l'absence d'IBODE". C'est dommage puisque lorsque les agents veulent accéder à des informations ou à des formations, ils perdent également patience et ne se renseignent pas* ». Il précise alors qu'en l'absence de réponse claire et identifiable « *nous trouvons (les cadres)*

³¹ Verbatims de la newsletter du CHU X, article « bientôt un nouveau site intranet ! » n°603.

l'information par l'intermédiaire du réseau cadres, grâce au collectif. La difficulté étant lorsque nous sommes seuls et isolés en tant que cadre, c'est alors plus que nécessaire de s'entourer ». Lors du choix de poste après l'obtention de son diplôme de cadre, ce cadre de santé révèle avoir examiné attentivement les offres proposées et éliminé celles dont l'exercice était solitaire.

Dans un sens similaire, lors de la co-construction de certains sujets des fiches réflexes RH, il s'est avéré nécessaire de repérer l'accès à certains documents ou formulaires : c'était le cas de la fiche réflexe RH sur la rédaction d'un rapport circonstancié. Or, il n'a pas été possible d'identifier l'accès au formulaire institutionnel du rapport circonstancié du CHU via l'intranet, modèle pourtant utilisé par les cadres pour réaliser des signalements. C'est ce qu'attestaient les professionnels de la direction des ressources humaines en charge de la lecture des rapports circonstanciés. Ainsi, il semblerait que ce modèle soit partagé ou transmis sur sollicitation par les pairs, ou qu'il figure déjà dans l'ordinateur du néo-cadre de proximité qui prend ses fonctions. Ces comportements démontrent l'importance du collectif cadres et du soutien par leur pair, l'institution ou leur équipe (A.Rivière, N.Commeiras, 2023).

L'autre moyen d'accéder à l'information est la prise de contact téléphonique avec la direction des ressources humaines. C'est le cas par exemple, de la FFCS interrogée qui contacte la DRH pour connaître et comprendre les démarches à suivre ; sa principale difficulté en tant que FFCS depuis décembre 2022 est « *la méconnaissance de l'institution* »³² et notamment « *la méconnaissance des règles RH* ». Ces comportements affectent l'organisation en intra-direction. Cela nécessite notamment la mise en place d'une permanence avec une fermeture de l'accès téléphonique de certains services de la DRH du CHU X une journée par semaine afin de permettre aux gestionnaires de ne pas être interrompus pendant leur activité.

En raison de ces différents facteurs et après cette analyse, une proposition de remaniement des outils de soutien managériaux proposés par le CHU X et au niveau national est un sujet intéressant. L'absence de formation à l'utilisation des outils numériques des professionnels questionne également.

³² Ici, elle fait part notamment des règles RH, mais aussi du fonctionnement de l'institution dans sa globalité (instances, directions, le rôle de chacun, les missions, les métiers hors soins).

3 Les outils de soutien managérial à destination des cadres de proximité sont nécessaires mais doivent être repensés au sein du CHU X

Un directeur d'hôpital peut repenser l'accompagnement et le soutien managérial des cadres de proximité de son établissement par plusieurs outils : la formation initiale ou continue, le recrutement, l'accompagnement à la prise de poste, la création d'une véritable identité cadre avec un socle maîtrisé de savoir-faire proposé par l'institution et la mise à disposition d'outils numériques utiles et performants. Enfin, le directeur d'hôpital doit également s'assurer de la compréhension des enjeux, du sens qu'il donne aux règles et valeurs et de leur partage aux cadres de proximité.

3.1 L'enjeu primordial de la formation

La formation détient un enjeu primordial comme outil de soutien managérial aux cadres de proximité. Elle leur permet d'acquérir « *une autonomie de raisonnement et d'action dans l'exercice de leur fonction* » (J. Balass-Ezzemzami, 2006). Il est alors nécessaire de souligner l'importance des formations initiales et continues des cadres de proximité.

3.1.1 L'absence de formation initiale en management de certains cadres de proximité nécessitant un primo-accompagnement lors de la prise de poste

Pour illustrer l'absence de formation initiale pour certains cadres de proximité, 3 cas vont être présentés : le cas adjoint des cadres hospitaliers, le cas d'un responsable médical d'unité fonctionnelle et le cas d'un FFCS.

L'absence de formation initiale en management des cadres de proximité administratifs, l'exemple de l'adjoint des cadres hospitaliers :

Le corps d'adjoint des cadres hospitaliers (ACH) est un emploi de catégorie B de la filière administrative au sens du décret n°2011-660 du 14 juin 2011. Les métiers d'ACH sont multiples : chargé de la formation continue, responsable de la trésorerie et de la dette, gestionnaire administrative du personnel, encadrant gestion affaires médicales, juriste, contrôleur de gestion, responsable contentieux, cadre administratif de pôle... Ils assurent l'instruction des affaires qui leur sont confiées et exercent des missions de gestion et d'administration. Ils peuvent se voir confier l'animation d'une équipe ou la coordination d'une ou plusieurs unités administratives (article 9 du décret suscité).

Peuvent accéder au concours d'ACH les candidats externes titulaires d'un baccalauréat de l'enseignement secondaire ou diplômé homologué au niveau IV ou d'une qualification reconnue comme équivalente. L'accès au premier grade d'ACH peut se réaliser par voie de promotion interne pour les fonctionnaires titulaires.

Pour les candidats externes sur titres, les épreuves sont deux ordres : d'abord, deux épreuves écrites dont un cas pratique avec mise en situation d'un dossier documentaire portant sur la gestion administrative générale ou la gestion économique, finances et logistiques et une épreuve d'une série de 8 à 10 questions à réponse courte portant sur l'un des deux programmes en fonction du concours choisi. Puis les candidats admissibles devront se présenter à l'épreuve orale qu'est un entretien à caractère professionnel. Durant cette épreuve, le candidat devra présenter sa formation, son projet professionnel, son aptitude à exercer les missions dévolues à un ACH par l'intermédiaire d'une mise en situation. Quant aux candidats internes, ceux-ci doivent également réussir les épreuves d'admissibilité sur le même modèle que le concours externe. Ensuite, l'épreuve d'admission consiste en un entretien avec le jury « *visant à reconnaître les acquis de son expérience professionnelle et, notamment, ses connaissances administratives générales ainsi que ses connaissances techniques* » (évolutions du système de santé et motivation à exercer les missions d'un ACH) rappelle l'arrêté du 27 septembre 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation du concours externe et interne permettant l'accès au premier grade du corps des adjoints des cadres hospitaliers. *In fine*, la liste des candidats définitivement admis est établie sur proposition du jury par ordre de mérite par le directeur de l'établissement organisateur.

Les candidats peuvent se former seuls ou par l'intermédiaire de formations dédiées à la préparation de ce concours. Mais il est difficile d'apprendre « des bons réflexes managériaux » par l'intermédiaire de support de formation uniquement théoriques. Même si certaines épreuves ont vocation à être professionnalisantes (le cas pratique ou la mise en situation), celles-ci ne permettent pas à un professionnel de se préparer au management de sa future équipe.

Rappelons que l'objectif du concours est de repérer et de permettre à de futurs potentiels professionnels capables d'exercer la fonction d'ACH et non de recruter des professionnels opérationnels à l'issue de celui-ci. Mais si le professionnel obtient le bénéfice du concours, il sera en poste sans avoir eu de réelle formation au management. Un accompagnement institutionnel lors de leur prise de poste serait alors nécessaire.

L'absence de formation initiale en management des cadres médicaux de proximité, l'exemple d'un médecin responsable d'unité fonctionnelle :

Les étudiants en médecine ne bénéficient pas de module de formation dédié au management. Pour autant, les médecins hospitaliers sont généralement en responsabilité d'équipe au cours de leur carrière.

Depuis peu, des formations sont proposées à destination des médecins-managers. C'est le cas notamment de la formation proposée en 2020 en collaboration avec le GCS HUGO (Groupement de Coopération Sanitaire des Hôpitaux Universitaires du Grand-Ouest) et l'EHESP pour « *concevoir et réaliser un parcours de formation d'un an, diplômant, visant à accompagner les médecins en situation de management* ». La formation dure 16 jours et comprends 6 modules (« regard à 360° sur le système de santé et les outils à disposition », « gestion financière et management », « prévention et gestion des conflits », « gestion de projets et innovation », « communication et mediatraining »). Elle est proposée aux médecins en responsabilités d'équipes et/ou de proches (chef de pôle, chef de service, médecin coordonnateur...); les prérequis sont l'exercice effectif de responsabilités managériales. L'objectif est de : « *donner aux médecins managers des clés de compréhension, des pistes de réflexion et des outils pour les accompagner et réussir dans leurs missions et celle de leurs équipes* »³³.

Lors d'un entretien avec un praticien hospitalier du CHU X, celui-ci a mentionné sa participation à la formation de médecin-manager à l'EHESP : « *(en médecine) on a une formation autour de l'hôpital public très basique en médecine : cela m'intéressait de connaître davantage le système dans lequel j'évoluais* ». Il était satisfait des enseignements proposés par cette formation.

Ainsi, il est possible d'observer une réelle volonté de doter les médecins ayant un exercice effectif de responsabilités managériales, d'outils managériaux et d'outils de lecture et compréhension du système de santé. Néanmoins, cette formation ne comprend que peu de place (5 à 6 places par an et par CHU membres du GCS HUGO) et n'est accessible qu'aux médecins ayant déjà une expérience managériale significative. Il pourrait être intéressant qu'un tel modèle de formation soit ouvert à des médecins juniors sur la base du volontariat.

³³ Communiqué de presse, une formation au management pour les médecins du Grand Ouest portée par le GCS HUGO et l'EHESP (16 février 2023, EHESP).

La formation des cadres apprenants, la spécificité des FFCS :

Comme constaté précédemment, la formation des cadres apprenants est essentielle pour leur accompagnement et évolution professionnelle. Les outiller avec des formations pratiques leur permet de réaliser leurs missions et de se sentir légitimes dans leurs rôle et posture de cadres de proximité.

Cela peut se matérialiser par plusieurs moments phares d'une carrière. Ici, il est possible de se concentrer sur la période de FFCS puisque c'est une période assez spécifique dans la carrière d'un cadre de santé.

Avant que le professionnel de santé n'entame un projet professionnel de cadre de santé, il peut « *tester l'occupation de son éventuel futur poste de cadre de santé. Pendant plusieurs mois, il va faire l'expérience de l'encadrement d'une équipe en situation réelle et décider s'il maintient ou non son projet* » (S. Divay, 2018). Il n'est possible de devenir FFCS qu'après la réussite d'un processus très délimité : la déclaration d'intention de cadre de santé se réalise au moment de l'entretien individuel du professionnel, qui est ensuite analysée par la direction des soins et la direction des ressources humaines. Ensuite, le candidat se présentera à un entretien au cours duquel il devra faire part de ses motivations aux directions suscitées. Puis, il devra réaliser une demande parallèle pour bénéficier d'un financement de la formation et du droit à s'inscrire aux concours de l'IFCS. S'il réussit ces étapes, le professionnel de santé « *se verra proposé un poste de faisant-fonction pendant une période non déterminée à l'avance* » (S. Divay, 2018). Ce n'est qu'à condition de la réussite de cette période qu'il sera alors autorisé à « *tenter le concours et obtenir une prise en charge financière* » (*Ibidem*). C'est pourquoi cette période « d'essai » d'un futur cadre de santé est une période charnière ponctuée d'incertitudes et de questionnements. Sophie Divay la qualifie de « *laboratoire (...) in vivo* ».

Au CHU X, il n'existe pas de boîte à outils dédiée FFCS pour les accompagner lors de leur prise de poste. Ils sont parfois tutorés ou accompagnés par un pair cadre de santé. Mais en pratique, ils demeurent souvent seuls lors de leur prise de poste (absence du prédécesseur, peu d'informations mises à disposition ou insuffisantes pour comprendre l'environnement du poste, poste parfois isolé d'un collectif cadre...).

C'est d'ailleurs ce qu'affirment plusieurs cadres de santé interrogés. Un des cadres de santé interrogé se souvient d'un accompagnement à sa prise de poste optimal, puisque doublé par son binôme cadre qui détenait plus d'ancienneté que lui dans le service. La FFCS interrogée lors de l'entretien semi-directif a pu échanger avec sa prédécesseuse deux journées et a pris son poste, avec un sentiment d'isolement. Lors de l'entretien elle se

rappelait son premier jour en tant que FFCS durant lequel elle se demandait « *par quoi dois-je commencer ?* ».

C'est pourquoi la constitution d'une telle boîte à outils semble pertinente : y incorporer les fiches réflexes RH et plus globalement, des ressources mises à disposition par la direction des ressources humaines et la direction des soins (y compris fiches repères par exemple), une synthèse de l'organisation du CHU X (rôles et champ de compétence de chaque direction, des instances, des ressources à contacter...) serait pertinent. Cette boîte à outil destinée aux FFCS est d'ailleurs en cours d'élaboration par la direction des soins du CHU.

Après cette période de FFCS, il serait envisageable de proposer une distribution systématique des fiches réflexes RH dès l'arrivée à l'IFCS pour la formation de « cadre-apprenant ».

Aussi, la mise en place de simulations d'entretiens dans les plaquettes pédagogiques de l'IFCS tels que des entretiens disciplinaires, des entretiens de gestion de conflit, de médiation semble opportune.

De plus, proposer dès la formation à l'IFCS des enseignements concrets de « méthodologie institutionnelle » avec un enseignement sur la rédaction des rapports circonstanciés, la rédaction de comptes-rendus de réunion ou de courriers, la réalisation de plannings équitables et structurés ou encore la gestion de projets serait optimale.

L'objectif serait alors de permettre aux futurs cadres de santé d'acquérir des bases solides d'organisation dans leurs missions.

L'importance du primo-accompagnement de ces professionnels lors de leur prise de poste :

En l'absence de formation initiale dédiée au management pour les professionnels administratifs, techniques et médicaux, le primo-accompagnement serait une solution d'accompagnement institutionnel : partage d'un « kit d'arrivée »³⁴ telle qu'une boîte à outils (sur le même modèle que celle proposée aux FFCS) pourrait être une piste de réflexion, tout comme la mise en place d'un accueil dédié ou d'un temps de rencontre avec le collectif cadres de l'établissement.

³⁴ Kit d'arrivée proposant les fiches réflexes RH, les fiches repères, les outils et ressources existantes au CHU X.

3.1.2 L'importance de la formation professionnelle continue

La formation professionnelle continue dans la fonction publique hospitalière concerne près d'1,1 million d'agents publics selon le rapport IGAS « La formation continue dans la fonction publique hospitalière » (O. Laboux, F. Maury, C. Puydebois, S. Elshoud, 2021). Elle poursuit 9 objectifs au sens du décret n°2008-824 du 21 août 2008 : l'accès à une première qualification ; la garantie, le maintien et le perfectionnement des connaissances et compétences afin d'assurer l'adaptation immédiate des agents à leur poste de travail ou l'adaptation à l'évolution prévisible des emplois ; l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences ; la promotion professionnelle ; la préparation à des examens, concours et procédures de promotion interne ; la reconversion vers de nouvelles qualifications ou activité.

L'importance de la formation professionnelle continue dans le management hospitalier

Ce rapport de 2021 dresse un état des lieux général : la nécessité de penser la formation comme véritable réponse à des enjeux stratégiques du système de santé, les montants dédiés sont satisfaisants... Et il constate également des problématiques particulières que sont le management hospitalier et la période de faisant fonction. En raison *« d'un certain mal-être des personnels »*, du taux d'absentéisme croissant chez les professionnels paramédicaux et d'une perte d'attractivité du diplôme de cadre de santé, le management hospitalier pourrait *« maîtriser cette complexité, décloisonner et gérer des ressources de la manière la plus efficiente possible dans le respect des hommes et des femmes qui font vivre le système de soin »*. Cela démontre l'intérêt de proposer davantage de formations sur le management hospitalier. Le rapport affirme également que la *« présence de personnels FFCS pour l'exercice d'un métier dont ils ne possèdent pas le grade est une situation ancienne à l'hôpital public, mais insatisfaisante »*.

En 2019, le groupe de travail DGOS « Renforcer et reconnaître le management hospitalier » préconise d'instaurer une formation obligatoire de 21 heures proposée par les établissements de santé avec leurs ressources, au sein des GHT ou avec des prestataires pour une mise en œuvre à partir de 2024. Ces formations s'adresseraient à tout manager hospitalier dans les 24 mois suivant sa prise de fonction ou son renouvellement. Les compétences socles à acquérir seraient la connaissance de l'environnement hospitalier, la capacité à fédérer, motiver et à déléguer, l'aptitude à prendre soin du collectif, à gérer les relations interpersonnelles et à veiller à la QVT et enfin la capacité à gérer des projets et à accompagner le changement. Selon le groupe de travail, cette obligation pourrait *« se matérialiser dans un passeport managérial faisant partie des pièces à communiquer pour*

tout encadrant pour candidat dans un nouvel établissement ou en interne de l'établissement ». En plus de la formation de 21 heures, le groupe a également préconisé comme postes d'actions l'insertion d'un volet managérial obligatoire dans le projet de service, la systématisation d'une charte managériale d'établissement, l'enrichissement de certains programmes de formation initiale.

Pour autant, la mission s'oppose à cette obligation réglementaire de formation au management puisqu'elle « *instaurerait un sas relativement homogène car normé par les textes, avec le risque de ne pas tenir compte des acquis préalables des agents et des contraintes particulières de leurs fonctions* ». À partir des compétences socles, les rapporteurs préconisent plutôt le recours à une obligation de positionnement sur une grille nationale indicative : chaque encadrant pouvant réaliser ce test de positionnement par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne pour identifier ses atouts et ses points de progrès puis, se voir proposer des formations complémentaires. Enfin, la mission IGAS suggère l'aide des établissements au repérage des prestataires les mieux à même de prendre en compte les spécificités du contexte du management hospitalier.

La formation professionnelle continue dans le CHU X, des pistes d'actions :

Le CHU X propose un large choix de formations destinées au management (2.2.2). Formaliser un espace lisible et dédié sur l'intranet, accessible à tous les professionnels du CHU est une piste d'action.

L'encouragement de formations inter-filières est également une piste d'action, comme la promotion des formations destinées au binôme cadre de santé et chef de service. Dans les services médicaux, la création d'un collectif cadre pourrait être réalisée par l'intermédiaire de la réaffirmation du binôme chef de service et cadre de santé, non abordé au CHU X. Réhabiliter le rôle du service, en échelon intermédiaire qui cohabiterait avec le pôle permettrait de redonner du poids aux rôles du cadre de santé et du chef de service, moins perceptibles. Cette réhabilitation serait « *un facteur déterminant de mobilisation collective, en ce qu'elle doit s'accompagner d'un pouvoir renforcé des équipes de soins sur les choix qui les concernent, en assurant une meilleure prise en compte de leurs projets et en accordant à celles qui le souhaitent une réelle marge d'autonomie. Le rôle du cadre de santé doit être renforcé avec le binôme qu'il forme avec le chef de service* »³⁵.

Enfin, la proposition de formations permettant d'appréhender les situations rencontrées quotidiennement par les cadres de proximité paraît essentielle comme par exemple, une formation à la création de planning avec un rappel des textes réglementaires

³⁵ Rapport du Sénat, hôpital : sortir des urgences (2021 – 2022).

et des rappels de bonnes pratiques (afin de tendre vers une uniformité des pratiques professionnelles au sein d'un même établissement).

3.2 Le recrutement et la prise de poste, étapes cardinales de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels

Dès l'accueil et l'intégration des professionnels, l'accompagnement institutionnel est capital :

Il semble indispensable de créer un accueil adapté aux cadres hospitaliers. L'accueil est une étape primordiale dans le processus de recrutement : « *l'accueil et l'intégration représentant 50 % de l'efficacité d'une procédure de recrutement* »³⁶.

Actuellement, le CHU X repense sa procédure d'accueil des nouveaux arrivants notamment en mettant en place une journée mensuelle dédiée à l'accueil des nouveaux arrivants (construction actuelle d'un « *passeport RH du nouvel arrivant* »).

Comme l'affirme l'AP-HP, les périodes d'arrivée et de départ sur un lieu de travail sont cruciales dans la vie d'un professionnel : « *la première impression qu'ont les professionnels en arrivant à l'AP-HP est cruciale : elle donne le ton de leur intégration dans notre institution. Or, beaucoup s'en souviennent comme d'un parcours du combattant : pour gérer leurs démarches administratives, pour récupérer leurs identifiants informatiques ou leurs tenues de travail, pour comprendre comment avoir accès à un logement ou à une place en crèche, etc. La dernière impression que nous laissons est tout aussi importante, pour ceux qui font un autre choix professionnel mais qui pourraient un jour revenir à l'AP-HP, comme pour ceux qui partent à la retraite* »³⁷.

Lors des entretiens semi-directifs, les cadres de proximité interrogés ont unanimement fait part de l'absence d'accueil organisé lors de leur prise de poste. Certains n'ont pas été accueillis en raison de l'absence de leur supérieur hiérarchique ou de leur prédécesseur. Les professionnels interrogés ne mentionnent pas un accueil porté par l'institution car absent au CHU X. Mais ils mentionnent tous de manière unanime l'accueil réalisé par leurs pairs ou par leur équipe. C'est le cas notamment d'un cadre de santé interrogé : « *j'ai eu un véritable accompagnement lors de ma prise de poste grâce à mon binôme cadre, qui avait plus d'ancienneté et qui m'a totalement guidé dans mon nouveau poste. J'avais réponse à mes questions et j'étais aiguillé lorsque j'avais besoin d'un*

³⁶ Source : pôle emploi.

³⁷ « 30 leviers pour agir ensemble », décembre 2022, AP-HP.

document ou de comprendre une procédure. Cela m'a marqué puisque cela m'a permis de m'épanouir correctement, de ne pas me sentir seul. L'accompagnement du cadre supérieur était plutôt en retrait, tout comme celui de l'institution ». Ainsi, nombreux mentionnent l'importance du soutien de leurs pairs lors de leur prise de poste, dans cette étape capitale de la vie professionnelle d'un agent.

L'institution doit endosser également ce rôle « d'accompagnant », à sa manière. Les entreprises dans le secteur privé s'intéressent de plus en plus à cette étape de la vie d'un professionnel. Ainsi, « *l'onboarding RH* » (la phase d'accueil et d'intégration) correspond à l'identification d'éléments clés permettant de « *réussir l'intégration des salariés* »³⁸. L'intégration et la fidélisation sont deux notions distinctes mais intrinsèquement liées : « *on dit qu'une entreprise est attractive dès lors qu'elle donne envie de travailler pour elle ; qu'elle attire spontanément des candidats et que les effectifs sont fiers d'en faire partie* »³⁹. L'absence ou la négligence d'une procédure d'accueil et d'intégration peuvent avoir des conséquences dommageables sur l'arrivée du professionnel dans son nouvel environnement de travail : faible engagement du professionnel, désillusion, désengagement, difficulté à être opérationnel et autonome, mauvaises pratiques professionnelles, sentiment d'isolement...

C'est pourquoi il est important de rappeler que « *le livret d'accueil est une réponse et non LA réponse au processus d'intégration* »⁴⁰ : « *le recrutement doit être construit, formalisé et partagé en associant l'ensemble des acteurs de l'entreprise. L'intégration doit être pensée en parallèle d'une amélioration des conditions de travail en réduisant les causes de pénibilités physiques et en renforçant le dialogue social et la qualité des relations de travail* »⁴¹. Pour cela, la création d'une véritable « culture de l'accueil » avec une promesse employeur définie et qui respecte ses engagements est capitale.

La procédure d'accueil des nouveaux professionnels est en cours d'élaboration au CHU X. Elle doit également être complétée par la création d'une communauté cadre.

3.3 La création d'une identité cadre, essentielle au CHU X

L'exemple du GHU Paris Saclay :

Le GHU Paris Saclay a réalisé un plan d'action publié en mai 2023 nommé « Redonner du sens au métier de cadre ». Ce plan formule 6 objectifs et 30 leviers d'actions

³⁸ Article Welcome To The Jungle : <https://www.welcometothejungle.com/fr/articles/onboarding-processus-integration-rh>

³⁹ Fiche pratique ANACT Normandie, « l'intégration des salariés, un enjeu de performance de l'entreprise » 2019.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ibidem*.

pour les atteindre : mieux reconnaître l'investissement majeur des cadres dans l'institution, améliorer l'équilibre vie professionnelle et vie personnelle, repenser l'organisation pour que les cadres se sentent davantage soutenus, retrouver le sens du métier de cadre qui est acteur de la qualité et sécurité des soins, mieux accompagner les parcours professionnels et mieux informer et écouter.

Pour cela, des mesures concrètes sont proposées : valorisation des intérim, harmonisation et revalorisation des permanences d'encadrement, favorisation de l'accès au logement, l'ouverture de la réflexion sur les modalités de télétravail est en cours, le collectif d'encadrement sera retravaillé, les binômes de chef de service / cadre seront repensés, une meilleure intégration des cadres de nuit sera assurée, le tutorat lors de l'intégration sera proposé et valorisé, la dynamique des projets de service sera soutenu, redonner du temps aux cadres en limitant les tâches éloignées du soin...

Un tel plan, propre à l'AH-HP (c'est-à-dire spécifique à sa taille, son nombre de professionnels, de sites et de services) illustre bien de la nécessité de s'engager sur un retour au rôle propre des cadres.

Le cas du CHU X, le besoin d'un collectif cadre :

Au CHU X, il n'est pas possible d'identifier une identité cadre portée par l'institution : elle peut être présente dans certains services avec un collectif cadres de santé très soudé ou entre filières (communauté de cadres administratifs, de cadres techniques...). Le Forum des cadres permet de regrouper un collectif de cadres inter filières mais ne semble pas être un temps et un format adoptés par les cadres de proximité du CHU. Le Collège cadres, espace de réflexion, reste encore trop méconnu par les cadres de proximité du CHU.

Retrouver le sens du métier de cadre, c'est aussi pour les cadres de santé, revenir à des tâches au plus près des soignants en le repositionnant comme garant de la qualité et sécurité des soins (notamment en aidant à la gestion de planning avec des équipes de suppléance dédiées et l'identification d'un état des lieux de l'attractivité des métiers administratifs, logistiques, techniques d'ici l'été 2023), accompagner les cadres dans la gestion du temps sur les sujets réglementaires ou techniques avec le déploiement des « ambassadeurs du temps de travail », et évoluer vers une autonomisation de l'élaboration des plannings.

C'est pourquoi la création d'une identité cadre transversale semble être une piste intéressante pour le CHU X. Il serait opportun de proposer des temps distincts : une réunion

d'encadrement informative (partage d'informations institutionnelles directement aux cadres de proximité) et un temps informel de discussion, une fois à deux fois par trimestre sur chacun des sites du CHU avec l'encadrement médical et paramédical et en présence de la direction des ressources humaines, de la direction des soins et de la direction des affaires médicales. Aussi, il serait intéressant que les projets du Collège cadres soient davantage promus au sein du CHU.

S'associe à cela la nécessité de mieux informer les cadres, au-delà des temps d'écoute possibles avec un accès dédié à l'encadrement sur le site intranet du CHU X et via la GED. C'est notamment ce qui a été proposé dans le plan de publication et de communication des fiches réflexes RH (annexe n°22 – les suites des fiches réflexes RH) : la nécessité de créer un espace dédié à l'encadrement avec leurs ressources managériales créées par l'institution.

À l'occasion des entretiens, un cadre a suggéré la mise en place d'un espace sur l'intranet dédié à la veille d'actualités réglementaires par lequel ils pourraient s'informer régulièrement des changements ou évolutions réglementaires impactant les professionnels du CHU X (proposition en faveur de la suppression des notes de service, encore imprimées et diffusées en format papier au CHU X).

Pour l'instant, le CHU X se dirige vers la création de cet espace dédié ; cette veille réglementaire ayant vocation à remplacer les notes de service pourrait être un futur projet au sein du CHU.

Ainsi, ces outils permettraient de créer un sentiment d'appartenance au CHU X et de favoriser l'implication des cadres dans les décisions institutionnelles.

3.4 La proposition d'outils numériques de gestion du quotidien, simplifiés et adaptés

3.4.1 Des outils numériques facilitant le quotidien et une formation des cadres de proximité pour un usage plus aisé du numérique

Dès le rapport C. de Singly (2009), il est préconisé de « *revoir les organisations pour renforcer le rôle managérial des cadres en allégeant leurs tâches quotidiennes par une organisation des logistiques et du système d'information autour de leurs activités* ».

En 2021, la DITP publie une étude « transformation numérique : dessinons les métiers publics de demain ! » : les métiers publics doivent s'emparer de la révolution

numérique. Selon cette étude, à l'ère d'un virage numérique dans les établissements publics de santé et à la lumière des grandes réformes hospitalières, le cadre de proximité devrait être un élément central dans la transformation numérique mais demeure en réalité très souvent absent des textes. Pourtant les possibilités techniques offriraient « *aux managers la possibilité d'un travail plus collaboratif et d'un partage plus rapide de la connaissance, mais aussi d'une communication entre pairs plus souples au moment le plus adéquat et dans n'importe quel lieu* ».

Une étude récente traite de l'utilisation de l'environnement numérique de travail chez des cadres de santé de proximité (L. Martin, 2022). Réalisées dans 4 CH et CHU de Normandie, les conclusions de l'enquête démontrent que les solutions numériques utilisées par les cadres de santé de proximité sont très basiques (Word, Excel, Powerpoint, logiciel de gestion des plannings, du courriel, espace partagé ou disque dur). En revanche, les logiciels de planification de réunion ou de gestion de lits « *sont utilisés plus épisodiquement* ». L'étude affirme également que « *malgré une méconnaissance marquée de nombreuses solutions numériques, elles sont considérées comme une opportunité pour améliorer le quotidien du manager* ». Aussi, elle classe les solutions numériques utilisées par le cadre de santé (annexe n°20).

L'étude liste les entraves à l'utilisation des solutions numériques pour les cadres de santé : le matériel ancien et peu fonctionnel, les technologies chronophages, les logiciels archaïques, les matériels et logiciels peu ergonomiques et peu intuitifs, l'accès problématique à internet et les pannes récurrentes. S'ajoutent à cela les dimensions négatives institutionnelles : le manque d'investissement financier, le retard, le manque de culture numérique et le manque d'informations sur les « *possibilités ou même l'existence des solutions numériques de la part des différentes directions* ». Pour cela, les cadres de santé interrogés au cours de l'étude estiment que davantage de « *formation et d'accompagnement* » permettraient de les outiller à l'usage des solutions numériques. Ils préconisent également la mise à disposition de matériels et de logiciels efficaces, rapides, ergonomiques et adaptés à la pratique managériale avec par exemple, des logiciels utilisables via smartphones pour permettre de travailler en mobilité. Enfin, les cadres de santé soulignent l'importance de développer une stratégie et une politique institutionnelle centrée sur l'utilisation du numérique en les associant notamment aux décisions institutionnelles sur le sujet. L'étude se conclue en rappelant le fait que « *les cadres travaillent plus dans un environnement informatique de travail (...) que dans un environnement numérique qui pourrait se rapprocher d'un digital worplace* ».

Les outils numériques dans l'exercice du métier de cadre de proximité constitue un support non négligeable pour le soutien institutionnel des cadres. C'est ce que préconise le

plan « Redonner du sens au métier de cadre » de l'APHP sous deux axes : d'une part la mise à niveau des réseaux, du matériel et du support informatique et d'autre part, le déploiement de nouveaux outils numériques qui simplifient la vie quotidienne (annexe n°20 – les outils numériques du quotidien tirés du plan « Redonner du sens au métier de cadre » de l'AP-HP). La perte de temps avec des outils vétustes, sujets régulièrement à des pannes informatiques ou non-adaptés aux besoins des utilisateurs sont sources d'irritants pour les professionnels. C'est pourquoi la mise à niveau des outils numériques paraît primordiale, tout comme la proposition de nouveaux outils numériques qui simplifieraient la vie quotidienne des professionnels.

Certaines tâches peuvent devenir fastidieuses si les outils proposés aux cadres ne sont pas adaptés. Pour exemple et comme cité précédemment, le moteur de recherche de l'intranet complexifie l'accès à l'information pour les cadres. Recourir à des outils efficaces et performants permettrait également donc de simplifier la réalisation des missions des cadres de proximité.

Il est évident qu'il serait nécessaire en préalable de maîtriser ces outils avec la proposition d'une formation initiale (comme c'est le cas de la formation Gesform au CHU X, proposée systématiquement aux cadres de proximité). L'idéal serait de proposer des formations combinant maîtrise d'un outil numérique et maîtrise des règles RH (comme cité ci-dessus : la création de planning avec Gesform et rappel des textes réglementaires de bonnes pratiques sur la gestion du temps de travail).

3.4.2 L'utilisation d'un baromètre social, outil utile pour le management à manier avec précaution

Dans une autre idée, au-delà des outils numériques du quotidien utilisés par les cadres de proximité, il est aussi possible de recourir à l'adoption d'un baromètre social numérique pour évaluer l'expérience collaborateurs des professionnels du CHU X notamment pour identifier les difficultés rencontrées dans leur quotidien.

Le baromètre social est « *un outil de mesure de l'ambiance et des conditions de travail (le climat social) qui s'adresse à tous les agents de la structure concernée (ou service) et cherche à mesurer leur satisfaction ou leur perception sur un ou des aspects de la vie au travail* »⁴². Dans la forme, il donne lieu à une enquête quantitative et/ou qualitative par questionnaire anonyme. La mise en place d'un baromètre social participe de la stratégie du service, dans des cadres variés comme la prévention des RPS, l'amélioration de la QVT, un nouveau projet de service ou des démarches de type système de management de la

⁴² « Un baromètre social, pour quoi faire ? » Ministères transition écologique, cohésion des territoires mer.

qualité. Cet outil permet pour l'institution d'instaurer un plan d'actions et pour le professionnel, de bénéficier d'un espace d'expression des ressentis sur tel ou tel type de situation de travail (conditions de travail, droit à la déconnexion, manque de communication, sentiment d'isolement...).

De nombreux établissements publics de santé se sont dotés de baromètres sociaux à partir des années 2010 : l'AP-HP dès 2012, les Hospices Civiles de Lyon dès 2010, le CHU de Montpellier et de Bordeaux à partir de 2016, les CHU de Nantes et Toulouse en 2017, le CH de Grenoble en 2019 et le CHU de Rennes en 2021. Cet outil est également utilisé pour évaluer les politiques publiques comme c'est le cas du Baromètre de Santé Publique France⁴³ (pour mieux connaître les attitudes et comportements de santé des personnes résidant en France afin de bâtir des interventions légitimes et efficaces en identifiant une perception des risques et des comportements de santé des répondants, par exemple).

Au CHU X, l'enquête « Mon quotidien au CHU X » avait pour objet de questionner les professionnels du CHU sur leur expérience de travail, afin de dresser un état des lieux de l'expérience collaborateurs, mais aussi d'acculturer le personnel du CHU à l'utilisation de ce type d'outil pour instaurer dans quelques temps, un baromètre social. Le baromètre social permettrait d'établir un bilan et diagnostic du CHU, de mesurer la performance d'un service ou d'un collectif et de détecter et d'appréhender d'éventuels risques psychosociaux. Plus spécifiquement, « *les baromètres sociaux, en explorant les différents champs du management, peuvent inviter les cadres à questionner leurs pratiques notamment les disponibilités pour les agents, les signes de reconnaissance, l'appui dans l'évolution des compétences et des parcours professionnels etc* »⁴⁴. Pour cela, il est nécessaire de réaliser des enquêtes à intervalles réguliers, de communiquer avant et après l'enquête et d'apporter des suites concrètes coconstruites.

Pour autant, ce type d'outil doit être utilisé avec une préparation en amont : information des professionnels du CHU, explication des règles d'utilisation de l'outil, transparence et vigilance quant à l'analyse des résultats, formation et accompagnement des cadres pour l'analyse des résultats pour chaque service.

Au regard de la résistance au changement qu'a connu le CHU X lors de la publication de l'enquête « Mon Quotidien au CHU X » (désintérêt, « *encore un énième questionnaire* » lors d'échanges informels à l'occasion de l'affichage dans les services de la campagne du

⁴³ Étude sur les baromètres de santé publique France permettant d'orienter les politiques publiques et de prévention, article 2023.

⁴⁴ « Un baromètre social, pour quoi faire ? » Ministères transition écologique, cohésion des territoires mer.

questionnaire), celui-ci ne semble pas encore prêt à utiliser un baromètre social dans le courant de l'année.

Ainsi, la mise en place de ces différents moyens pourrait permettre aux cadres de proximité d'être mieux accompagnés par l'institution pour réaliser à bien leurs missions. Le rôle d'un directeur d'hôpital en tant que promoteur d'une démarche de proximité managériale est aussi capital.

3.5 Le directeur d'hôpital, promoteur d'une démarche de proximité managériale

Le directeur d'hôpital a des fonctions tournées vers le pilotage stratégique et a un niveau de responsabilité excédant celui des cadres comme présenté en introduction de ce mémoire. Ainsi, il a vocation, par essence, à être dans un positionnement plutôt panoramique afin d'analyser des situations avec une prise à distance, du recul. De fait, cet impératif de proximité dans le management est en contradiction avec ce qui est attendu d'un directeur d'hôpital, paradoxalement.

Pour autant, la proximité dans le management est aujourd'hui fondamentale : elle permet de faire du lien, de se rapprocher. Faire du lien ce n'est pas nécessairement le fait d'« avoir une relation amicale ». Mais c'est aussi donner du sens aux choses, expliquer, informer, rappeler le cadre institutionnel et les valeurs de l'institution. C'est aussi accepter de se rapprocher pour donner, recevoir et demander afin d'instaurer une relation de confiance. C'est ce qu'affirme le directeur des ressources humaines du CHU X : *« En tant que manager, j'essaie de comprendre le fonctionnement de mes collaborateurs, leurs difficultés, leurs facilités. Mais réciproquement, j'essaie de les amener à moi en leur expliquant les choses, en leur donnant le maximum d'informations sur ma manière de fonctionner et des informations générales sur la stratégie afin qu'ils se rapprochent de moi en retour. De manière plus générale encore, ce qui crée de la proximité c'est ce qui nous lie. Et ce qui lie les hommes, c'est la parole, c'est le sens, c'est ce que l'on donne et ce que l'on demande »*.

Ainsi, la proximité est aujourd'hui essentielle dans les relations de travail à l'hôpital et dans les relations humaines. C'est pourquoi le directeur d'hôpital détient également un rôle de promoteur de cette démarche de proximité managériale.

Conclusion

L'apparition du management dans le monde du travail et du *New Public Management* à l'hôpital public a eu des conséquences non négligeables : désormais, les organisations de travail sont structurées avec des « *top manager* », des « *middles managers* ». Le management est donc au cœur des préoccupations.

Pour autant, cette dernière catégorie de professionnels a été longtemps délaissée par l'institution hospitalière puisque leur rôle a été souvent sous-estimé. Au contact direct des professionnels, les cadres de proximité (dont la dénomination elle-même est difficile à définir) connaissent des difficultés tant dans leur rôle que dans leur positionnement vis-à-vis de leurs équipes et de leur supérieur hiérarchique. La catégorie des cadres de santé est une illustration emblématique de ce rôle ambiguë, entre injonctions et contradictions.

Dans une dynamique récente de la fonction publique de doter davantage les cadres de « bons réflexes managériaux », le soutien de l'institution apparaît comme la pierre angulaire du management de proximité.

Les fiches réflexes RH, sujet de ce mémoire ont vocation à guider les cadres de proximité à adopter ces « bons réflexes ». En réalité, elles ont été révélatrices des difficultés quotidiennes des cadres de proximité du CHU X. Symptômes des carences de connaissance et de maîtrise des règles RH ou des bons comportements à adopter, elles révèlent également la difficulté pour ces cadres d'accéder à l'information au CHU X. De fait, le soutien managérial peut se matérialiser par une multitude d'outils : guides, fiches réflexes RH, formations, tutorat, collectifs de pairs, temps d'échange institutionnels et informels, retours d'expériences d'autres établissements publics de santé du territoire, utilisation d'outils numériques permettant une gestion efficace ou d'un baromètre social... Il appartient à l'institution hospitalière qu'incarne le directeur d'hôpital de partager un référentiel de règles déontologiques, éthiques et réglementaires pour permettre aux cadres de proximité de comprendre les attentes institutionnelles afin d'exercer à bien leur rôle et leurs missions.

Mais c'est bien l'addition de ces outils et d'une démarche institutionnelle globale qui permettra aux cadres de proximité de se sentir soutenus et accompagnés par leur institution, et non la production isolée d'outils telles que les fiches réflexes RH. Ainsi, le directeur d'hôpital peut les envisager comme « outil ressource ». Mais bien dans un plan d'actions dédié aux cadres, comme véritable axe stratégique du volet managérial du projet d'établissement pour insuffler une nouvelle démarche à celui-ci.

Bibliographie

Ouvrages :

- BOURRET Paule, *Un travail de lien invisible*, Editions Séli Arslan, 2006, 284 pages.
- CHEVALLIER Jacques, *L'État* », LGDJ 2003, 328 pages.
- FAYOL Henri, *Administration industrielle et générale*, Dunod 1917.
- FINGER Matthias, *Le New Public Management – reflet et initiateur d'un changement de paradigme dans la gestion des affaires publiques*, Université de Genève 1997, 60 pages.
- HERZBERG Frederick, *The Motivation to Work*, John Wiley & Sons 1959, 180 pages.
- LALOUX Frédéric, *A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*, Diateino 2015, 490 pages.
- LE BART Christian, LEFEBVRE Rémi, *La proximité en politique : usages, rhétoriques et pratiques*, presses universitaires de Rennes 2015, 308 pages.
- LÉTONDAL Anne-Marie, *L'encadrement de proximité – quels rôles dans les changements d'organisation ?* Éditions de l'ANACT 1997, 215 pages.
- LIKERT Rensis, *The Human Organization*, Hill Higher Education 1967, 258 pages.
- MAYO Elton, *The Human Problems of an Industrialised Civilisation*, The Macmillan Co 1933, 204 pages.
- PINARDE Rolande, *La révolution du travail, de l'artisan au manager*, Presses universitaires de Rennes 2000, 328 pages.
- PORTER Micheal, *Competitive Strategy: techniques for Analyzing Industries and Competitor*, The Free Press 1980, 398 pages.
- SPINHIRNY Frédéric, *Les caractères aujourd'hui : ce qui résiste et ce qui cède*, Payot 2022, 240 pages.
- TAYLOR Frederick, *The Principles of scientific management*, Harper & Brother 1911, 154 pages.
- THÉVENET Maurice, *Fonctions RH, Politiques, métiers et outils des ressources humaines*, Eyrolles 2009, 145 pages.

Articles de revues scientifiques :

- ASSELINEAU Alexandre, CROMARIAS Anne, *Construire la proximité, L'exemple d'une stratégie entrepreneuriale menée en milieu rural*, Revue française de gestion 2011/4 (n°213).

- BALAS-EZZEMZAMI Judith, *Former au management les cadres de proximité : pour et avec quel engagement éthique ?* 2006/1, Empam 2006/1 (n° 61), pages 62 à 68.
- BARTOLI Annie, CHOMIENNE Hervé, *Le développement du management dans les services publics : évolution ou révolution ?* Informations sociales 2011/5 (n°167), pages 24 à 35.
- BOURGEUIL Yann, *Soins de proximité, quels enjeux ?*, Haut conseil en santé publique, 2019.
- DAUPHIN Sandrine, *Théorie du management*, Informations sociales, 2011/5 (N°167) pages 6 à 9.
- DIVAY Sophie, *La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation*, 2018/1 (Vol. 36), pages 39 à 64.
- DUBOULOZ Sandra, BOCQUET R. *Innovation organisationnelle : s'ouvrir pour innover plus*, Revue Française de gestion, Vol. 39, n°235.
- DUMAS Marc, RUIILLER Caroline, *Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ?* Revue de gestion des ressources humaines, 2013.
- MARTIN Richer, *Démarches QVT : la nécessaire refondation du rôle du manager de proximité*, Revue des conditions de travail, ANACT, 2016.
- MULLER Pierre, *Entre le local et l'Europe. La crise du modèle français de politiques publiques*, Revue française de science politique 1992, p. 275-297
- PIERRU Frédéric, *Les transformations de l'administration hospitalière*, Entretien avec Edouard Couty, Revue Française d'administration publique 2020/2 (N°174), pages 351 à 362.
- VINOT DIDER, *Le management hospitalier à l'épreuve du COVID : de l'épreuve des faits à l'épreuve de la vérité*, Gestion et management public, 2021/4 (volume 9 / n°4), pages 155 à 159.

Articles de presses :

- BARRO Kathia, DE MONTALEMBERT Pierre, *La proximité comme nouvel horizon 2022*, Gestions hospitalières, numéro 620, novembre 2022.
- CAPPELLETTI Laurent, *Le management de proximité, fondé sur le potentiel humain, est un facteur de satisfaction sociale au travail et de productivité durable*, Le Monde, 12 juin 2023.
- RIVIÈRE Audrey, COMMEIRAS Nathalie, *À l'hôpital, des cadres de santé en situation de tensions de rôles*, revue Acteurs publics, 2023.
- THOMAS Julia, *La fonction publique à l'heure de la transformation managériale*, Le Monde, 16 février 2022 par Julie Thomas.

Dossiers presse :

- Agence nationale d'amélioration des conditions de travail, Dossier presse Travail & changement, Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins, n°366 janvier – février – mars 2017.
- Agence nationale d'amélioration des conditions de travail Normandie, L'intégration des salariés, un enjeu de performance de l'entreprise, 2019.

Rapports :

- DE SINGLY Chantal, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, ministère de la Santé et des Sports, 2009.
- GOLLAC Michel, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011.
- JOMIER Bernard, DEROCHE Catherine, *Hôpital : sortir des urgences*, rapport du Sénat n°587 (2021-2022), tome 1.
- LABOUX Olivier, MAURY François, PUYDEBOIS Cédric, ELSHOUD Stéphane, *La formation continue dans la fonction publique hospitalière*, 2021.
- LE BOULER Stéphane, *La formation des paramédicaux*, rapport à l'attention de l'Assemblée nationale, 2018.
- YAHIEL Michel, MOUNIER Céline, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers*, rapport IGAS, 2010.

Recherches, études et sondages :

- Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail, *sondage auprès des futurs managers et ingénieurs lors d'un séminaire pour la qualité de vie au travail*, 2017.
- Association pour l'emploi des cadres, *Un cadre sur quatre estime que sa santé mentale s'est dégradée ces deux dernières années*, 12 septembre 2022.
- Association pour l'emploi des cadres, *Pratiques managériales 2022 : davantage d'attention portée au collectif et à la qualité de vie au travail*, octobre 2022.
- Direction interministérielle de la transformation publique, *Transformation numérique : dessinons les métiers publics de demain !*, 2021.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs*, n°1215, 2021.
- MARTIN Loïc, *recherche descriptive qualitative sur le niveau d'utilisation de l'environnement numérique de travail chez le cadre de santé de proximité en France*, *Recherches en soins infirmiers*, 2022/4 (N°151), pages 75 à 98.

- MCKINNEY, R. et al, *Danger in the Middle : why Midlevel Managers aren't ready to Lead*, Corporate Learning, Harvard Business Publishing, 2013.
- O'DONNEL, VESIN et PERRIER, *Manager de proximité – non merci !*, Entreprise Personnelle, 2011.

Mémoire d'étudiant : ZAGHMOURI Noura, *Le Lean Management au sein des organisations de santé : une démarche éthique, porteuse de sens*, Mémoire HAL, 2020.

Guides :

- Direction générale de l'administration de la fonction publique, *Le guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique*, 2017.
- Direction interministérielle de la transformation publique, *La boussole du manager dans la fonction publique*, 2022.
- CLARIS Olivier, *Mieux manager pour mieux soigner*, 2020.
- Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, *Le guide pratique et juridique contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes*, (2017).

Références juridiques :

- Loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finance (LOLF).
- Loi n° 56-619 du 23 juin 1956, dite loi-cadre Defferre.
- Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473.
- Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.
- Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009.
- Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.
- Loi n°2021-502 du 2 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.
- Loi n°2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification du 26 avril 2021.
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires.

- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Décret n°48-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique.
- Décret n°2010--716 du 29 juin 2010 relatif au management dans la fonction publique
- Décret n°2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

Webographie :

- Communiqué de presse, une formation au management pour les médecins du Grand Ouest portée par le GCS HUGO et l'EHESP : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2023/02/CP-GCS-HUGO-EHESP-Formation-medecins-managers-1ere-universite-dete.pdf>
- Pôle emploi, accueillir et intégrer : <https://www.pole-emploi.fr/employeur/vos-recrutements/integrer-un-nouveau-salarie/accueillir-et-integrer-un-nouvea.html>
- Site du CHOR avec son projet d'établissement 2022 – 2026 : <https://www.chor.re/actualites/115/#gsc.tab=0>
- Site du CHU d'Amiens avec son projet d'établissement 2019 – 2023 : <https://www.chu-amiens.fr/decouvrez-lhopital/les-projets-du-chu/le-projet-detablissement/>
- Site du CHU de Clermont-Ferrand avec le projet d'établissement 2018 - 2022 : <https://www.chu-clermontferrand.fr/sites/default/files/media/2022-05/2021%2006%2009%20Projet%20d%27etablissement.pdf>
- Site Welcome to the jungle sur l'Onboarding : <https://www.welcometothejungle.com/fr/articles/onboarding-processus-integration-rh>

Liste des annexes

- Annexe n°1 – La boussole du Manager, guide publié par la DITP (2022).
- Annexe n°2 – L'exemplarité managériale issue de la Boussole du manager (2022).
- Annexe n°3 – Résultats du sondage du réseau Anact-Aract semaine QVT 2017.
- Annexe n°4 – Enquête « Mon Quotidien au CHU X » (2023).
- Annexe n°5 – Préavis de grève local au CHU X (09 décembre 2022).
- Annexe n°6 – Notes de participation à un entretien pré-disciplinaire (07/11/22).
- Annexe n°7 – Notes de la séance de clôture de la formation réalisée par l'organisme Orchestra (04/04/23).
- Annexe n°8 – Questionnaire à froid sur les engagements des participants à la formation au recrutement non-discriminatoire (septembre et octobre 2022).
- Annexe n°9 – La rosace des valeurs.
- Annexe n°10 – Éléments cités et considérés comme étant des outils par les cadres de proximité interrogés, à l'issue des entretiens.
- Annexe n°11 – Grille des entretiens semi-directifs.
- Annexe n°12 – Exemple d'une fiche repère RH.
- Annexe n°13 – Les minutes RH.
- Annexe n°14 – Ordre du jour et notes de la séance du 29/06/23 du Forum des cadres.
- Annexe n°15 – Les fiches réflexes RH.
- Annexe n°16 – Liste des professionnels interrogés lors des entretiens semi-directifs.
- Annexe n°17 – Liste des professionnels du CHU X ayant participé à la relecture des fiches réflexes RH.
- Annexe n°18 – Liste des professionnels de la direction du CHU X interrogés pour ce mémoire.
- Annexe n°19 – Les solutions numériques utilisées par le cadre de santé, sur une échelle de 5 niveaux.
- Annexe n°20 – Les outils numériques du quotidien tirés du plan « Redonner du sens au métier de cadre » de l'APHP.
- Annexe n°21 – Les suites des fiches réflexes RH.
- Annexe n°22 – Analyse de la question sur la satisfaction des professionnels du CHU de l'enquête « Mon Quotidien au CHU X ».
- Annexe n°23 – Synthèse du bilan du projet managérial du projet d'établissement du CHU X (2018 – 2023).

La boussole du manager manager par les valeurs 5



Quelques recommandations pratiques :

- ➔ Soumettre une question générale : "Quelles sont les 4 valeurs que nous devons tous partager pour... ?";
- ➔ Une fois les propositions faites, les traduire en « idées forces / principes d'action », pour clarifier collectivement leur signification afin d'éviter des interprétations différentes selon les agents ;
- ➔ Échanger librement avec participants autour des freins / craintes et des leviers de réussite afin d'impliquer chaque collaborateur et de faciliter son engagement au quotidien ;
- ➔ A vous manager de parfaire les travaux en sélectionnant les principales valeurs que vous souhaitez aussi valoriser. Pour cela, vous pouvez prioriser des valeurs qui ont toujours existé (les valeurs historiques) complétées par des valeurs tournées vers l'avenir qui ont vocation à être développées :

Si vous disposez déjà de valeurs au sein de votre organisation

Sont-elles toujours d'actualité ?	Oui/non
Sont-elles réalistes ?	Oui/non
Sont-elles pertinentes (en alignement avec votre stratégie) ?	Oui/non
Sont-elles utilisées par vos collaborateurs au quotidien ?	Oui/non

- ➔ Il est aussi important de sélectionner des **valeurs diffusables vers l'extérieur** (à destination des usagers, des partenaires, ou des prestataires) et qui auront vocation à promouvoir l'image de votre service. **Les valeurs endogènes, diffusées en interne**, participent à la construction du groupe et fédèrent les agents autour d'un sens commun. Elles porteront sur l'identité de l'équipe au sein de laquelle seront mentionnés le comportement (tel que le partage), les compétences (créativité) et l'état d'esprit (ouverture) que chaque agent s'engage à adopter ;
- ➔ Les valeurs ne sont pas désincarnées, ce sont également des comportements partagés. Il importe que ces valeurs puissent être déclinées en pratiques professionnelles observables et évaluables. **Elles doivent être applicables, faire sens et être compréhensibles par tout le monde ;**
- ➔ Ce travail peut aboutir à **l'élaboration d'une charte des valeurs affichée dans le service**

Annexe n°2 – La boussole du manager et l'exemplarité managériale (2022) :

Comment développer une exemplarité managériale ?

Développez votre « conscience de soi », c'est-à-dire la capacité de se regarder faire, de s'observer soi-même et d'être toujours conscient de ce que l'on dit, de ce que l'on fait, et la manière dont vous le mettez en œuvre.

Vous pourrez donc influencer, en tenant compte des attentes et des besoins de vos collaborateurs, les comportements que vous cherchez à promouvoir autour de vous, et les incarner.

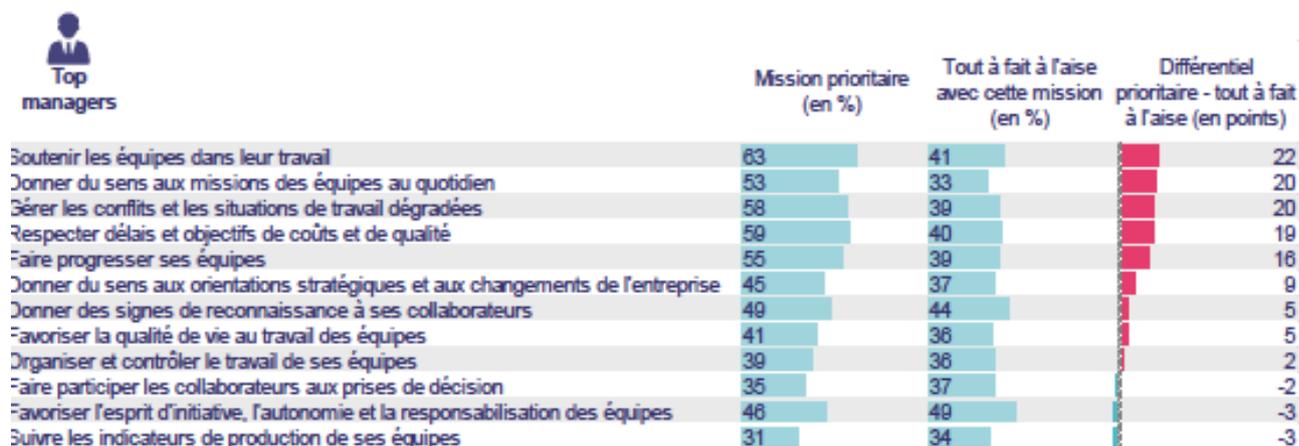
L'exemplarité du manager passe aussi par des actions concrètes au quotidien. Par exemple, veiller à **tenir au maximum ses engagements ou ne pas s'engager** : à ce titre, vous pouvez lister les engagements pris et y revenir régulièrement afin de vous assurer qu'une suite leur a été donnée. C'est aussi, **reconnaître ses difficultés et adopter une posture d'apprentissage** : n'hésitez pas à exprimer vos difficultés et à partager la recherche de solutions avec vos collaborateurs ou votre hiérarchie.

Annexe n°3 – résultats de sondage du réseau Anact-Aract 2017 :



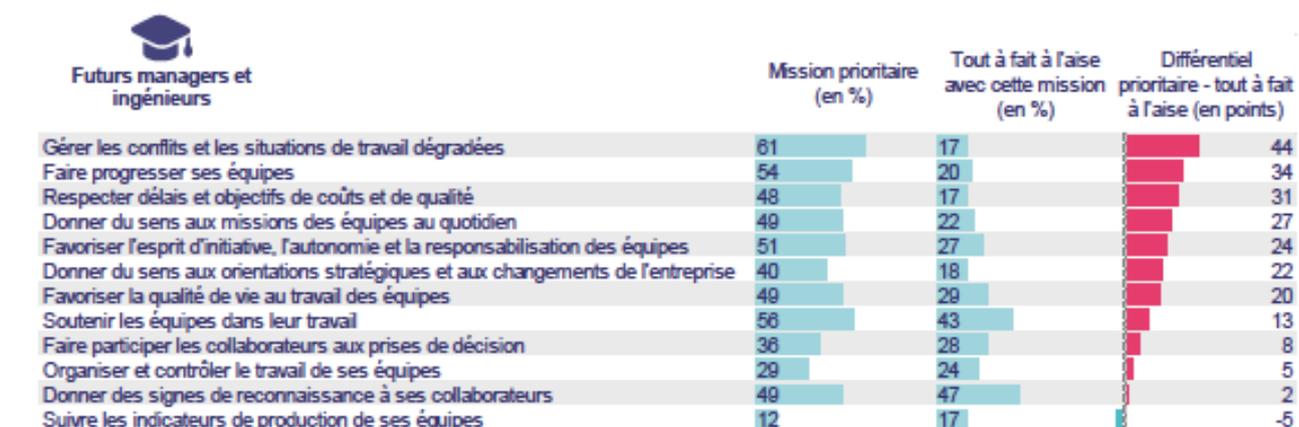
Globalement, les top managers ont besoin d'être mieux outillés et formés pour faire face aux missions managériales qu'ils jugent prioritaires, et notamment pour mieux soutenir leurs équipes, gérer les conflits et respecter les délais et objectifs de coûts et de qualité

Cette mission managériale est pour moi prioritaire – en tant que manager, je me sens tout à fait à l'aise avec cette mission



Les étudiants ont encore plus fortement besoin d'être accompagnés pour se sentir à l'aise dans leurs futures missions, et notamment sur la gestion des situations de travail dégradées, la progression et l'autonomie des équipes

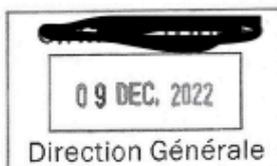
Cette mission managériale est pour moi prioritaire – en tant que futur manager, je me sens tout à fait à l'aise avec cette mission



Annexe n°4 - Enquête « Mon Quotidien au CHU X » (2023) :

- Objectif de l'enquête : questionner les professionnels du CHU X sur leur expérience de travail au sein de l'établissement, pour le volet RH du futur projet d'établissement. Sur du long terme, l'objectif est d'identifier les futurs axes de travail notamment pour créer et affiner la marque employeur du CHU X.
- Durée de l'enquête : Un mois et dix jours, du 23 mars au 30 avril 2023.
- L'enquête comprend 2 voies de réponse : une dédiée aux PNM et une dédiée aux PM.
- 1084 participants dont :
 - 871 PNM,
 - 213 PM.
- Le profil des répondants :
 - 72 % de femmes, 19% d'hommes, 9% ne souhaitant pas se prononcer.
 - Age moyen des répondants : 42,3 ans.
 - 84 % de titulaires PNM, 16 % de contractuels PNM.
 - 48 % des répondants au questionnaire ont commencé à travailler au CHU à partir de 2010 et plus.
 - 11 % des répondants travaillent de nuit, 51 % des répondants travaillent de jour.
 - 21 % des répondants PNM exercent des missions d'encadrement / responsables d'UF
- Les sujets abordés :
 - Taux de satisfaction : « êtes-vous satisfaits de travail au CHU X ? Pourquoi ? »
 - Bilan des actions 2018 – 2023 : MSTAFF, réalisation de l'entretien professionnel, l'accessibilité à l'information « Ressources humaines », les services mis à disposition pour faciliter votre quotidien au CHU X, la connaissance des accords locaux, la connaissance des moyens de communication internes et externes.
 - Le taux de recommandation : « recommanderiez-vous à un proche de venir travailler au CHU X ? Pourquoi ? »
 - Les attentes et besoins pour 2024 – 2028 : sélection parmi 4 axes puis parmi une liste d'actions (3 actions prioritaires).
 - Profilage des répondants.

Annexe n°5 – Préavis de grève locale :



[redacted], le 09 décembre 2022

Objet : Préavis de grève local.

Personnel concerné : Corps des cadres de santés et médicotéchniques

Conformément aux dispositions des articles L.2512-1 et L.2512-2 du code du travail, les organisations syndicales Acteurs Santé CFE-CGC, CFDT, CFTC, FO déposent un préavis de grève local à partir du 16 décembre 2022. Cette grève est reconductible jusqu'au 02 janvier 2023.

Dans le contexte actuel, Acteurs Santé, CFDT, CFTC et FO dénoncent :

- L'absence du document formalisé concernant l'encadrement comme promis par le directeur des ressources humaines lors de la grève du 1^{er} décembre.
- Une charge de travail des cadres toujours plus croissante avec une détérioration des conditions de travail.
- La prise en charge des plannings de nuit et de l'absentéisme de dernières minutes par les cadres de jours sans aucune valorisation financière ou diminution d'activité.
- L'absence de retour sur les propositions des cadres concernant l'encadrement de nuit.
- la non-compensation des postes de cadres de jours et de nuits.
- l'absence de coordination entre le jour et la nuit par un cadre supérieur.

L'intersyndicale

12-013

DG :
DGA :
Pour attribution :
CD

Annexe n°6 – Notes de participation à un entretien pré-disciplinaire (07/11/22) :

Signalement d'une cadre de santé à la suite d'un entretien avec la professionnelle, en date du 05/10/22. La professionnelle est masseur-kinésithérapeute, en contrat à durée déterminé en temps plein ; elle a été recrutée en septembre 2022. Lors de l'entretien avec sa cadre de santé, celle-ci a rappelé les règles en matière de laïcité dans la fonction publique de santé mais la professionnelle a réaffirmé son refus d'enlever son turban. Lors de l'entretien pré-disciplinaire, le DRH du CHU X rappelle la réglementation en matière de laïcité dans la fonction publique hospitalière, tant pour les patients que pour les professionnels, qu'ils soient fonctionnaires ou contractuels. Ensuite, il questionne la professionnelle sur la situation : qu'en pense-t-elle ? La professionnelle répond qu'elle n'a pas envie d'expliquer sa vie personnelle, que l'équipe est satisfaite de son travail et qu'elle a toujours porté son turban depuis sa prise de poste. Le représentant syndical l'accompagnant mentionne le fait que « dans le service, il y a d'autres personnes qui portent aussi le turban en présence des patients, qui ne s'y opposent pas ». Le DRH rappelle alors qu'il est possible que dans un établissement de santé employant environ 10 000 agents, certaines situations ne soient pas signalées à la DRH. Et que sa mission est de faire respecter les règles et notamment le statut général de la fonction publique hospitalière. La loi considère alors que le port d'un voile comme un signe religieux, sauf exception. La professionnelle demande si le port d'une charlotte à défaut d'un turban n'est pas possible ? Le DRH répond par la négative. Elle affirme, qu'en réalité, la personne qui a réalisé son recrutement ne l'a pas informé de l'impossibilité de porter son voile dans le cadre de son service, en tant que contractuel (dont le régime est assimilé à celui d'un fonctionnaire). Le DRH répond alors qu'il est probable que « le recruteur n'ai pas pensé ou osé le mentionner » puisque c'est une question sensible, qui peut mettre une personne « mal à l'aise » notamment parce que « dans les médias, certaines personnes souhaiteraient que le voile ne soit pas visible dans l'espace public ; ici ce n'est pas notre position chacun est libre de faire ce qu'il veut mais pas au travail sur cet aspect ». Il complète en rappelant que l'entretien est un moment difficile pour aborder le port de signes religieux puisqu'une telle question formulée de manière maladroite peut déstabiliser le professionnel ou peut-être discriminatoire et aussi parce que le professionnel, lorsqu'il se présente en entretien n'est pas encore fonctionnaire (donc pas encore soumis au statut).

Comme issue, le DRH a proposé à la professionnelle un temps de 15 jours de réflexion pour savoir si elle était prête à exercer sans signe distinctif religieux pour la prolongation de son contrat qui arrivait bientôt à terme. In fine, après ce délai de réflexion, la professionnelle a décidé de ne pas renouveler son contrat et de quitter le CHU.

Annexe n°7 – Notes de la séance de clôture de la formation réalisée par l'organisme de formation Orchestra (04/04/23) :

Lors de la journée de clôture de la formation, le DRH prononce un mot de « fin » et rappelle l'importance de ce type de formation aux cadres participants pour adopter « une culture commune de travail collectif ». Un tour de table est réalisé auprès des participants, pour connaître leur ressenti sur cette formation : « sentiment d'appartenance », « communauté de cadres », « être entre pairs », « évoquer des problématiques communes », « compréhension du quotidien du chacun dans des secteurs différents ». La dizaine de cadres y participant semblaient en être très satisfaits, prêts à recommander cette formation à des pairs.

Annexe n°8 – Questionnaire à froid sur les engagements des participants à la formation au recrutement non-discriminatoire (septembre et octobre 2022) :

POINT SUR MON PLAN D'ACTIONS

Rappel de mes engagements - A l'issue de la formation, j'ai indiqué vouloir mettre en œuvre les engagements suivants :

6. Engagement 1

Participant	Réponse(s)
Participant 4	Vigilance sur les recrutements

7. Engagement 2

Participant	Réponse(s)
Participant 4	Inciter davantage les personnes présentant des restrictions médicales à se renseigner pour déclarer un handicap

POINT SUR MON PLAN D'ACTIONS

Rappel de mes engagements - A l'issue de la formation, j'ai indiqué vouloir mettre en œuvre les engagements suivants :

6. Engagement 1

Participant	Réponse(s)
Participant 6	Elaborer une grille d'entretien

Mise en oeuvre de mes engagements

9. J'ai mis en œuvre mes engagements :

Participant	Réponse(s)
Participant 6	Je ne les ai pas mis en œuvre mais prévois de le faire à l'avenir

Rappel de mes engagements - A l'issue de la formation, j'ai indiqué vouloir mettre en œuvre les engagements suivants :

6. Engagement 1

Participant	Réponse(s)
Participant 6	Appliquer les principes de non-discrimination à l'embauche notamment en ne demandant pas aux candidats leurs dates de naissances
Participant 8	Rester naturelle malgré tout ce qu'il faut dire ou pas

7. Engagement 2

Participant	Réponse(s)
Participant 6	Echanger avec mes collègues du pôle sur cette formation et sur ses grandes lignes
Participant 8	Ne pas tomber dans la paranoïa

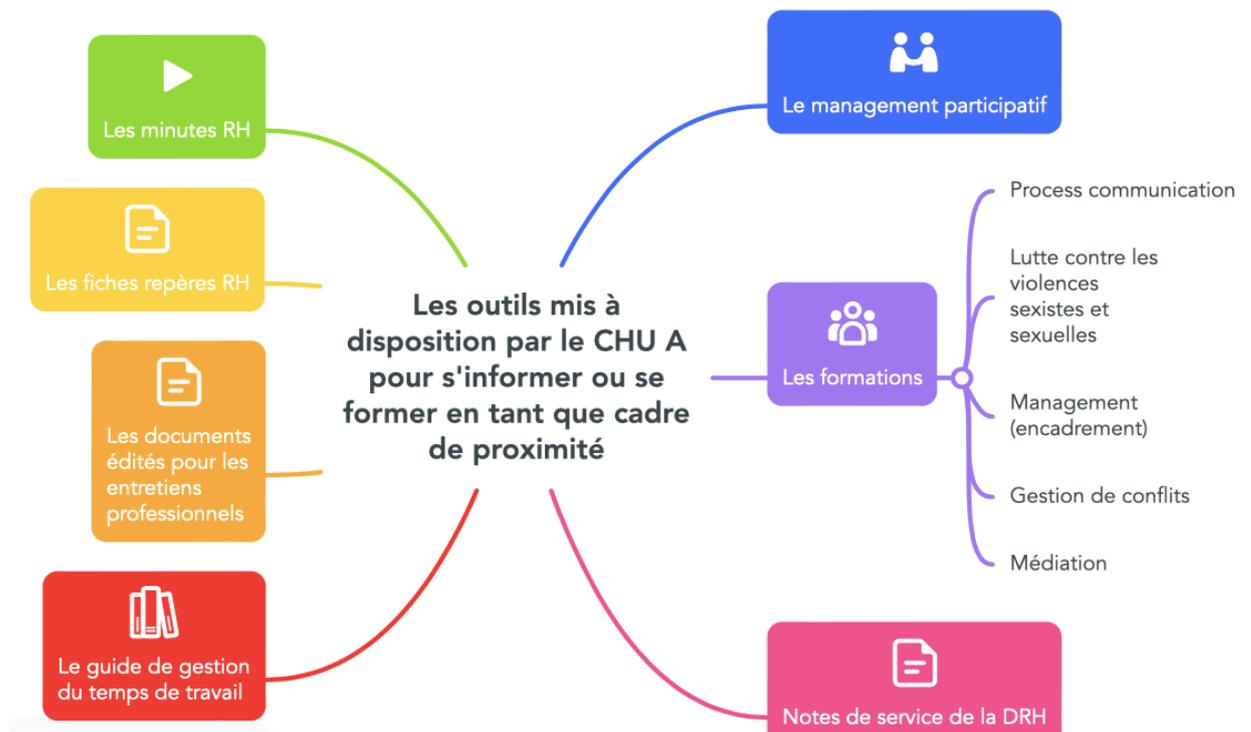
8. Engagement 3

Participant	Réponse(s)
Participant 8	Rester sur des questions extrêmement centrées sur les compétences

Annexe n°9 – La rosace des valeurs :



Annexe n°10 – Éléments cités et considérés comme étant des outils par les cadres de proximité interrogée, à l'issue des entretiens :



Annexe n°11 – Grille des entretiens semi-directifs ;

Introduction et présentation du mémoire :

Entretiens enregistrés

Mémoire – sujet : *Le soutien managérial aux cadres de proximité. Limites & potentialités de l'outil « Fiches Reflexes RH »*

Thème : RH

Objectif de l'entretien : Entretien

Coordonnées de la personne interrogée :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Age :

Profession :

Ancienneté :

Nombre d'agents en tant que cadre de proximité :

Liste de questions par thèmes :

Thème 1 – La vision des personnes interrogées sur le métier de cadre (sens, raisons...) :

Quel est votre parcours avant le CHU X ?

Quel est votre parcours en tant que cadre de proximité ?

Pourquoi le choix d'être cadre / de manager une équipe ?

Thème 2 – Le rôle de cadre au CHU et les outils mis à dispositions :

Quel accompagnement lors de votre prise de poste en tant que cadre par l'institution, par votre supérieur hiérarchique direct (N+1) ? Ou par vos pairs ?

Quels types de missions en tant que cadre de proximité aujourd'hui ?

Quelles difficultés au quotidien dans votre travail de cadre de proximité ?

Participez-vous à des instances de l'institution en tant que cadre ou autres (Collège cadres, forum des cadres ou autres) ?

À votre connaissance, quels outils à votre disposition dans le CHU en tant que cadre de proximité pour vous former / informer sur votre management ?

Thème 3 – Avis sur les fiches réflexes RH :

Que pensez-vous des fiches réflexes RH ?

Est-ce un outil que vous auriez souhaité avoir lors de vos débuts en tant que cadre de proximité ou est-ce un outil qui pourrait être aussi intéressant pour vous aujourd'hui ?

Thème 4 – Les attentes de l'accompagnement du CHU aux cadres :

Quels outils aimeriez-vous avoir concrètement pour améliorer ou vous sentir accompagné dans votre quotidien de cadre de proximité / votre management par le CHU ?

Qu'est-ce que pour vous le management ?

Les valeurs du management en tant qu'encadrant ?

Fiche Repère RH

AUTORISATION D'ABSENCE ENFANT MALADE



LA REGLEMENTATION

- > Circulaire FP n° 1475 et B2 A/98 du 20 juillet 1982
- > Circulaire n° 84/DH/8D/58 du 7 décembre 1984

LA DEFINITION

L'autorisation d'absence pour enfant malade peut être accordée aux agents, parents d'un enfant ou qui ont un enfant à charge, pour en assurer temporairement la garde. Cette autorisation ne constitue pas un droit systématique et peut être refusée par le cadre en cas de nécessité de service.

LES AGENTS CONCERNES

- > Agents titulaires et stagiaires
- > Agents contractuels :
 - dont l'ancienneté est comprise entre 6 mois et un an : 6 jours,
 - dont l'ancienneté est supérieure ou égale à 2 ans : 12 jours.

LE NOMBRE DE JOURS ACCORDES

Le nombre de jours est accordé par famille, quel que soit le nombre d'enfants. La durée totale ne peut dépasser 6 jours ouvrables sur une année civile, proratisés par la quotité de temps de travail pour les agents à temps partiel.

Cette limite est portée à 12 jours ouvrables si une des conditions suivantes est remplie :

- > L'agent assume seul la charge de l'enfant,
- > Le conjoint ne bénéficie pas, dans son emploi, d'autorisation d'absence rémunérée pour soigner son enfant (attestation employeur à fournir),
- > Le conjoint est à la recherche d'un emploi (certificat à fournir),
- > Le conjoint bénéficie d'autorisation dont la durée est inférieure ; l'agent peut alors solliciter l'octroi de la différence.

Annexe n°13 – Les minutes RH :



Ordre du jour :

Informations générales : départs, retraites, calendrier des évènements.

Actualités générales : projet de restructuration du CHU X, projet d'universitarisation du second CHU de la région, point d'étape du futur projet d'établissement, déploiement du futur DPI, bilan de la première campagne de la prime d'engagement collectif.

Notes : « Réunion très institutionnelle et très descendante, qui se déroule dans un amphithéâtre à l'institut de formation des professionnels de santé du CHU X. C'est une réunion de deux heures pendant lequel les cadres écoutent les informations données par l'équipe de direction du CHU X. Des questions peuvent être posées à la fin des présentations mais peu de cadres prennent la parole ».

Annexe n°15 – Les fiches réflexes RH (page de garde, sommaire, deux sujets dont l'évaluation professionnelle et la rédaction d'un rapport circonstancié) :



MES FICHES
Réflexes



Cadres de proximité

Sommaire

Les entretiens

- 4 Évaluation professionnelle
- 8 Entretien individuel
- 12 Entretien de recrutement ou de mobilité

Départ temporaire ou définitif

- 16 Départ à la retraite d'un professionnel
- 20 Départ du service ou de l'hôpital

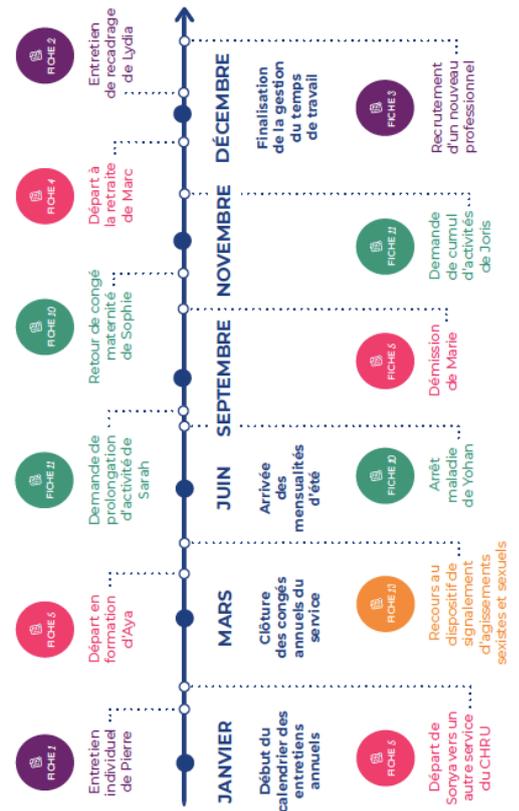
Organisation du service

- 24 Planification des congés annuels d'un service
- 28 Accueil d'un nouvel arrivant
- 32 Demande de télétravail
- 36 Organisation d'un temps partiel thérapeutique
- 40 Retour à l'emploi après un arrêt ou un congé long
- 44 Demande de prolongation d'activité et cumul d'activité

Soutien des professionnels

- 50 Signalement d'agissements sexistes et sexuels
- 54 Rédaction d'un rapport circonstancié

- L'année du cadre -



FICHE 1

Évaluation professionnelle

L'évaluation d'un professionnel peut être réalisée à plusieurs occasions, même si les objectifs de ces entretiens sont bien différents :



ENJEUX pour le cadre

- Peut exercer un management de proximité;
- Évaluer les connaissances, compétences et résultats;
- Favoriser l'adéquation entre les projets du professionnel et son poste;
- Donner du sens au travail avec la pose d'objectifs atteignables;
- Permet d'avoir une vision globale du service et favorise une réponse adaptée aux difficultés rencontrées

ENJEUX pour le professionnel

- Bénéficie d'un temps d'échange avec le cadre;
- Fait valoir son point de vue;
- Peut expliciter une ou plusieurs situations;
- Peut exprimer son vécu de travail;
- Peut valoriser son exercice professionnel;
- Peut formaliser un projet professionnel.



LES ESSENTIELS RH

- N'écrivez seulement ce que vous pouvez dire;
- Dites seulement ce que vous pouvez écrire;
- Ce RDV doit être un temps d'écoute du professionnel.

L'entretien est un moment privilégié pour échanger avec le professionnel sur des potentielles situations problématiques; ne laissez pas passer ce temps dédié pour traiter une situation et trouver des solutions!

BIEN PRÉPARER UN ENTRETIEN D'ÉVALUATION

1 La convocation

- Programmer 8 jours avant la date de l'entretien;
- Possibilité de prévenir par mail;
- Informer le professionnel du sujet de l'entretien avant le RDV.

2 La préparation

- Vous menez l'entretien: les sujets abordés doivent être préparés en amont.

3 Les objectifs

- À l'issue de l'entretien, le professionnel doit repartir avec de nouveaux objectifs.

4 Le retour d'expérience

- Débuter par les points positifs;
- Évoquer les axes d'amélioration puis les pistes de solution.

5 Le suivi des actions

- Réaliser un suivi des actions identifiées est primordial.



LES POINTS DE VIGILANCE RH

- L'entretien ne doit porter que sur des éléments factuels;
- L'entretien doit traduire l'appréciation globale que vous avez du professionnel;

L'entretien d'évaluation ne doit pas être un rendez-vous à l'occasion duquel le professionnel découvre des difficultés reprochées: il doit être prévu lors d'un entretien intermédiaire de recadrage.

Bon entretien!

Annexe n°16 – Liste des professionnels interrogés lors des entretiens semi-directifs :

Nb	La fonction	La filière	La tranche d'âge	Le genre	L'ancienneté au CHU A	CHU A = premier employeur	Nombre d'agents
1	Attaché d'administration hospitalière	Administrative	30 – 40 ans	Féminin	5 ans	Oui	12 agents
2	Cadre de santé	Soin	50 – 60 ans	Homme	28 ans	Oui	100 agents
3	Adjoint des cadres	Administrative	40 – 50 ans	Femme	15 ans	Oui	17 agents
4	Praticien hospitalier	Médicale	40 - 50 ans	Homme	21 ans	Non	11 agents
5	Coordinatrice d'un réseau de santé	Technique	30 – 40 ans	Femme	14 ans	Oui	3 agents
6	FF Cadre de santé	Soin	20 – 30 ans	Femme	10 ans	Oui	30 agents
7	Cadre de santé	Soin	30 – 40 ans	Homme	14 ans	Oui	30 agents
8	Cadre de santé	Soin	50 – 60 ans	Femme	38 ans	Oui	30 agents
9	Cadre sup de santé - Oncologie	Soin	50 – 60 ans	Femme	21 ans	Oui	10 agents
10	Sage-femme encadrante	Médicale	30 – 40 ans	Femme	18 ans	Non	27 agents

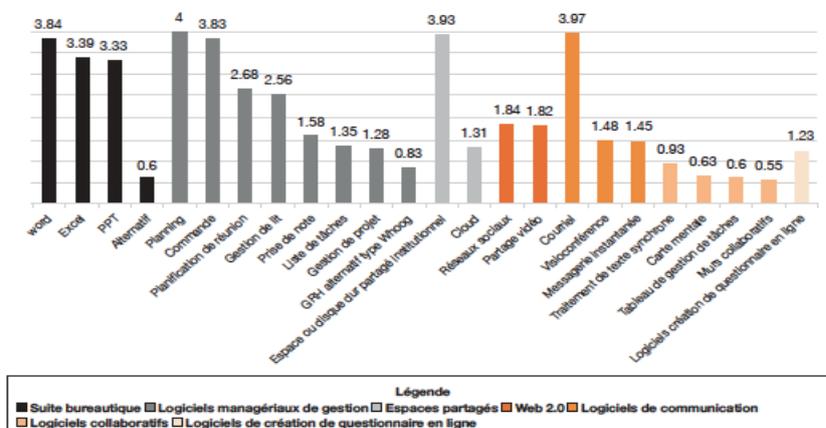
Annexe n°17 – Liste des professionnels du CHU X ayant participé à la relecture des fiches réflexes RH :

Nb	La fonction	La filière	La tranche d'âge	Le genre	Objectif
1	Cadre de santé	Soin	50 – 60 ans	Féminin	Avis fiches réflexes RH pré-publication
2	Cadre de santé	Soin	50 – 60 ans	Féminin	Avis fiches réflexes RH pré-publication
3	Cadre supérieure de santé	Soin	50 – 60 ans	Féminin	Avis fiches réflexes RH pré-publication
4	Représentant syndical et cadre de santé de formation	Soin	50 – 60 ans	Féminin	Avis fiches réflexes RH pré-publication

Annexe n°18 – Liste des professionnels de la direction du CHU X interrogés pour ce mémoire :

Nb	La fonction	Sujets abordés
1	Coordinatrice générale des soins du CHU X	Le métier de cadre de santé et ses évolutions, les causes de la difficulté de recruter des cadres de nuit au CHU A, l'existence possible d'une pénurie de cadre de santé dans un futur proche, la formation délivrée à l'IFCS aux futurs cadres de santé.
2	Directeur des ressources humaines du CHU X	L'état actuel du recrutement des cadres de santé, la place dans l'établissement des cadres de proximité, les enjeux futurs de ces professions.
3	Ingénieur en charge du management participatif du CHU X	L'utilité du management participatif, les projets mis en place au CHU A, les leviers et les contraintes du management participatif

Annexe n°19 – Les solutions numériques utilisées par le cadre de santé, sur une échelle à 5 niveaux :



Annexe n°20 – Les outils numériques du quotidien tirés du plan « Redonner du sens au métier de cadre » de l'AP-HP :



POUR ALLER PLUS LOIN :

Sept outils pour répondre à des besoins de tous les jours

- **L'approvisionnement** : un outil de commande en ligne par les équipes de soins (« mes approvisionnements en ligne ») sera utilisable dans toute l'AP-HP d'ici fin 2023.
- **L'accès à la maintenance** : un outil permettant de prendre en photo un problème et de transmettre une demande de maintenance puis de suivre en temps réel sa résolution sera utilisable dans toute l'AP-HP d'ici fin 2024.
- **La gestion des stocks** : un travail collaboratif sera engagé en février 2023 avec des professionnels de la logistique et les cadres pour identifier des solutions permettant de mieux gérer les stocks des unités de soins, en donnant de la visibilité sur les réserves et sur les livraisons/distributions aux professionnels chargés des commandes.
- **La gestion de la restauration individuelle au sein des services** : pour éviter aux soignants de devoir recueillir, patient par patient, les souhaits et contraintes de restauration individuelles, un formulaire en ligne sera créé sur l'Espace patient, permettant à tous les patients qui le peuvent de le remplir.
- **La gestion des petites tâches logistiques du quotidien (par exemple : courses diverses, déménagement, aménagement, organisation d'un évènement dans le service)** : une réflexion sera menée en 2023 pour bâtir un outil permettant de faciliter cette coordination pour le service demandeur comme pour les équipes prestataires.
- **Le recrutement** : un outil partagé pour faciliter et suivre en temps réel les recrutements sera mis en œuvre au 1^{er} trimestre 2023.
- **Les projets de recherche** : un outil permettant aux porteurs de projets de suivre l'état d'avancement de l'instruction de leur projet de recherche (instruction, autorisation, contractualisation, etc.) sera mis en place au cours du premier semestre 2023.

Annexe n°21 – Les suites des fiches réflexes RH :

Suites du projet :

1. Automne 2023 :

- Remontée des suggestions et correctifs par les co-rédacteurs des fiches réflexes RH à la réunion de rentrée de service de la DRHE en septembre 2023. Si correctifs à apporter, prise de contact avec ~~Christophe~~.
- Version définitive validée par ~~Sylvain~~ / ~~Marie~~.
- Support numérique dédié identifié : GED de l'établissement avec un espace dédié aux cadres PNM et PM et mise en valeur via le nouvel intranet. L'objectif est de créer un endroit dédié avec toutes les ressources à disposition → possibilité uniquement si les fiches repères RH sont actualisées et consultables.

Point de vigilance : lors de la présentation des fiches repères RH à différents interlocuteurs / collaborateurs (cadres de santé, cadres de proximité), un point d'alerte a été souligné sur l'accessibilité des documents. Pour que ces fiches réflexes soient connues et utilisées, leur accès doit être prévu et simplifié. Le risque étant que ce document ne soit ni connu, ni utilisé.

- Passage en instances.
- Préparation d'un plan de communication :
 - o Distribution des fiches réflexes RH aux nouveaux arrivants cadres de proximité (pendant la journée du nouvel arrivant ou via un accueil cadre dédié).
 - o Distribution à tout cadre de proximité en poste actuellement au CHRU par le vagemestre ?
 - o Prévoir une communication institutionnelle à ce sujet : Effervescence ? Alchimie ? Intranet et liens avec les minutes RH ou autres temps de communication DHRE.

2. Sur du long terme (2024) :

- Réaliser un deuxième « tome » de fiches réflexes RH avec de nouveaux sujets, sur le même format que le format initial.
- Construire une base d'informations dédiée aux cadres de proximité dans la GED.
- Réactualiser les fiches repères RH afin qu'elles s'intègrent dans la base de données GED : réactualisation réglementaire + anonymisation des personnes référentes (plutôt référence aux départements de la DRHE).

Constitution de la base documentaire (GED), forme de « guichet unique d'information » :

- Fichiers ressources produits en interne dans le cadre des fiches réflexes RH :
 - o Sommaire destiné aux cadres de santé avec les temps institutionnels phares de l'année d'un cadre de santé.
 - o Extraction du tableau listant les délais des congés maladies (fiche n°10, page 40).
- Fichiers ressources produits en interne par et pour l'institution :
 - o Guide de la gestion du temps de travail actuel (2023).
 - o Guide d'utilisation de la télémedecine (publication à l'automne 2023 en principe).
 - o Guide pour bien télétravailler ensemble (2023).
 - o Les vidéos « Minutes RH ».

- Les fiches repères RH actualisées (réglementation + anonymisation des référents DRHE avec seulement le département de la DRH).
 - La liste des formations proposées aux encadrants de proximité (constitution d'un kit de formation dédié aux cadres ?).
- Les exemples de documents institutionnels :
- Modèle d'un rapport circonstancié.
 - Modèle d'un tableau de bord.
 - Modèle de la fiche de signalement à remplir en cas d'agissement sexistes, sexuels, d'harcèlement ou de discrimination.
- Pour information, les ressources existantes au CHRU pour l'accompagnement d'un agent ou d'un service :
- L'assistance sociale du personnel, ~~avec [redacted]~~
 - La psychologue du personnel, ~~avec [redacted]~~
 - L'accompagnement au management participatif, avec Jérôme Bizeau.
 - La prévention des risques professionnels, avec ~~[redacted]~~
- Documents ressources utiles « Pour aller plus loin » :
- Guide de l'encadrant dans la fonction publique (2017) : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/Publications/Coll%20cadres%20de%20la%20FP/Guide-de-l-encadrant-web.pdf>
 - Boussole du manager : manager par ses valeurs (2022) : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/toutes-les-publications/la-boussole-du-manager-manager-par-les-valeurs>
 - Guide « Réagir face au harcèlement sexuel et aux agissements sexistes » du Ministère du travail : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/30645_dicom_-_guide_contre_harcelement_sexuel_val_v4_bd_ok-2.pdf

Annexe n°22 – Analyse de la question sur la satisfaction des professionnels du CHU de l'enquête « Mon Quotidien au CHU X »).

Thématiques	Verbatims	Nb de réponses portant sur ce thème
Travail en équipe	Bonne équipe, solidarité, entraide, collaboration, soutien, équipe « dynamique et jeune », « bonne ambiance »	120
Travail stimulant au regard des activités du CHRU	Missions variées, pluridisciplinaires, variété des prises en charges, travail enrichissant et intéressant, fierté associée, projets de recherches et d'innovations, richesse du travail, formation des étudiants et tuteurat, travail avec « intérêt intellectuel », travail stimulant, « permettant d'enrichir ses connaissances ».	115
Manque de personnel	Réduction des effectifs, manque de ressources humaines	106
L'engagement dans une mission de service public	Travail valorisant, d'utilité « publique », d'utilité « sociale », du « sens », être au service des autres, avec un collectif, aucune discrimination, appartenance à un groupe / à un collectif, « apporter sa pierre à l'édifice », vocation, empathie, valeurs, « j'ai les mêmes valeurs que le CHRU », fierté d'appartenance, service public, santé publique	105
Manque de reconnaissance	Par l'institution, par la direction, par l'encadrement, par les pairs, par les collègues, entre professionnels du CHRU (entre soignants, envers les administratifs), méconnaissance du travail de chacun, « sensation d'être un pion », « mépris de la part de la direction » malgré l'investissement au travail, sensation de « sens unique » et de « sacrifice »	105
Le CHRU de [redacted] et son rayonnement	Plateaux techniques de pointe (20x), « activités de pointe », choix large de formations, moyens techniques conséquents (logiciels, matériels), « le CHRU était un objectif de carrière », réelle « identité avec 4 sites distincts », « moins routinier que dans le privé ». Etablissement « d'excellence » avec de l'expertise (centre expert, établissement expert, professionnalisme, établissement de référence, dynamisme, rayonnement régional et national, établissement d'envergure, universalité). Etablissement qui se trouve « dans une ville agréable » (4x).	86
Dégradation des conditions de travail	Pas de flexibilité, pas de moyens, absence de sécurité et de prévention, pas d'optimisation, conditions de travail médiocre, manque de bienveillance	67
Manque de moyens financiers, manque d'outils techniques	Manque de moyens, manque d'outils informatique, outils parfois inadaptés...	45
Encadrement, management remis en question	Pour les professionnels réalisant des missions d'encadrement : perte de sens des missions d'encadrement (notamment à cause de la gestion de l'urgence : absentéisme, planning...), « peu de moyen pour le personnel encadrant », sensation de ne pas être soutenu par « la DRH ». Pour les professionnels ne réalisant pas des missions d'encadrement : sensation d'absence d'écoute, de management vertical et pas assez participatif, « assez peu de retour de la politique de la direction du CHU par les encadrants aux agents », « progrès à faire », « incompréhension de l'encadrement », « encadrant de proximité ultra sollicitée dans les unités donc peu disponible », « encadrant non ouvert aux idées des équipes », « mépris », « management sans équité », « encadrement inexistante, agressif ».	42

Annexe n°23 - Synthèse du bilan du projet managérial du projet d'établissement du CHU X
(2018 – 2023) :

Axes du PM du dernier PE	Actions concrètes	Réalisation ou non des actions	Traduction de la réalisation concrète des actions annoncées
Actions en faveur du repérage des potentiels managers	Élargir la procédure « cadre apprenant » aux cadres non-soignants.	Réalisé	Ouverture à l'ensemble des cadres (techniques, logistiques, administratifs).
	Prévoir pour les recrutements extérieurs, une évaluation du psychologue du travail	Réalisé	Participation de la psychologue du travail à quelques recrutements.
	Contractualiser les fonctions managériales entre manager et institution avec les contrats de pôle et projet de service.	Réalisé	La trame des projets de service comprend un volet gouvernance, les contrats de pôle comprennent un volet managérial.
	Actualisation de la procédure et désignation des futurs managers médicaux	Non réalisé	
	Rédaction de la fiche de mission des managers médicaux	Réalisé	Guide de gouvernance et de gestion du CHU actualisé en 2021
	Structure des services en UF et nommer systématiquement des responsables d'UF	Non réalisé	Nomination des RUF n'est pas systématique.
	Systématiser les postes d'adjoints aux chefs de service et chefs de pôle	Réalisé	Postes adjoints de pôles systématisés, mais certains ne souhaitent pas nommer de chef de pôle adjoint.
Actions en faveur de la motivation des managers	Préciser les niveaux d'organisation soignante au sein de l'hôpital (pôle, service, UF) ainsi que les missions de leur responsable	Réalisé	Guide de gouvernance et de gestion du CHU actualisé en 2021
	Réaffirmation du rôle de la secrétaire médicale référente de pôle par rapport au trio de pôle	Réalisé	Guide de gouvernance et de gestion du CHU actualisé en 2021 et missions transversales identifiées
Actions en faveur de la motivation des managers	Structurer l'accompagnement de l'agent contractuel sur un grand d'encadrement, structurer le tutorat et l'accès à la formation cadre apprenant des « FF » de cadres administratifs et techniques	Réalisé	Guide de gouvernance et de gestion du CHU actualisé en 2021
	Proposer un bouquet de formations courtes au management de proximité	Réalisé	Avec 3 axes différents, la formation cadre supérieur ouverte depuis 3 ans, formation cadre en management ou formation process com, violences sexuelles et sexistes, fresque du climat.
	Systématiser une formation courte au bénéfice des chefs de service, à leurs adjoints ou à ceux qui n'en n'auraient pas bénéficié, formation management portée par HUGO	Réalisé	Entre 2019 et 2023, 62 chefs de service ont été formés en interne lors de sessions de 5 jours en présentiel.
	Mettre en place une formation des trios de pôle	En cours	Appel d'offre en cours de constitution à l'échelle d'HUGO
	Proposition d'une formation conjointe chef de service (et adjoint) / responsable d'UF / cadre concerné	Réalisé	Mise en œuvre en 2023, 4 sessions de 3,5 jours ont été programmés
	Poursuivre la réflexion sur une formation commune aux personnels médicaux et non-médicaux	Réalisé	Réalisation d'une formation commune sur la prévention du suicide, sur les violences sexistes et sexuelles avec plus de 200 professionnels formés.
Outils nécessaires aux managers	Réfléchir sur « la marque CHU »	Non réalisé	
	Mise en place réseau social dédié aux managers	Non réalisé	
	Mise en place de temps forts managériaux annuels	Non réalisé	
	Mise en place d'un séminaire de direction / trios de pôle	Non réalisé	
	Poursuite des actions du Collège cadre	Réalisé	Règlement intérieur validé par la direction.
	Mise en œuvre du management participatif et de l'engagement collectif en projet	Réalisé	31 services en juillet 2023 réalisant un projet de management participatif et prime d'engagement collectif lancée au printemps 2023.

THOMASSET

Lucie

Octobre 2023

Directeur d'Hôpital

Promotion Marie Marvingt 2022 - 2023

Le soutien managérial aux cadres de proximité, limites et potentialités des fiches réflexes RH.

Résumé :

Cette réflexion analyse le soutien managérial proposé par l'hôpital public à ses cadres de proximité par l'intermédiaire de l'outil que sont les fiches réflexes RH. Est-ce qu'un tel outil est considéré comme un support managérial institutionnel par les professionnels concernés ? Que symbolisent la création d'un tel outil ? Quels sont le rôle et le champ de compétences des cadres de proximité, catégorie de professionnels longtemps méconnue ? Que signifie la notion de « bons réflexes managériaux » ? Pourquoi le soutien managérial à ses cadres de proximité est un sujet dont doit se saisir un directeur d'hôpital ?

En définitive, par l'apparition du *New Public Management* et d'autres facteurs endogènes et exogènes au secteur de la santé, le management est devenu une préoccupation majeure à l'hôpital public. Progressivement, le rôle des cadres de proximité également : ces cadres connaissent des difficultés tant dans leur pôle que dans leur positionnement. Pour autant, l'apport d'un soutien managérial par l'institution leur est essentiel notamment par le partage institutionnel de « bons réflexes managériaux ». Ainsi, une multitude d'outils peuvent concourir à un tel soutien : formations, fiches réflexes RH, temps d'échanges institutionnels et informels, tutorat... C'est bien l'addition de ces outils et d'une démarche institutionnelle globale qui permettra aux cadres de santé de se sentir soutenus et accompagnés par leur institution. Ainsi, le directeur d'hôpital peut envisager ces fiches réflexes RH comme « outil ressource » mais bien dans un plan d'action global dédié aux cadres de proximité, à l'échelle de l'institution.

Mots clés :

Hôpital public ; management ; cadres de proximité ; soutien managérial ; recrutement ; attractivité ; fidélisation ; marque employeur ; formation ; outils ; institution ; innovation

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