



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2013**

Date du Jury : **décembre 2013**

Contribution du directeur des soins au dialogue social local

Pascale LANNOY

Remerciements

Nous remercions pour leur disponibilité dans le cadre d'entretiens exploratoires les personnes suivantes : Jean Kaspar, Pierre Lescouet, Roland Ollivier, Nathalie Robin Sanchez, Faouzia Slimi ainsi que nos collègues de promotion de l'EHESP.

Nous remercions chaleureusement les professionnels interviewés dans le cadre de notre enquête et qui nous ont consacré du temps pour répondre de manière sincère à nos questionnements.

Nous remercions particulièrement Elisabeth Lac, Laetitia Laude, Anne Savinel et Catherine Tedesco, pour leurs avis, leurs conseils éclairés et éclairants en phase finale de ce travail.

Nos remerciements vont également au binôme d'évaluateurs du projet et de la note d'étape de ce mémoire professionnel: Isabelle Monnier et Mathias Waelli, ainsi qu'à Jean-René Ledoyen pour son accompagnement.

Un grand merci à nos proches pour leur soutien irremplaçable.

*« Les relations sociales apprennent que les projets dont nous sommes porteurs doivent supporter autant la critique que la promotion, autant le débat que l'explication, autant l'initiative que le bilan ».*¹

*« Plus que jamais, il est temps de conjuguer (et non plus d'opposer), la qualité des soins aux patients ou de la prise en charge des personnes accueillies et la qualité de vie au travail pour les professionnels. Un dialogue social loyal et vivant constitue une condition sine qua non pour la conciliation tant nécessaire de l'efficacité médico-économique et de la performance sociale ».*²

¹ TAPONAT G, 2013, « RH et relations sociales, agir avec les représentants du personnel ». Studyrama collection Focus RH

² TOUPILLIER D, GUILLOT JP.OLLIVIER R, Rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013

Sommaire

Introduction	1
1. D'une définition du dialogue social à son lien avec le management.....	5
1.1 Un dialogue social en pleine actualité pour la fonction publique hospitalière	5
1.2. Une pluralité d'acteurs, d'activités, de modes relationnels entrant dans le champ de définition du dialogue social	8
1.2.1. Une définition plurielle	8
1.2.2. Négociation, gestion des conflits, veille sociale, amélioration des conditions de travail au cœur de la modernisation du dialogue social.....	9
1.3. Management et dialogue social.....	13
1.4. Relations sociales institutionnelles, rôles et stratégies des acteurs.	16
2. Enquête de terrain.....	21
2.1 Méthodologie d'enquête	21
2.2 Un système de rencontres formelles et d'échanges informels cofacteurs du management participatif.....	22
2.3 Des relations déséquilibrées par nature où respect, recherche de légitimité, connaissance de l'autre, dosage du niveau de familiarité, sont omniprésents.....	27
2.4 Une préoccupation partagée par tous les acteurs ; la compétence dans le dialogue social.....	32
2.5 Une expertise dans le domaine des soins, une collaboration étroite avec la DRH et un appui essentiel du directeur des soins à l'encadrement paramédical	34
2.6 Un principe de subsidiarité appliqué au dialogue social, rendant les cadres de pôle compétents et déculpabilisés, et permettant au directeur des soins de jouer un rôle d'appui distancié.....	39
3. Préconisations	47
3.1 Actions préconisées dans le cadre du positionnement institutionnel du directeur des soins	47
3.2 Actions préconisées dans le cadre de la délégation aux pôles d'activité	50
3.3 Actions préconisées dans le cadre d'un management du projet de soins alliant dynamique sociale participative et démocratie sociale	53
Conclusion.....	55
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail
CAP	Commission Administrative Paritaire
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNG	Centre National de Gestion
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques
DG	Direction Générale
DH	Directeur d'Hôpital
DGA	Direction Générale Adjointe
DPC	Développement Professionnel Continu
DRH	Direction (Directeur) des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FHF	Fédération Hospitalière de France
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRP	Institution Représentative du Personnel
OIT	Organisation Internationale du Travail
RH	Ressources Humaines

Introduction

Le directeur des soins dirige l'activité d'une part importante des personnels des établissements de santé ; personnels des métiers paramédicaux de filière infirmière, de rééducation et médicotechnique relevant du titre IV de la fonction publique hospitalière. Ayant une fonction reconnue dans le domaine de la gestion et du management des ressources humaines, il est convié à participer aux instances de dialogue social que sont le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de sécurité et de Conditions de Travail (CHSCT). Il préside une Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT) où un dispositif de représentation du personnel est organisé.

Il peut-être confronté à de nombreuses problématiques de gestion et management des ressources humaines, d'organisation des moyens humains, à des conflits liés à un climat social dégradé, à des revendications le plus souvent concernant les ressources et les organisations, à des mises en place de permanences en cas de grève, à des règlements de problématiques individuelles concernant des agents. Il travaille le plus souvent sur ces sujets concernant les relations sociales, en collaboration étroite avec la direction des ressources humaines et dispose de responsabilités propres dans de nombreuses situations dans ce domaine. Ces responsabilités et marges de manœuvres, dépendent d'un certain nombre de facteurs locaux tels que l'histoire sociale de l'établissement, le positionnement de la direction des soins, les acteurs engagés dans les relations, les niveaux de délégation accordés aux responsables de pôles d'activités ainsi que les modes managériaux, le projet managérial et le projet social de l'établissement.

Une période d'observation motive ce choix d'objet de recherche concernant le dialogue social. Nous avons en effet assisté à une dégradation progressive du dialogue social dans un établissement et à ses conséquences sur le management de la direction des soins.

Partie des relations entre la direction générale et des représentants syndicaux, cette dégradation a provoqué une modification progressive des modes managériaux de l'établissement. Les communications venant de la direction sont peu à peu devenues des injonctions détournées à destination des syndicats. En parallèle, la communication syndicale s'est intensifiée et a parfois remplacé ou pris de vitesse la communication officielle sur certains sujets intéressant les personnels. Les rumeurs ont également pris le pas sur la communication classique. Le mimétisme a fait son travail et la direction des soins a renforcé son management par des injonctions venant le plus souvent d'autres, reçues de la direction d'établissement. Le dialogue a disparu en partie au profit d'un management directif généralisé. Cette expérience nous a démontré l'importance du dialogue, de la qualité des relations, du climat social à tous les niveaux d'une institution.

Elle nous a montré l'impact potentiel du mode managérial au plus haut niveau sur l'ensemble du management d'un établissement. Nous avons ainsi constaté un lien étroit entre le dialogue social et le management du directeur des soins, lien que nous souhaitons ici explorer.

Le projet de formation des directeurs des soins de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) déclinant les 9 champs de compétences des directeurs des soins, reprend le climat social comme « indice de réussite » de la compétence intitulée « Structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux ». Il semble donc bien que le directeur des soins ait à s'intéresser au climat au sein des équipes sous sa responsabilité ou à minima ait une influence sur ce paramètre.

Parmi les éléments de la rubrique « relations professionnelles » du directeur des soins, de la seconde édition du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière³, les partenaires sociaux sont cités comme « interlocuteurs » du directeur des soins dans le cadre de « relations de dialogue social ».

La notion de négociation apparaît parmi les éléments d'appréciation des résultats obtenus dans la pratique managériale du directeur des soins proposés par le Centre National de Gestion⁴ (CNG).

Suite à la conférence sociale de juillet 2012 et dans le cadre d'un agenda social spécifique à l'hôpital, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé a confié à Edouard Couty la mission de mener le comité de pilotage chargé d'émettre des propositions pour un « Pacte de confiance ». Ce dispositif a mobilisé trois groupes d'experts dont l'un, piloté par Danielle Toupillier, concerne « Le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines ». Ce groupe était chargé de travailler sur la rénovation du dialogue social local sur la base de la loi du 5 juillet 2010⁵, de traiter du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière sanitaire, sociale et médico-sociale. Un rapport de synthèse a été publié le 4 mars 2013 et comprend un certain nombre de constats et de propositions entrant pour certains dans le champ de compétences et de responsabilité du directeur des soins.

Le pacte de confiance propose de reconnaître et réaffirmer le rôle des cadres. Ils sont plus particulièrement invités à se mobiliser sur les sujets concernant les ressources

³ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, presses de l'EHESP, ministère de la santé et des sports, 2^{ème} édition. (Edité en septembre 2009 sous la responsabilité de la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)

⁴ Annexe n°284-IV de la note d'information n°CNG/DGD/UDH/DS/2013/284 du 12 juillet 2013 relative à l'évaluation et à la prime de fonction et de résultats des directeurs des soins.

⁵ Loi n°2010-751 du 05 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (JORF n°0154 du 06 juillet 2010)

humaines et le dialogue social en liaison avec le directeur des ressources humaines et le directeur des soins. Les conditions de réussite du dialogue sont définies et certaines intéressent le champ d'intervention du directeur des soins : porter intérêt au projet managérial et au projet social, faire du dialogue social un élément d'évaluation des cadres et un critère de recrutement, veiller à un positionnement des cadres adapté au degré d'autonomie local du dialogue social, évaluer le dialogue social local.

Les principes de l'organisation du dialogue social sont proposés selon trois axes que sont ; un dialogue de proximité au sein des établissements, un dialogue au sein des instances consultatives, des relations entre décideurs et organisations syndicales. Sur ces trois niveaux, le directeur des soins est susceptible d'intervenir.

La CSIRMT, le conseil de surveillance, le CTE, le CHSCT, sont des instances de représentation des personnels, les deux dernières étant reconnues comme instances de dialogue social. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a modifié la représentativité des personnels dans ces instances. Le coordonnateur général des soins préside la CSIRMT et participe au CTE et au CHSCT. Les suites du pacte de confiance devraient concerner ces instances dans le cadre de la rénovation du dialogue social et de la gouvernance.

La loi du 5 juillet 2010⁶ relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique élargit le champ de la négociation du niveau national au niveau local. La fonction publique hospitalière, au même titre que les autres est invitée, au-delà de sa culture de la concertation, à intensifier sa pratique de la négociation au niveau de chaque établissement. Ce champ de négociation locale⁷ apporté par la loi recoupe celui des compétences des directions et notamment certaines de la direction des soins.

L'ordonnance du 02 mai 2005⁸ introduit la délégation de gestion aux pôles d'activité avec pour objectifs de simplifier le pilotage, le fonctionnement et la gestion des établissements publics de santé, responsabiliser les acteurs et clarifier leurs responsabilités, décloisonner les acteurs et les fonctions. La notion de délégation de gestion n'apparaît pas dans la loi HPST mais la délégation est inscrite dans les contrats de pôles et peut concerner la gestion des ressources humaines et certaines dépenses liées aux ressources humaines.

⁶ Loi n°2010-751 du 05 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique (JORF n°0154 du 06 juillet 2010)

⁷ Cette négociation locale peut concerner l'organisation du travail et du télétravail, les conditions de travail, le déroulement des carrières et la promotion professionnelle, la formation professionnelle et continue, l'action sociale et la protection sociale complémentaire, l'hygiène, la sécurité et la santé au travail, l'insertion professionnelle des personnes handicapées ainsi que l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

⁸ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005.

Il est probable, vu leur contenu, que ces marges de manœuvre des pôles d'activité aient une influence sur le système des relations sociales et que le principe de subsidiarité impacte progressivement les circuits de ce dialogue, touchant alors le positionnement et les modes d'intervention du directeur des soins dans le dialogue social.

Ces différents éléments de convergence des activités et des intérêts du directeur des soins et du dialogue social nous permettent d'envisager un travail de recherche concernant la place du directeur des soins dans ce dispositif et plus largement dans le système des relations sociales locales.

Notre question centrale sera la suivante :

Quelle est la contribution du directeur des soins au dialogue social local et dans le contexte de l'organisation en pôles d'activité ?

Dans une première partie de notre travail nous proposerons de définir le dialogue social et de le resituer dans le contexte et l'actualité de la fonction publique hospitalière pour ensuite envisager une approche de ses liens avec le management. Nous proposerons une approche psychosociologique centrée sur les notions de relation, de rôle et de stratégie développées notamment par Gustave Nicolas Fischer complétées par celle de stratégie des acteurs présentée par Michel Crozier et Erhard Friedberg

Nous décrirons dans une seconde partie notre travail d'enquête de terrain, sa méthodologie et les résultats de notre analyse, éclairée de notre lecture conceptuelle. Nous souhaitons ainsi vérifier les hypothèses suivantes :

- Le directeur des soins tient un rôle essentiel sur la scène du dialogue social tant centralisé que déconcentré sur les pôles, tant formel qu'informel.
- Les directions, les responsables des pôles et les représentants du personnel, ne sont pas préparés au transfert partiel du dialogue social vers les pôles d'activité.
- La qualité d'intervention du directeur des soins dans le dialogue social est un facteur favorable pour son positionnement au niveau institutionnel.
- Les modes contributifs du directeur des soins au dialogue social sont dépendants du niveau de délégation du dialogue social vers les pôles d'activité.

Enfin dans une dernière partie, nous présenterons un certain nombre de préconisations pour un directeur des soins souhaitant avoir une posture proactive dans le dialogue social de son établissement.

1. D'une définition du dialogue social à son lien avec le management

1.1 Un dialogue social en pleine actualité pour la fonction publique hospitalière

Le dialogue social est relativement récent dans l'histoire de notre société. Il est particulièrement d'actualité au regard des textes publiés sur le sujet et des travaux du pacte de confiance pour l'hôpital qui donneront suite à une réforme tenant compte à priori de ses conclusions. Il est donc en devenir. Il nous semble ainsi éclairant de proposer ici un bref historique du dialogue social et notamment du dialogue social dans la fonction publique hospitalière.

C'est en 1946⁹ que le statut général de la fonction publique reconnaît le droit de grève et celui de se syndiquer aux fonctionnaires. Les lois Auroux de 1982 sont au nombre de quatre. L'une d'elles est relative aux conditions de travail. Elle instaure les Comités d'Hygiène et de Sécurité dans les établissements de plus de 50 salariés.

La loi du 13 juillet 1983¹⁰ portant droits et obligations des fonctionnaires précise, notamment dans son article 8, le droit syndical. Ce dernier est garanti à tout agent public. Les conditions de son application dans la fonction publique hospitalière ont été décrites dans le décret du 19 mars 1986¹¹, rénové par le décret du 9 mai 2012¹².

Les lois Aubry¹³ sur la réduction du temps de travail ont été suivies en septembre 2001 d'un protocole d'accord pour la fonction publique hospitalière. Les établissements se sont engagés dans une négociation aboutissant à de nombreux accords locaux.

Les accords de Bercy de juin 2008, signés par 6 organisations syndicales sur 8, définissent des principes de rénovation du dialogue social¹⁴. Le 20 novembre 2009 est signé l'accord sur la santé et la sécurité au travail. Il élargit les compétences des CHSCT de la fonction publique hospitalière, plus avancée dans ce domaine. Il prévoit un observatoire de la santé et de la sécurité au travail et un plan national de lutte contre les risques psychosociaux. Ainsi le CHSCT est l'instance de concertation représentative du personnel chargée de la protection de la sécurité et de la santé physique et mentale des

⁹ Loi n°46-2294 du 19 octobre 1946 relative au statut général des fonctionnaires

¹⁰ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

¹¹ Décret n°86-660 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹² Décret n°2012-736 du 9 mai 2012 modifiant le décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹³ Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail

¹⁴ Négociation au cœur du dialogue social, représentativité des organisations syndicales sur la base des élections au CTE, élargissement de la base électorale aux agents contractuels, accord majoritaire en voix, suppression du paritarisme au CTE, création d'une instance de dialogue commune aux trois fonctions publiques, amélioration des moyens syndicaux.

agents au travail ainsi que de l'amélioration des conditions de travail. Il veille à l'application du code du travail. Il est consulté sur tout projet affectant potentiellement les conditions de travail. Il participe à l'évaluation des risques professionnels et à leur prévention. Il est présidé par le directeur d'établissement assisté du directeur des ressources humaines et réunit des représentants des personnels désignés par les organisations syndicales représentatives, l'inspecteur du travail, le médecin du travail, toute personne de l'administration exerçant des fonctions de responsabilité concernant les questions examinées. C'est à ce titre et avec voix consultative qu'y siège le directeur des soins.

Les Commissions Administratives Paritaires (CAP) relèvent du statut de la fonction publique et ne traitent que de questions individuelles. Le directeur des soins y participe comme représentant de l'administration de l'établissement et au titre de la parité.

En 2009, la loi HPST réforme les instances que sont le CTE et la CSIRMT.

Le CTE est une instance consultative représentative des personnels non médicaux. Il comprend des collèges de différentes catégories A, B et C des personnels hospitaliers. Il est consulté sur un certain nombre de questions relatives au fonctionnement de l'établissement. Le directeur des soins, y participe en tant que membre de la direction.

La CSIRMT a vu sa compétence et sa composition modifiées par la loi HPST et plus précisément par le décret du 30 avril 2010¹⁵. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels relevant de la direction des soins répartis en trois collèges que sont les cadres de santé, les personnels infirmiers, de rééducation et médicot techniques et les aides soignants. Le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques en est le président¹⁶. La loi du 5 juillet 2010¹⁷ relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, est une traduction des accords de Bercy. La loi invite à la pratique de la négociation à un niveau local¹⁸. Les premières assises du dialogue social dans la fonction publique ont eu lieu le 26 octobre 2010 à Paris.

¹⁵ Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicot techniques dans les établissements publics de santé

¹⁶ La CSIRMT est consultée sur le projet de soins infirmier, de rééducation et médicot technique, l'organisation générale de soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins, la recherche et l'innovation dans le domaine des soins, la politique de Développement professionnel continu (DPC). Elle est informée sur le règlement intérieur, le rapport annuel de l'établissement. Elle est ainsi consultée et informée sur toute question relative à l'organisation des soins. Sa composition ; Les directeurs des soins, un représentant des étudiants infirmiers 3^{ème} année, un représentant des élèves aide soignant, un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et toute personne qualifiée invitée par le président ou par un tiers au moins des membres y siègent pour 4 ans.

¹⁷ Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. JO n° 0154 du 06 juillet 2010

¹⁸ La loi du 5 juillet 2010 permet à tout syndicat constitué depuis au moins deux ans et respectant les valeurs républicaines et d'indépendance ou tout syndicat affilié à une union de syndicats de se présenter au premier tour des élections professionnelles. Les principes d'élargissement du corps électoral et d'audience basée sur l'élection au CTE définis par les accords de Bercy sont respectés

La fonction publique hospitalière est plus avancée en termes de pratique du dialogue social que les deux autres fonctions publiques, territoriale et d'état. Elle présente notamment une pratique courante de la concertation. Toutefois, il est constaté de fortes inégalités selon les établissements et notamment selon leur taille, les établissements plus petits disposant moins d'un dialogue effectif. Le dialogue social est décrit comme plutôt formel, centré sur ses instances qui elles même ont un fonctionnement parfois aléatoire. De plus, la loi HPST a eu des conséquences non négligeables sur le dialogue social dans le sens où elle a affaibli les CME et CTE, appauvri le droit à l'expression directe et collective au niveau des pôles en ne conservant pas le principe des conseils de pôles. Elle a par contre consolidé les prérogatives des CHSCT.

Le rapport de synthèse du pacte de confiance constate une pauvreté du dialogue social de proximité au niveau des pôles d'activité, un manque d'implication de l'encadrement de proximité dans ce domaine et un manque de collaboration des médecins et personnels relevant de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) sur l'organisation et les conditions de travail. La concertation y est toutefois reconnue comme importante comparativement aux autres fonctions publiques.

Pour Ivan Sainsaulieu, le syndicalisme des salariés non médicaux à l'hôpital est « *un semi bastion du service public* »¹⁹ Les professionnels hospitaliers sont capables d'actions collectives médiatiques du fait de la popularité des métiers. Toutefois, le personnel paramédical est peu syndiqué. Cela s'expliquerait par les formes de leur mobilisation et engagement au travail. Les réformes successives seraient la raison majeure de maintien du besoin syndical pour les salariés. « *Les salariés trouvent toujours important en général qu'il existe des syndicats, et en particulier dans un environnement mouvementé de réformes qui se succèdent à un rythme important en charriant toujours des motifs d'inquiétude* »

Les dernières années ont été importantes pour la modernisation du dialogue social en entreprise et le pacte de confiance vient encore consolider cette modernisation pour les établissements publics de santé. Cette évolution accompagne les réformes que vit l'hôpital public depuis quelques années avec la réforme tarifaire, la nouvelle gouvernance, la loi HPST.

par la loi. Elle prévoit également un regroupement des élections professionnelles des trois fonctions publiques sur une même date.

¹⁹ SAINSAULIEU I, 2008, « Le syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1 n° 18, p. 83-94

1.2. Une pluralité d'acteurs, d'activités, de modes relationnels entrant dans le champ de définition du dialogue social

De la relation interpersonnelle informelle à la négociation collective, de la gestion des conflits sociaux à la veille sociale, de la gestion de cas individuels à la gestion des organisations de travail, du management des projets à la communication institutionnelle, le dialogue social recouvre une pluralité et une diversité de pratiques plus ou moins quotidiennes pour les managers dont le directeur des soins et les cadres de santé.

1.2.1. Une définition plurielle

Les définitions données au dialogue social marquent particulièrement la pluralité des acteurs qui y sont engagés.

Jean Kaspar présente le dialogue social comme un enjeu stratégique « *On ne développe pas le dialogue social parce que la loi nous y contraint ou pour faire plaisir aux organisations syndicales mais parce qu'il constitue un des leviers pour concourir à la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'entreprise* »²⁰ Il est un « *faisceau d'interventions multiples* » d'acteurs tels que la direction, l'encadrement, les institutions représentatives du personnel, les délégués syndicaux, le personnel.

« *Un monde à part dont on ne connaît pas toujours les clés d'interprétation et d'action* »,²¹ voilà comment Gérard Taponat décrit le dialogue social. Ce dernier n'est pas réductible à « *faire du social* ». Le dialogue social s'établit dans chacun des trois domaines de performance que sont la performance individuelle, collective et organisationnelle. La performance sociale est la résultante des interactions entre les membres du corps social dans l'atteinte des objectifs de l'entreprise. L'encadrement a une place privilégiée dans le dialogue, le système de relations sociales.

Penchons nous sur la définition qu'en donne l'Organisation Internationale du Travail (OIT): « *Toutes les formes de négociations, de consultations et d'échanges d'informations entre les représentants des gouvernements, les employeurs et les travailleurs sur des sujets d'intérêt commun* ». Il peut être informel et/ou institutionnel. Il se situe au niveau national, régional ou local (celui de l'entreprise). Le dialogue social est un enjeu des droits fondamentaux des salariés que sont le droit à la participation et le droit syndical, inscrits dans le préambule de la constitution et qui lui apportent toute sa légitimité: « *Tout travailleur participe, par l'intermédiaire de ses délégués, à la détermination collective des conditions de travail, ainsi qu'à la gestion des entreprises* » et « *Tout homme peut*

²⁰ « Le pilotage du dialogue social » contenu d'un séminaire animé par Jean Kaspar en 2012

²¹ TAPONAT G, 2013, « RH et relations sociales, agir avec les représentants du personnel ». Studyrama collection Focus RH (page 9)

défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer aux syndicats de son choix »²²

Le dialogue social s'exerce à différents niveaux que sont le niveau national, territorial, régional, local. C'est ce dernier niveau qui nous intéressera tout au long de notre travail dans la mesure où il touche aux modes d'intervention au niveau d'un établissement.

Trois domaines de dialogue social local sont à considérer : les relations humaines de dialogue de proximité, les relations dans le cadre des instances et les relations directes entre direction et organisations syndicales.

Le dialogue social désigne ainsi certes les relations formelles, règlementaires, entre l'employeur et les représentants des salariés mais aussi l'ensemble des interactions entre la direction, les représentants du personnel, l'encadrement et les salariés. Il s'exerce au quotidien entre salariés et avec l'encadrement dans les concertations de terrain, les réunions de travail, groupes projets, espaces de discussion. Il relève de la participation directe des salariés à la vie de l'entreprise et de la démocratie sociale en entreprise.

Le guide administratif Tissot présente dans sa fiche 12/200 intitulée « outils et méthodes pour développer le dialogue social », une définition de ce dernier : « *Le dialogue social repose sur le souci des partenaires, quels qu'ils soient, de communiquer sur tous les sujets qui concernent l'évolution, voire le changement de l'institution, et peuvent en modifier plus ou moins sensiblement les missions, la stratégie, le mode de management, l'organisation, les conditions de travail, le fonctionnement ou les pratiques de tout ou partie desdits partenaires* »²³. Ce guide décrit également une série d'activités considérées comme intégrées au dialogue social ; Il s'agit de la direction participative, la direction par projets, la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), la démarche qualité, la communication (réunions d'information, entretiens, consultation, concertation, visites de terrain, groupes de travail, projets et délégation), l'animation des instances règlementaires.

Ainsi une multiplicité d'activités, sont proposées comme faisant partie du champ du dialogue social. Certaines d'entre elles sont plus particulièrement mises en exergue dans le cadre de la modernisation du dialogue social.

1.2.2. Négociation, gestion des conflits, veille sociale, amélioration des conditions de travail au cœur de la modernisation du dialogue social

Concernant la fonction publique hospitalière et pour Jean Paul Guillot et Dominique Anne Michel, la loi de 2010 « *nécessite une appropriation des règles du jeu et méthodes du*

²² Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Disponible sur www.legifrance.fr.

²³ Fiches pratiques du droit de la santé, édition Tissot, février 2006 (fiche 12/200)

dialogue social pour les salariés et les représentants syndicaux comme pour les directeurs d'établissement, les chefs de pôles et toute la chaîne hiérarchique »²⁴.

Ces règles et méthodes concernent les différents modes de dialogue que sont l'information, la consultation, la concertation et plus particulièrement la négociation. Ces différentes formes de dialogue social ont chacune leur intérêt en fonction de la situation à traiter.

L'information est du niveau du partage de connaissances, la consultation est un recueil d'avis, d'opinion, de sentiments, d'intentions afin d'envisager une prise de décision. Dans le cadre de l'entreprise, elle est déclenchée par l'employeur. La concertation est une recherche d'accord (co-construction) entre personnes pour un même but. Elle est également déclenchée par l'employeur.

La négociation quant à elle, peut être déclenchée par l'employeur ou les représentants du personnel. Il s'agit d'une confrontation afin de parvenir à un compromis sous forme de décision, d'accord (co-construction ayant une valeur juridique). Elle peut avoir un aspect préventif ou une fonction curative post conflictuelle. Pour Jean Paul Guillot et Dominique Anne Michel²⁵, ces notions correspondent à des moments, des besoins différents du dialogue. C'est cette forme de dialogue qui est reconnue comme insuffisamment utilisée par Danielle Toupillier et Michel Yahiel dans leur rapport sur la modernisation des ressources humaines²⁶. *«Les insuffisances du dialogue social sont régulièrement soulignées car il se limite à l'information, la consultation et la concertation* ».

La négociation est pour Jean Paul Guillot et Dominique Anne Michel, une coproduction. Jean Kaspar²⁷ développe également cette idée en évoquant une *« co-construction ayant une valeur juridique* ». Pour Jean Kaspar, le dialogue social est ainsi un processus au cours duquel la densité des différentes phases (information et communication, consultation, concertation, négociation, évaluation et ajustement) fait sa richesse et son efficacité.

Il n'existe toutefois pas à ce jour dans le secteur public de thèmes devant faire l'objet d'une négociation régulière obligatoire. Une concertation nationale est engagée pour différencier les thématiques de négociation qui pourront relever du niveau local.

Les stratégies d'opposition, de confrontation, de conflit sont au cœur de l'histoire des relations sociales en France. Les conflits concernent potentiellement toutes les organisations. Ils sont, dans leur acception négative, le résultat d'un manque de communication, de coordination, de collaboration où des situations négatives (réelles ou

²⁴ GUILLOT JP, MICHEL DA. Avril 2011, « Faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière », éditions de l'atelier (page 57)

²⁵ Ibidem. (page 63)

²⁶ TOUPILLIER D, YAHIEL M, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 24 janvier 2011

²⁷ KASPAR J, « Le pilotage du dialogue social » contenu d'un séminaire animé en 2011

imaginaires) provoquent un rapport de force latent ou exprimé. Le risque de conflit est inhérent à tout système d'organisation. Il s'agira de gérer ce risque par la régulation sociale, le dialogue social, l'information et la communication.

Pour Christine Benoit, affirmant le lien entre dialogue social et management, le conflit social est « *le reflet de la difficulté du dialogue social et du mode de management* »²⁸. Pour d'autres auteurs, les conflits sont moteurs de changement ; Pour Karl Marx, les conflits sociaux sont à l'origine exclusive du changement social. L'histoire des sociétés est confondue avec celle de la lutte des classes. Mais l'histoire et son observation conduisent au constat d'une réalité plus complexe, le conflit ne devant pas être l'unique moteur potentiel de changement.

Plus modéré en effet, Gérard Adam et Jean Daniel Reynaud²⁹ établissent que le conflit est la poursuite de la négociation par d'autres moyens, la négociation servant à régler le conflit. Ils voient également dans le conflit un processus rationnel de changement social. De la même manière Georg Simmel³⁰ affirme que le conflit est intégrateur, participe à la socialisation et au renforcement du lien social.

Le pacte de confiance considère que le conflit social ne doit pas systématiquement être perçu comme résultante d'une absence de dialogue. De même certaines négociations peuvent ne pas aboutir. « *Les conflits, l'impossibilité de pouvoir passer certains accords malgré des négociations sérieuses, sont aussi partie intégrante du dialogue social sans pour autant que les ponts soient coupés entre les parties. L'enjeu de relations sociales stabilisées est de pouvoir avant, pendant et après le conflit, maintenir le dialogue et poser les jalons d'autres modalités d'accords ultérieurs.* »³¹

Le dialogue social ne se limite pas à des relations sociales et doit avoir pour but d'améliorer les conditions de travail. Les conditions de travail concernent la sécurité et la santé au travail ainsi que le climat de travail. Le code du travail donne obligation à l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs, d'évaluer et de prévenir les risques professionnels. Le dialogue social est un élément de cette politique.

L'enjeu est d'établir un climat de confiance, de comprendre que le climat social dépend autant de la qualité des organisations que de la qualité des relations, ce que met en avant l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Les managers sont directement impliqués dans la qualité de ce dialogue et doivent pour cela disposer de prérogatives définies dans ce domaine et à leurs différents niveaux d'intervention

²⁸ BENOIT C, novembre 2012, « Manager un établissement de santé - la logistique au service de l'humain », Gereso édition. Coll guides pratiques (page 134)

²⁹ ADAM G, REYNAUD JD, 1978, « Conflit du travail et changement social ». Paris. PUF.

³⁰ SIMMEL G, 1995, « Le conflit ». Circé/poche.

³¹ TOUPILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013 (page 19)

(délégation sur le dialogue au quotidien, dans les instances, capacité de négociation). Pour l'ANACT, la dégradation du climat social est un facteur de risque psychosocial et de souffrance au travail. Le dialogue social ne se résume pas aux relations entre direction et représentants du personnel mais comprend l'ensemble des relations dans l'entreprise et la participation des salariés à la vie de l'entreprise. Le dialogue social est un enjeu de performance et d'efficacité pour une entreprise. Là encore le directeur de soins, acteur de la performance managériale et de la performance dans la qualité et la sécurité des soins est concerné.

JN Souron et JD Dewitte³² affirment que le climat³³ va ainsi influencer les conduites de défiance ou d'engagement des professionnels. Les constituants du climat sont décrits par ces auteurs comme les caractéristiques suivantes : degré d'autonomie, système de mobilisation, environnement physique immédiat. L'influence de ces paramètres sur la conduite des professionnels est reconnue ainsi que sur le stress au travail, les délinquances organisationnelles, l'absentéisme, l'indice de satisfaction au travail, la sécurité.

Le dialogue social apparaît comme élément de « *mobilisation des acteurs pour garantir un environnement professionnel favorable* » dans la circulaire du 27 avril 2007³⁴ relative à la préservation de la qualité de vie au travail dans les services de l'administration sanitaire et sociale. Elle préconise un dialogue social « de qualité » et mené dans le respect de la réglementation en vigueur en matière d'instances.

Le plan santé au travail 2010-2014³⁵ concerne la politique sociale au travail et intéresse les chefs d'entreprise, cadres dirigeants, salariés ainsi que les institutions représentatives du personnel. Il prévoit d'améliorer le rôle des institutions Représentatives du Personnel (IRP) en intervenant notamment sur les modalités de fonctionnement, d'expertise des CHSCT. Il prévoit la consolidation des formations des membres des CHSCT et délégués du personnel ainsi que des actions de communication sur les missions des CHSCT et des délégués du personnel en matière de santé et sécurité au travail.

Le dialogue social, à la fois obligatoire dans le cadre du respect des droits des salariés et indispensable dans une optique de performance sociale, recouvre une pluralité d'activités,

³² SOURON JN, DEWITTE JD, 2004, « Dégradation du climat de travail, utilité d'une intervention conjointe médecin du travail-psychologue du travail », Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, Masson, Paris, vol 65, pages 1 à 8

³³ Le climat de travail est défini par JN Souron et JD Dewitte comme « *un construit collectif global qui décrit ce que les professionnels d'une organisation donnée perçoivent de la qualité de ce qu'ils vivent ensemble, réellement, au travail. Cette perception de la façon dont ils se sentent traités ou considérés (pouvant s'échelonner sur un continuum où, à une extrémité, ils sont exploités et abusés et, à l'autre, valorisés et développés), va leur servir de cadre de pensée référentiel pour interpréter les demandes du milieu de travail et choisir les comportements à adopter en réponse* ».

³⁴ Circulaire DAGPB/SRH2D n°2007-178 du 27 avril 2007 relative à la préservation de la qualité de vie au travail dans les services de l'administration sanitaire et sociale

³⁵ Plan santé et sécurité au travail 2010-2014, ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, direction générale du travail

menées par de multiples acteurs en interrelations. Ces activités recouvrent des champs de compétences et de responsabilités à la fois spécifiques mais également relevant du projet managérial et des modes managériaux de l'établissement.

1.3. Management et dialogue social

Le directeur des soins, les cadres supérieurs et cadres de santé, cadres responsables de pôles d'activités sont des managers concernés plus ou moins directement et différemment par le dialogue social. Non seulement ces managers ont un rôle de représentation sociale de par leur fonction mais leur management a fondamentalement une fonction sociale. Ils font du dialogue social parfois sans le savoir mais ils doivent aussi en faire consciemment en managant de manière adaptée. Dans ce cadre, le directeur des soins a une responsabilité propre ainsi qu'une responsabilité intermédiaire vis-à-vis des cadres de santé. Parler de management et de dialogue social c'est aborder les liens avec le management participatif et l'éthique managériale.

Christine Benoit décrit le lien entre le management et la qualité des relations³⁶ : *« La qualité de la relation passe par la volonté réelle de communiquer c'est-à-dire d'écouter l'autre, de respecter son opinion et d'échanger sur la base d'une relation gagnant-gagnant. Les interlocuteurs ont la sensation d'un dialogue réussi lorsqu'il est basé sur des échanges respectueux, justes, équilibrés et empathiques. C'est une des fonctions du management de veiller à la qualité de la communication qui permet à l'organisation de fonctionner »*. Il s'agit pour le manager, d'écouter les revendications, d'encourager ses interlocuteurs à s'exprimer, d'avoir une attitude ouverte et empathique, de reformuler. *« En premier lieu, le manager doit prendre du recul sur ses propres comportements, sa manière de communiquer et de diriger son équipe car son management induit les comportements des personnes de son équipe »*.

Gérard Taponat décrit une place centrale du manager de proximité dans le système du dialogue social et fait référence à la corrélation démontrée entre l'impact managérial de proximité et le sentiment de sécurité chez les salariés. *« La première médiation sociale, la première représentation sociale pour tout salarié est celle du manager : avant même celle du délégué du personnel, du délégué syndical. Le premier délégué de son personnel dans l'entreprise reste le manager ! C'est le manager qui assume toutes les fonctions d'information, de transmission, de sanction (certes), mais également de protection des salariés, fonctions pour lesquelles il reçoit une délégation explicite de l'employeur »*³⁷. Le management intermédiaire joue ainsi un rôle stratégique et fondamental. Il « traduit » et développe la capacité de « digestion » de « garde fou », d'encaissement de la

³⁶ BENOIT C, novembre 2012, « Manager un établissement de santé - la logistique au service de l'humain », Gereso édition. Coll. guides pratiques (page 130)

³⁷ TAPONAT G, 2013, « RH et relations sociales, agir avec les représentants du personnel ». Studyrama collection Focus RH (page 40)

communication pouvant affecter le corps social. Il y a transmission, communication pédagogique. Il faut ainsi une formation et un accompagnement stratégique du management intermédiaire.

D'après Alain Thomas, « *Les managers opérationnels sont le plus souvent mal préparés à l'exercice de fonctions de représentation sociale et n'abordent cet exercice qu'avec réticence* »³⁸. Les managers contribuent à l'animation du dialogue social. Ils doivent accepter de consacrer du temps à ce volet de leurs fonctions³⁹. Les managers doivent ainsi prendre conscience de leur responsabilité de représentation sociale, de leur devoir de loyauté vis-à-vis de la direction, leur participation à la gestion des ressources humaines et sociales.

Le rôle social du manager va s'exercer à la fois dans le cadre des instances, des temps de négociation formelle, des interrelations informelles.

Le directeur des soins est un acteur central de la performance en termes de qualité et de sécurité des soins dans un établissement, ainsi qu'en termes de relations sociales. Pour Jean Kaspar « *la question sociale devient une question stratégique au même titre que la question technique. La question sociale n'est pas une conséquence, c'est un élément de l'efficacité de l'entreprise* ».

Corine.Renault⁴⁰ encourage à appréhender management et dialogue social à partir d'un « *outil de pilotage social adapté aux situations humaines et organisationnelles locales ... Une perspective sociale, portée par le dialogue social, est orientée sur la prise en compte des contraintes et des risques que les modes d'organisation modernes font courir aux professionnels. Une perspective managériale insiste sur les besoins d'adaptation des ressources humaines hospitalières pour bâtir l'hôpital de demain* ». Il s'agirait ainsi d'envisager une approche de management des ressources humaines sur la base d'un outil de gestion sociale.

Le modèle de relations humaines liées à la performance, concerne pour William D'hoore et Sabine Stordeur⁴¹, le climat social, le moral au travail, la conflictualité, le niveau de cohésion des membres des équipes et des collectifs au sein de l'établissement. C'est dans ce cadre qu'intervient la performance sociale du management du directeur des soins.

³⁸ THOMAS A, 2011, « La conduite des relations sociales ». Paris : Publibook (page 69)

³⁹ Les conditions et aptitudes nécessaires à cette contribution sont décrites par Alain Thomas comme étant ; le respect des dispositions légales, la maîtrise du fonctionnement des instances, la connaissance de la place respective des élus et des représentants syndicaux dans leurs champs de compétences, des qualités relationnelles permettant de considérer le fait syndical, d'accepter le dialogue avec les syndicalistes et les élus, de tenir compte de la psychologie des syndicalistes, de prendre en compte les situations individuelles comme collectives, la maîtrise de soi, l'attention constante portée au discours syndical.

⁴⁰ RENAULT C, décembre 2012, « Penser l'humain : facteur clé pour réussir le changement organisationnel », Les cahiers hospitaliers n°295. p 21 à 24.

⁴¹ STORDEUR S, D'HOORE W, 2009, « Attractivité, fidélisation et qualité des soins. 3 défis, une réponse ». Éditions Lamarre

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'avril 2012⁴² intitulé « *Management et efficacité hospitalière, une évaluation des déterminants* » propose une approche « *management à la confiance* » et une « *gestion dialoguée des ressources humaines* », comme préalables à l'efficacité hospitalière. Il fait référence au modèle des « *magnets hôpitaux* » et soutient que l'établissement a intérêt à s'investir dans la qualité de vie au travail ainsi que le management par projets.

Concevoir les relations entre management et rapports sociaux est la base du dialogue social. Les conflits sociaux sont le plus souvent l'aboutissement d'erreurs de management et les relations sociales ne sauraient se concevoir sans des techniques managériales. Toutefois, pour Hubert Landier et Daniel Labbé⁴³ « *Les rapports sociaux ne sauraient être réduits à des techniques de management. Et l'affirmation que la mise en œuvre des meilleures techniques de management serait la garantie absolue de relations sociales qui soient bonnes, c'est-à-dire favorables à ceux qui détiennent le pouvoir dans l'entreprise, relève de l'illusion* ». Il faut tenir compte de la vision spécifique des représentants du personnel ; « *C'est oublier que ceux-ci (représentants du personnel) agissent en fonction de la situation qu'ils perçoivent, non pas en fonction de la situation telle qu'elle a été voulue par la direction ou telle que celle-ci l'imagine* »⁴⁴ Pour Hubert Landier et Daniel Labbé, les erreurs dans la conduite des relations sociales sont le plus souvent les suivantes : manque d'écoute, d'information, de délégation, de cohérence entre les niveaux d'organisation.

Marc Hees part de la notion de « *conflictualité posturale* » intrinsèque dans la relation entre une organisation de travail et ses membres. En effet, le manager a tendance à considérer les personnes comme un moyen pour atteindre des objectifs tandis que les personnels considèrent leur travail comme des moyens de leur devenir. Il y a ainsi un conflit de nature structurelle incontournable. « *Refuser de percevoir cette conflictualité posturale revient à refuser de percevoir la dimension éthique de la relation manager managé* »⁴⁵. Il s'agit alors non pas de résoudre ce conflit mais de le reconnaître et de tenter de le vivre de la meilleure manière possible dans un management rendant au travail sa juste place. Notons que certains managers sont eux-mêmes affiliés à un syndicat et susceptibles d'une meilleure compréhension des synergies à trouver entre management et engagement, entre management et dialogue.

Le pacte de confiance fait appel à l'éthique du management pour appréhender le dialogue social sur un niveau correspondant aux objectifs stratégiques et aux organisations d'un

⁴² MOUNIER C, ACKER D, BENSADON AC, LEGRAND P, Rapport « *Management et efficacité hospitalière, une évaluation des déterminants* », avril 2012, IGAS

⁴³ LABBE D, LANDLER H, décembre 2002, « *Prévenir et gérer les conflits sociaux dans l'entreprise* ». Liaisons (page 21)

⁴⁴ LABBE D, LANDLER H, décembre 2002, « *Prévenir et gérer les conflits sociaux dans l'entreprise* ». Liaisons (page 19)

⁴⁵ HEES M, 2010, « *Le management à l'hôpital, science art, magie ?* » (2ème édition revue et augmentée de « *le management, science, art, magie ?* » paru en 2000) Seli arslan. (page 134)

établissement. Cette approche fait appel aux règles des missions de service public, à l'implication systématique des professionnels, aux responsabilités de tous vis-à-vis de l'emploi des ressources. Pour cela, une clarification des rôles et responsabilités de chacun est décrite comme indispensable ainsi qu'un principe de participation de tous dans une « *logique interactive entre base et sommet* »⁴⁶. Ainsi, l'annexe 7 du rapport de synthèse du groupe 2⁴⁷ du pacte de confiance reprend les valeurs devant être partagées⁴⁸ par les managers dans la perspective d'une éthique du management, élément moteur du dialogue. Le dialogue social est considéré comme élément constitutif de l'éthique managériale.

Il semble donc que des aptitudes relationnelles et managériales des managers soient indispensables à un dialogue social de qualité, et ce, à tous les niveaux d'encadrement. Management et rapports sociaux sont intimement liés. Les managers sont souvent réticents à l'exercice du dialogue social car ils le voient comme une confrontation plus que comme une activité d'animation, de management. Management et relations sociales sont indissociables. L'animation et la participation aux instances, la négociation, l'intermédiation avec le terrain, le management participatif et l'éthique managériale sont des facettes du rôle social et de la performance sociale des managers.

1.4. Relations sociales institutionnelles, rôles et stratégies des acteurs.

Définir le dialogue social, en extraire une typologie d'activités et faire le lien avec le management ne suffisent pas pour cerner la spécificité des modes relationnels, des interactions qui sont en jeu. L'individu est un être social c'est-à-dire relié aux autres. Les relations professionnelles sont des relations sociales marquées par les règles de l'organisation et les rôles de chacun dans le système mis en jeu. Nous nous appuyons sur le concept de relation développé par Gustave Nicolas Fischer et sur les liens qu'il établit avec le concept de stratégie des acteurs de Michel Crozier et Erhard Friedberg et les rites d'interaction d'Erving Goffman pour envisager une lecture du système de dialogue social sous un éclairage psychosociologique.

⁴⁶ TOUPILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, Rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013 (page 19)

⁴⁷ Ibidem - Annexe 7

⁴⁸ Les valeurs portées par les managers pour une éthique du management présentées dans l'annexe 7 du rapport final du groupe 2 du pacte de confiance sont les suivantes : respecter les valeurs du service public, donner du sens, être à l'écoute, garantir le respect de chacun, instaurer la confiance, assurer la responsabilité sociale de l'employeur, s'engager et organiser le dialogue social et garantir la mise en œuvre de la liberté syndicale, faciliter l'organisation des activités, de l'enseignement, la recherche, l'innovation et favoriser les initiatives, assurer la cohérence des missions et activités, favoriser la cohésion d'équipe, organiser le partage des savoirs, encourager le partage des expériences, faire confiance et assurer la confiance réciproque, promouvoir l'engagement individuel et collectif au service de l'intérêt général, s'inscrire dans la transversalité des activités pour les managers.

La psychologie sociale est un domaine des sciences humaines et sociales qui étudie les comportements individuels et collectifs. L'être humain est appréhendé en tant qu'être psychologique et social. Le concept de relation est central en psychologie sociale. La relation est un phénomène social, un processus dynamique inhérent à toute vie sociale.

La relation est ainsi décrite par GN Fischer, comme un processus, une dynamique permettant la vie sociale, le contraire d'un état. Elle comprend une distance sociale dépendant de la position sociale des différents individus. Une relation s'exprime par une interaction sur la base de positions sociales, des comportements, des mécanismes cognitifs tels que les préjugés et stéréotypes produits au cours des échanges.

GN Fisher retient trois formes de relations ; interpersonnelles, sociales, et institutionnelles. Les relations institutionnelles, menées dans le cadre d'une structure organisée, retiendront particulièrement notre attention pour traiter du sujet du dialogue social.

Une relation ne peut être réduite à une relation interpersonnelle et s'exprime dans un cadre social, une institution créant elle-même des modèles relationnels spécifiques. La relation institutionnelle est une relation en partie organisée, contrainte, non choisie et dépendante de la position sociale de l'individu dans l'organisation. Les relations institutionnelles sont de nature morcelées, stratégiques, conflictuelles, parfois dépersonnalisées ou déséquilibrées ;

Les relations institutionnelles sont morcelées car chacun occupe une place qui induit ou pas des relations avec tel ou tel autre individu membre de l'institution. Les fonctions et tâches assignées à chacun influencent l'existence ou non de relations. Ainsi tous les individus d'une institution ne sont pas en relation avec tous les autres.

Les relations institutionnelles sont conflictuelles ; « *Toute relation institutionnelle est par nature conflictuelle en ce sens qu'elle est établie sur la base de positions sociales différentes et d'attentes individuelles et collectives qui sont plus ou moins incompatibles entre elles* »⁴⁹.

Si les liens sociaux sont inégalitaires, ils engendrent des relations conflictuelles qui sont inhérentes au fonctionnement social et qui ne sont pas forcément négatives ou à éviter.

Les relations institutionnelles peuvent être des « *relations de fonction à fonction* » qui sont dépersonnalisées. Ce sont les fonctions qui sont mises en présence, qui sont en interaction. L'individu n'est pas pris en compte pour lui-même dans la relation.

Gustave Nicolas Fischer décrit également des « *relations d'activités* » qui peuvent être de nature déséquilibrée (supérieur et subordonné n'ont pas les mêmes ressources) ou de réciprocité (les influences sont bilatérales). Au cours de ces relations d'activité, les

⁴⁹ FISCHER G.N, mars 1999, « Le concept de relation en psychologie sociale », recherche en soins infirmiers n°56.

individus développent des jeux de pouvoir qui sont eux-mêmes des processus relationnels.

Dans l'approche stratégique développée par Michel Crozier et Erhard Friedberg⁵⁰ et à laquelle se réfère Gustave Nicolas Fischer, les relations sont des relations de pouvoir. Quatre sources de pouvoir sont décrites : la maîtrise d'une compétence, les relations avec l'environnement, la maîtrise de la communication et de l'information, la maîtrise des règles.

Le pouvoir est la possibilité pour certains individus ou groupes, d'agir sur d'autres individus ou groupes. Il n'est pas un attribut mais une relation d'échange, de négociation, un rapport de force. Le pouvoir est lié à la maîtrise de zones d'incertitudes. Le niveau de pouvoir dépend de l'ampleur de la zone d'incertitude contrôlée par l'acteur. Personne dans cette relation de pouvoir n'est totalement démunie face à l'autre.

Nous pouvons ainsi considérer le dialogue social comme une zone d'incertitude pour les dirigeants car soumise aux stratégies des représentants syndicaux. Le jeu va consister à « faire avec » cette zone où chaque décision peut être mise en question, où une question inattendue peut émerger du terrain, où les comportements vont parfois être jugés inappropriés, où les stratégies vont être multiples et non systématiquement affichées. Prendre le contrôle de paramètres de cette zone d'incertitude, c'est prendre du pouvoir sur ses partenaires du dialogue social.

Pour rejoindre Michel Crozier et Erhard Friedberg⁵¹, l'individu en interaction dans une relation institutionnelle est donc à la fois soumis à l'incertitude et acteur de sa stratégie malgré une liberté restreinte et une rationalité limitée. L'acteur agit dans un système d'action concret ; « *Ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux* »⁵². Ce système d'action est considéré comme une solution aux problèmes de l'action collective, de l'interdépendance, de la coopération et du conflit. Il s'agit d'un ensemble de parties interdépendantes (système) qui se définit par sa structuration et la nature des jeux qui s'y jouent. On pourrait transposer ici toute la facette officielle et formelle du dialogue social dans le cadre des instances représentatives du personnel. La liberté de l'acteur a ainsi ses limites et parmi les éléments de restriction de liberté, apparaît le rôle assigné à l'acteur.

Le concept de rôle développé par GN Fischer est intéressant à plus d'un titre dans notre lecture de la relation institutionnelle. Il comprend à la fois la notion de positionnement prescrit, attendu, et d'attitude individuelle non prescriptible. GN Fischer définit le rôle de la

⁵⁰ CROZIER M, FRIEDBERG E, 1992, « L'acteur et le système ». Seuil, point essais.

⁵¹ Ibidem

⁵² Ibidem (page 286).

manière suivante : « *Le rôle désigne un type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales, en réponse à des attentes d'autrui dans un milieu donné* »⁵³. Le comportement de l'individu est ainsi adapté socialement et ne répond plus à des caractéristiques uniquement individuelles mais la relation reste tout de même jouée par chacun « à sa façon ». Plus la réponse à la norme est forte, plus ce comportement est prévisible. L'individu joue ce qui est attendu de lui dans la relation, son rôle social.

En psychologie sociale⁵⁴, la notion de rôle social est centrale. Il peut s'agir d'obligations réciproques (dans tout système social ceux qui occupent une position, ont certaines obligations à remplir et certaines attentes concernant les devoirs des autres envers eux), d'attentes communément partagées de conduite spécifiques de la position occupée, de comportements caractéristiques à un contexte, d'un comportement routinier lié à des connaissances et cognitions⁵⁵. Le rôle est un ensemble de conduites en adéquation avec un statut social. Le rôle est ainsi prescrit. L'attente des individus est que le rôle joué soit celui attendu, celui correspondant à la prescription liée au statut. Toutefois, le rôle comprend un aspect concret lié au respect des normes relationnelles attendues mais également un aspect plus théâtral lié à la notion de « jeu de rôle », à la conduite réelle de l'individu. C'est alors la personnalité de l'individu qui est mise en jeu, son identité, les interactions entre ses différents rôles sociaux, ses stratégies.

Ainsi les rites d'interaction développés par Erving Goffman et repris par Gustave Nicolas Fischer, sont les règles qui structurent la relation, l'interaction. Il s'agit d'un théâtre où chacun se met en scène, essaie de se montrer sous son meilleur jour, de sauver la face en présence d'autrui. Goffman évoque la « performance sociale » dans les rôles que nous jouons et qui nous identifient. Nous sommes les rôles que nous jouons.

Les auteurs d'ouvrages ou de publications sur les sujets dialogue social, climat social, conflit social et les personnes rencontrées lors d'entretiens exploratoires utilisent ainsi souvent un modèle métaphorique pour évoquer le dialogue social, celui de théâtre, de jeu d'acteur au sens propre.

Le sens de cette métaphore très usitée de jeu théâtral pourrait être que les rôles sont si distribués et le scénario si connu, prévisible, que les marges de manœuvre sont inexistantes. Sa fonction pourrait être de permettre aux professionnels de ne pas s'impliquer en tant qu'individu mais en tant qu'acteur affublé d'un rôle, en tant que

⁵³ FISCHER G.N, mars 1999, « Le concept de relation en psychologie sociale », recherche en soins infirmiers n°56

⁵⁴ Discipline des sciences humaines et sociales décrite comme « étude de la façon dont les gens se perçoivent, s'influencent et entrent en relation les uns avec les autres »⁵⁴ par Myers et Lamarche

⁵⁵ CERCLE A, SOMAT A, 2005, « Psychologie sociale », 2^{ème} édition. Paris, Dunod collection psycho sup (page 69)

personnage dans un scénario dépourvu de marge créative. On retrouve ici la dimension de la relation dépersonnalisée de fonction à fonction évoquée précédemment.

La description d'Alain Thomas⁵⁶ va dans le sens d'une théâtralité parfois excessive : « *Toute négociation à froid ou à chaud, constitue un affrontement. C'est aussi une scène sur laquelle chacun joue son rôle. Il est assez fréquent de constater qu'alors que les responsables syndicaux sont souvent dans le pathétique, la grandiloquence et l'exagération, autrement dit la théâtralité, observant au passage les réactions de leurs interlocuteurs, les représentants de la direction restent le plus souvent dans un discours policé, convenu et sans effet de composition (...) Il (le négociateur patronal) doit donc en toutes circonstances jauger le discours syndical, sa rhétorique, ses mots, les intonations ainsi que la gestuelle de ses interlocuteurs pour adapter son propre comportement* »

Il semble au regard de cette description, que les acteurs représentants syndicaux aient plus de marge d'action sur le scénario que la direction qui vient assister au spectacle sans pouvoir se permettre de participer de manière aussi expressive que ses partenaires. Est-ce vraiment le cas ?

Gérard Taponat⁵⁷ propose de considérer ce jeu de rôles comme un « *protocole relationnel* » inscrit dans les relations sociales et qui est à la fois cérémonial et mode opératoire. Il s'agit d'obtenir l'adhésion et la confiance de tous les acteurs dans les capacités symboliques et opérationnelles du protocole. Il pacifie les rapports, favorise la rencontre et non la confrontation, offre un terrain neutre, un espace de dialogue. Il n'est pas défini par la loi et n'est pas opposable mais s'il est absent ou dégradé, cela est considéré comme une atteinte au dialogue social.

Notre réflexion, éclairée par les concepts mobilisés nous permet de penser, dans une lecture psychosociale, que les acteurs du dialogue social, identifiés et influencés par leur position sociale institutionnelle se confrontent dans des relations morcelées, conflictuelles, déséquilibrées, dépersonnalisées où leur rôle social vient impacter leurs stratégies en réduisant *a priori* leurs marges de manœuvre. Le dialogue social est toutefois un système d'action concret où une zone d'incertitude reste source de pouvoir, malgré les contraintes que créent les rites d'interaction et rôles sociaux. Cette zone d'incertitude est une zone potentielle de créativité, de construction de relations allant plus loin qu'un scénario qui n'est qu'un leurre puisqu'il n'est écrit par personne. Les rôles sont certes pré-identifiés mais pas l'histoire.

⁵⁶ THOMAS A, 2011, « La conduite des relations sociales ». Paris : Publibook (page 105)

⁵⁷ TAPONAT G, 2013, « RH et relations sociales, agir avec les représentants du personnel ». Studyrama collection Focus RH (page 37)

2. Enquête de terrain

2.1 Méthodologie d'enquête

Pour travailler sur le dialogue social, sujet particulièrement relationnel et multifactoriel comme nous l'avons montré dans notre première partie, il nous a semblé adapté de rencontrer les acteurs concernés dans le cadre d'entretiens semi-directifs, tout en adaptant l'entretien au type d'interlocuteur.

Notre questionnement préalable puis les différentes thématiques ayant émergé de nos recherches bibliographiques et de nos entretiens exploratoires, ont constitué la structure de notre guide d'entretien⁵⁸.

Afin d'étudier cette thématique transversale et ne concernant ni prioritairement, ni uniquement la direction des soins, il nous semblait important de pouvoir l'aborder avec différents acteurs hospitaliers impliqués dans le dialogue social tout en ciblant le rôle du directeur des soins comme sujet central. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de pratiquer des entretiens semi-directifs auprès de directeurs d'établissements, directeurs adjoints, directeurs de soins (coordonnateurs ou non), directeurs adjoints chargés des ressources humaines ou attachés d'administration chargés des ressources humaines, cadres supérieurs de santé responsables de pôles d'activité, représentants du personnel, responsables syndicaux.

Un entretien semi-directif permet de recueillir des données qualitatives (à la fois factuelles et d'opinion) de la part d'un interlocuteur, à partir de thèmes prédéfinis dans un guide d'entretien mais dans un cadre ouvert, sans questions prédéfinies strictement. Cela permet d'adapter l'entretien à l'interviewé tout en s'assurant de balayer l'ensemble des thématiques préalablement choisies. Cela permet également une ouverture de l'échange, propice à d'autres apports que ceux pressentis et pouvant compléter favorablement l'étape de recherche théorique.

Afin de répondre à notre souhait de mise en lien avec le niveau de délégation aux pôles d'activité, il était indispensable d'enquêter sur plusieurs établissements en disposant de paramètres concernant ces délégations.

Après une phase d'entretiens exploratoires, nous avons pu travailler sur trois établissements différents dont un CHU et disposant de différents niveaux de maturité de la délégation vers les pôles d'activités. L'établissement A est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de 1600 lits où une réorganisation des pôles vient de s'opérer et où une restructuration importante est en cours (regroupement de deux sites) à la période de notre enquête. L'établissement B est un Centre Hospitalier (CH) de 600 lits où les pôles viennent également d'être revus (nombre réduit) et qui débute son processus de montée en puissance de la délégation de gestion. L'établissement C est un CH de 1800 lits qui a

⁵⁸ Guide d'entretien disponible en annexe

expérimenté l'organisation sur un modèle polaire et la délégation de gestion depuis 2003 et où la direction des soins s'est progressivement positionnée en appui aux pôles, en dehors de toute autorité hiérarchique ou fonctionnelle sur les personnels de ces structures.

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement permettant une reproduction écrite exhaustive de l'ensemble des propos. De chaque relevé d'entretien ont été extraits les idées développées et les verbatim associés, qui ont été classés selon une grille d'analyse primaire de recueil⁵⁹ Puis une grille d'analyse catégorielle a été alimentée par ces données extraites des entretiens. Chaque catégorie a ainsi fait l'objet d'une analyse au regard de notre cadre conceptuel afin d'en extraire une nouvelle approche du sujet nous permettant de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Nous sommes bien conscient des limites de ce travail de recherche qui fait appel à un échantillon réduit, qui aurait mérité d'être élargi. De même, les contextes des établissements étudiés n'ont pas fait l'objet d'une enquête approfondie pouvant permettre de croiser certains éléments complémentaires avec les données que nous avons pu recueillir. Certains biais sont également possibles tels que le fait que nous nous soyons présenté comme élève directeur des soins à nos interlocuteurs, et que nous ayons côtoyé certains professionnels rencontrés dans le cadre de nos stages.

De cette analyse, nous avons déduit des préconisations afin d'envisager une conclusion pragmatique à cette recherche professionnalisante. Ce travail doit ainsi nous permettre d'intégrer nos conclusions à notre future pratique du métier de directeur des soins.

Notre étude des entretiens menés nous amène à décrire le rôle central du directeur des soins dans les relations sociales et dans l'appui aux cadres de santé des pôles et unités dans ce domaine.

2.2 Un système de rencontres formelles et d'échanges informels cofacteurs du management participatif.

La définition donnée du dialogue social par les professionnels est marquée par la différence faite entre dialogue social formel lié aux instances et dialogue social informel, courant, associé aux relations interprofessionnelles et relations de dialogue entre partenaires sur les problématiques d'ordre social. Ces relations humaines sont mises en avant en termes de qualité des échanges interpersonnels. Le terme échange est en effet celui majoritairement employé pour définir le dialogue social. Lors des entretiens, nos

⁵⁹ Grille d'analyse primaire et grille d'analyse catégorielle, disponibles en annexe

interlocuteurs arrivent à englober dans le dialogue social l'ensemble des échanges interprofessionnels entre encadrement et agents de terrain, plus particulièrement la qualité de ces échanges, et plus largement le caractère participatif et éthique du management.

Cela rejoint l'avis des participants au groupe 2 du pacte de confiance qui considèrent que : « *Le dialogue social informel, au sens où son déploiement n'exige l'intervention d'aucune instance au plan juridique prend une importance toute particulière dans les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; Il Doit être encouragé, ne serait-ce qu'en raison de sa complémentarité avec les formes organisées du dialogue social* »⁶⁰

Seul un coordonnateur général des soins n'inclut pas les relations hors instances dans la définition du dialogue social et considère avoir des « *relations avec les représentants syndicaux* » sans « *faire* » de dialogue social. Il circonscrit le champ du dialogue social à celui dédié à la Direction Générale (DG) et la Direction des Ressources Humaines (DRH) vis-à-vis des organisations syndicales. Il évoque une relation gagnant/gagnant. « *En tant que directeur des soins je n'ai pas de dialogue social. Un dialogue ça veut dire que j'ai un échange construit, programmé et régulier avec les syndicats. Je n'ai pas régulièrement d'instance avec les syndicats. C'est la DRH qui a ça. Je n'ai pas de dialogue social construit comme ça. J'ai des relations avec des partenaires sociaux mais je n'ai pas de dialogue au sens institutionnel* » (DS1-A)

Le dialogue formel, règlementaire, est reconnu comme incontournable mais n'est pas présenté comme le meilleur moyen de dialoguer, d'échanger, ni par les dirigeants, ni par les représentants syndicaux. « *Quand c'est officiel il y a aussi un appareil de la direction. Elle ne va pas désavouer son encadrement. Ils ont des règles et c'est bien calibré cette histoire et ce n'est pas là qu'on va avoir énormément d'ouverture* » (RP3-A). En particulier le CTE est reconnu comme « *chambre d'enregistrement* » (CS). Le CHSCT reste reconnu comme outil de discussion et d'action à la fois par les professionnels et les représentants du personnel. Ces lieux de dialogue institutionnalisés sont également des lieux où chacun marque son territoire, affiche son rôle. « *Les instances c'est un moyen d'expression pour moi, plus qu'un moyen de dialogue... L'encadrement des procédures autour des instances ne permet pas un dialogue franc, direct. Il y a un jeu de rôle qu'il n'y a pas en dehors d'une instance* » (CS) Leur aspect obligatoire n'empêche pas de considérer les instances comme des outils managériaux majeurs pour les responsables « *Les instances sont des « obligations managériales » et pas seulement des obligations réglementaires. Ces sont les seuls lieux d'organisation du dialogue* » (DH-A).

⁶⁰ TOUPILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, Rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013 (page 30)

Le dialogue informel, constitué des échanges entre dirigeants, encadrement, professionnels et syndicalistes, est reconnu comme plus fructueux, plus constructif. C'est ce que confirment les représentants du personnel de l'établissement B rencontrés ; *« Le dialogue social c'est permettre l'expression de tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement. L'occasion de rencontrer le directeur et ses partenaires pour échanger sur les problèmes qu'on rencontre au quotidien »* (RP-B).

Toutefois, le dialogue direct des responsables avec les équipes peut être vu par les organisations syndicales comme un frein à l'action syndicale. Pour un directeur des soins soucieux de préserver les vertus du dialogue social et la vision spécifique apportée par les représentants syndicaux, c'est là que se situe la marge à maîtriser entre management participatif, coopératif et « présence abusive » auprès des équipes. C'est ce qu'exprime un représentant du personnel : *« Un agent n'a la vision que de son service. Il ne voit pas l'aspect collectif du sujet et c'est ça le danger. Qu'il y ait des groupes de travail, oui. La direction nous dit « c'est comme ça parce que on a vu les agents et ils sont d'accord ». Qu'est-ce que vous voulez qu'un syndicaliste fasse après ? Il rame. Il va retourner dans le service et leur dire attention... Ils ne voient que leur intérêt personnel. Je ne suis pas contre les agents mais je sais bien que c'est ça.... Il faut prendre l'avis des agents parce que c'est plus cohérent mais il ne faut pas qu'ils donnent un blanc sein à la direction »* (RP3-A).

Ainsi, les travaux du pacte de confiance et en particulier l'étape d'état des lieux, ont pu mettre en exergue les liens entre management et dialogue social. C'est ce dont témoigne Roland Ollivier ; *« En fait une des questions c'est le contenu du dialogue social au niveau local, ce qu'on y met. Avec probablement un distinguo qui est à opérer entre ce qui relève du dialogue social lui-même, c'est-à-dire la politique sociale de l'établissement et de ce qui relève d'une politique managériale ou du management participatif, sachant que la frontière est parfois ténue entre les deux »*.

L'aspect positif et fructueux du dialogue social est ouvertement reconnu. *« C'est nécessaire d'avoir de l'expression, de la représentation et jusqu'à de la conflictualité. Ça fait partie du jeu. On n'est pas directeur, on n'est pas directeur des soins, directeur d'établissement si on ne fait pas ce job là. Et les cadres doivent le comprendre aussi parce que parfois ils sont confrontés à cette dimension qu'ils n'ont pas forcément anticipée ou dont on ne leur a pas beaucoup parlé »* (N.Robin Sanchez) *« Ils ont parfois des bonnes questions les partenaires sociaux et c'est bien d'entendre et de travailler sur la qualité de vie, travailler sur les organisations, c'est aussi améliorer la prestation, c'est important »* (DS)

De plus, la responsabilité de la décision finale est reconnue par l'ensemble des types d'acteurs comme relevant de la direction. « *Ce qui est assez rapidement ressorti (dans les débats du groupe 2 du pacte de confiance), et c'est une évolution intéressante, c'est qu'il n'y a pratiquement pas de remise en cause du principe de décision* ». Ce principe de décision évoqué par Roland Ollivier est en effet bien confirmé par nos échanges avec les représentants syndicaux et avec les professionnels concernant tous les niveaux dont celui de la Direction des Soins ; « *C'est la personne qui tranche. Il y a une problématique ou une réorganisation, il y a les arguments des cadres et cadres sup, des syndicats s'ils ont été sollicités et à un moment donné. Sa mission c'est de trancher* » (RP3-A). Jean Kaspar envisage le processus de consultation comme étant au profit de l'enrichissement de la décision et en faveur de l'acceptabilité de cette dernière. Il considère la concertation comme un niveau où le décideur accepte que la solution de soit pas celle à laquelle il pensait.

Pourtant pour les directeurs d'établissement, directeurs adjoints dont les directeurs des soins, l'objectif du dialogue social est avant tout de « *faire passer des projets* », de ne pas les bloquer. L'ambivalence est présente dans les propos et concerne l'aspect réglementaire incontournable mais dont on aimerait pouvoir se passer (dans l'absolu) et l'aspect important et reconnu du dialogue, de la concertation, de la participation démocratique pour la réussite des projets. « *Je n'imagine pas un directeur ne s'occupant pas du tout de dialogue social. Le dialogue est un échange avec les représentants du personnel car leur rôle est de faire remonter les informations. Il s'agit de trouver un équilibre général qui permette les projets, les évolutions. Le risque c'est le blocage. Le dialogue social est un élément majeur pour faire avancer certains dossiers. Le maintenir est important* » (DH-B). Les cadres supérieurs de pôles sont également conscients du risque lié au blocage du dialogue. « *Les partenaires sociaux, ça peut être des freins terribles à la mise en place des projets. Les partenaires sociaux sont indispensables à l'équilibre d'un établissement.* » (CSS-C).

La notion de négociation dans son acception technique, méthodologique du terme n'est jamais évoquée par les professionnels que nous considérerons comme « non avertis » de la loi du 5 juillet 2010 parmi notre panel d'interlocuteurs. Les représentants syndicaux eux même n'y font pas spontanément référence. Lors d'un débat sur le dialogue social à l'hôpital organisé par un master de l'université de Rennes⁶¹ et où les intervenants étaient un directeur des soins inspecteur IGAS, deux DRH du secteur privé et public, deux Directeurs d'Hôpitaux (DH) privé et public, un chef de pôle du public, à aucun moment ni

⁶¹ Conférence : « La modernisation du dialogue social à l'hôpital, un défi à relever » organisée le 19 février 2013 par le Master en économie et gestion des établissements sanitaires et sociaux de l'université de Rennes 1.

la loi du 5 juillet 2010, ni la négociation locale n'ont été évoquées. Le chef de pôle montrant d'ailleurs une certaine confusion entre la notion d'information au patient et de dialogue social. La plupart des entretiens menés ainsi que cette conférence-débat ont pourtant eu lieu corrélativement aux travaux du pacte de confiance. Il semble donc que la culture liée au dialogue social et à son évolution historique récente ne fasse pas partie de l'actualité des professionnels de santé. Nous pouvons en déduire une possible absence de préparation des acteurs hospitaliers à une montée en puissance de la culture de la négociation locale.

La notion de climat social est sous entendue dans celle de qualité des relations, de l'ambiance générale, des relations avec les organisations syndicales. Elle n'est explicitement exprimée et développée que par un directeur et le coordonnateur général des soins du même établissement et par un directeur des ressources humaines rencontré en phase exploratoire. Les indicateurs de veille sont alors évoqués. *« Il faut écouter les signaux de dégradation du dialogue ; la tension, l'hostilité, l'agressivité. Si on le sent assez tôt c'est rattrapable. Il faut de l'anticipation »* (DH-B).

Le rôle des cadres de santé dans le dialogue social est évoqué par tous, décrit comme central et lié à leurs modes managériaux ainsi qu'à leurs marges de manoeuvre. C'est ce qu'exprime Roland Ollivier : *« Dans le dialogue social ce qui est important c'est l'association des équipes au processus de changement. Pour aller de A à B, quelle méthodologie on se donne et c'est là qu'on a toute une méthodologie de gestion de projet à développer à tous les niveaux, cadre sup de pôle, cadre de proximité. Le plus important étant de savoir quelle est leur marge de manoeuvre Le dialogue social c'est alors de permettre aux cadres d'avoir la latitude pour jouer un rôle de régulation au niveau de proximité »*.

Il semble important de définir à un niveau institutionnel ce qui relève du dialogue social, le champ spécifique reconnu dans l'établissement. Les dirigeants peuvent avoir le sentiment de « faire du dialogue social » là où les représentants du personnel y verront une activité hors de ce champ. Transmettre officiellement des informations concernant une organisation à venir à une équipe, est-ce du dialogue social ? Pour les uns oui, pour les autres non. C'est à ce niveau par exemple que le champ serait intéressant à convenir ensemble et en fonction de l'établissement.

La direction des soins pourrait envisager, en collaboration avec les autres directions fonctionnelles, en particulier la DRH et avec la direction d'établissement, de définir et réajuster régulièrement si nécessaire, son champ d'intervention dans le dialogue social.

Cela permettrait un affichage de ces missions parfois non valorisées et une définition claire des marges de manœuvre de chacun.

Mais cette part d'activité du directeur des soins doit-elle également rester en partie silencieuse pour être efficace ? Nous avons vu que le formalisme n'est pas la panacée pour donner le sentiment de dialoguer. Le dialogue informel peut-il tenir son rôle de régulation s'il est mis en lumière ? Il nous semble au regard des éléments de témoignage récoltés que le niveau d'officialisation de la place de chacun, dont le directeur des soins dans le dialogue social doit être réfléchi et choisi en fonction du type d'établissement, de sa culture, de son histoire, de ses acteurs. Cela doit s'inscrire dans un projet managérial et un projet social partagés.

Le dialogue social est ainsi défini par nos interlocuteurs comme des relations humaines d'échanges entre l'ensemble des niveaux professionnels, présentant un volet formel soupçonné d'être peu productif et un volet informel vu comme plus qualitatif en termes de relations et de résultats. Les directions et l'encadrement sont conscients de l'intérêt du dialogue social sous ces deux formats pour « faire avancer les projets ». Ni la négociation dans son acception technique, ni la veille sociale ne sont des sujets abordés spontanément par la majorité des professionnels rencontrés, qu'on les interroge sur leur définition du dialogue social ou dans le cadre de la suite des entretiens.

L'encadrement paramédical est cité par l'ensemble de nos interlocuteurs comme acteur majeur de la relation sociale informelle.

C'est le volet informel relevant de la zone de compétences et d'intervention du directeur des soins, qui mériterait d'être mis en évidence en le balisant. Cela permettrait de clarifier la part de dialogue social incluse dans sa pratique managériale tant directe que déléguée aux cadres et cadres supérieurs de santé. Cela ne peut se faire que dans une démarche globale des acteurs de l'établissement (projet managérial et projet social) et en tenant compte de la culture sociale et relationnelle de ce dernier.

2.3 Des relations déséquilibrées par nature où respect, recherche de légitimité, connaissance de l'autre, dosage du niveau de familiarité, sont omniprésents.

Les modes relationnels du dialogue social sont spécifiques, marqués par un déséquilibre intrinsèque qui engendre des tentatives constantes de rééquilibrage, dans un principe de confrontation à l'autre (même à minima), et dans un jeu de rôles préétablis dans lequel chacun accepte de s'impliquer plus ou moins fortement. Chaque acteur cherche à ce que sa légitimité soit reconnue, que sa place dans le jeu de rôles soit respectée.

La relation de dialogue social entre dirigeants, cadres, et représentants syndicaux est reconnue par la plupart des acteurs rencontrés comme une relation humaine d'échange spécifique. C'est ce qu'évoque le directeur des soins de l'établissement B : « *On n'échange pas avec un délégué syndical comme on échange avec n'importe quel agent de l'institution et en instance on ne réagit pas avec les organisations syndicales comme on réagit avec des représentants des usagers, des médecins, des élus* ».

Dans la notion d'échange, Gustave Nicolas Fischer voit une notion de réciprocité basée sur un mécanisme de transaction : donner et recevoir. « *L'échange est une transaction dans laquelle nous cherchons à obtenir la meilleure relation possible pour nous ; il apparaît comme une situation stratégique* »⁶². La relation doit ainsi être acceptable pour chaque individu impliqué dans l'échange, sans désagrément. Dans cette interaction, il s'opère un conflit entre le désir de coopération et celui d'exploitation. La fermeté flexible est le meilleur moyen de coopérer. « *...pour qu'un échange réussisse, il faut que les gens maintiennent leurs objectifs de façon ferme mais qu'ils montrent une souplesse pour y arriver* ».⁶³

De plus, cette relation est par nature déséquilibrée, asymétrique, sans qu'un partenaire soit particulièrement avantagé sur l'autre d'un point de vue global. La direction garde le pouvoir décisionnel mais ne dispose pas des mêmes possibilités d'expression dans la relation. On retrouve ainsi la notion de relation d'activité déséquilibrée de GN.Fischer. C'est également ce que développe Laetitia Laude⁶⁴ ; « *On parle d'égal à égal mais il reste toujours une asymétrie de liberté d'expression, de mode d'expression. La direction doit mettre l'affectivité à distance et ne pas être dans la symétrie des formes* » mais également, c'est ce que pensent les représentants du personnel. « *Partenaire (social) ça veut dire d'égal à égal et on n'est pas d'égal à égal quand on est directeur...on n'est pas un partenaire parce que c'est vous qui avez les billes, qui prenez les décisions. C'est un joli mot. Moi je suis toujours hiérarchiquement...je ne prends aucune décision. Tout ce que j'obtiens, c'est ce que la direction accepte* » (RP3-A)

Pour les professionnels rencontrés, cette relation est à engager sans à priori, dans un esprit d'ouverture et dans le respect de l'autre, de sa fonction, et du jeu qu'il va mettre en place. La considération de l'autre est reconnue comme gage de réussite dans ce rapport gagnant/gagnant. « *Si on commence à les dénigrer dans leur façon de faire, de fonctionner...la première vertu du dialogue social, c'est de considérer l'autre. On va pouvoir en stratégie mieux amener nos idées en travaillant dans un climat de confiance* » (CSS-C). Cela est confirmé par ce questionnement d'un représentant syndical ; « *Je me*

⁶² FISCHER GN, 1987, « Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale ». Paris, Dunod (page 43)

⁶³ Ibidem (page 50)

⁶⁴ L.LAUDE cours « Outils et méthodes de la régulation sociale collective » et cours « les situations tendues et difficiles ; analyse et stratégie d'action en situation de conflit » UE9 : « sociologie de l'hôpital et de l'action collective » - EHESP 2013

demande toujours ce qui intéresse une direction de soins. Comment elle nous considère ? Est-ce que vous nous prenez pour des gens qui râlent tout le temps, des nuls entre guillemets, des gens intéressants, des personnes là pour faire de la carte syndicale ? J'ai du mal à savoir si on me respecte. Je pense qu'on a le dialogue social qu'on mérite » (RP3-A). Les représentants syndicaux ont pour préoccupation certes leurs missions de représentants du personnel mais également d'être reconnus, considérés par les dirigeants de l'établissement, à la fois dans leur positionnement mais également dans leurs compétences

Considérer l'autre c'est d'abord lui reconnaître sa légitimité en tant qu'acteur du dialogue social et son utilité dans ce processus démocratique règlementaire mais également source de marges de manœuvre pour tous. C'est ce que confirme en entretien Nathalie Robin Sanchez ; *« Il faut expliquer la légitimité. On est dans le domaine des droits fondamentaux des salariés. On est dans la légitimité légale. Après il faut donner le crédit aux acteurs et aux instances de cette légitimité et de cette utilité. Ca peut paraître un peu banal mais je pense que c'est redonner la dimension à l'hôpital de ce que c'est qu'une organisation sociale... Il n'y a pas que les représentants du personnel qui sont légitimes. Les directions aussi sont légitimes sur ces fonctions »*

Les acteurs abordent la notion de connaissance de l'autre comme étant un élément important de la relation, un élément de sécurité, de confiance; connaissance de son fonctionnement dans la relation, de ses compétences, de ses stratégies ; *« Presque toutes les directions ont changé donc il n'y a pas une stabilité, une familiarité des uns avec les autres, une histoire qui a été construite, qui a été vécue ensemble, et donc des bases et des habitudes de fonctionnement qui donnent un peu de sécurité »* (DS2-A). Le caractère de proximité est reconnu comme porteur d'une relation plus compréhensive et globalement moins conflictuelle à priori. La notion de temporalité est décrite par certains comme importante à prendre en compte, les dirigeants étant de passage et les représentants syndicaux plus installés (en fonction toutefois des résultats des élections). Les évocations concernant la qualité, les modes relationnels font le plus souvent référence aux cadres de santé qui semblent des acteurs centraux de relation de proximité avec les représentants syndicaux.

Toutefois, l'existence potentielle d'une forme de crainte vis-à-vis des délégués syndicaux fait partie des sujets de témoignages à la fois de cadres, cadres supérieurs; *« Quand on démarre cadre de proximité, les partenaires sociaux, c'est une peur. Il faut être honnête. Je vois des cadres qui au bout de 10 ans ont encore peur. Moi je suis plus à dédramatiser avec eux »* (CSS-C) et également des représentants syndicaux ; *« La seule chose dont on a du mal à se débarrasser c'est cette sorte de méfiance à notre égard. Les gens ont du mal à nous voir seulement comme CHSCT et notre étiquette syndicale prend le dessus. On nous voit comme des idéologiques empêcheurs de tourner en rond. Notre*

attachement syndical parasite nos missions CHSCT » (RP-B). Cela est également confirmé par un directeur général adjoint « *Je leur disais "Arrêtez, vous faites peur à l'encadrement". Il faut partir du principe du respect mutuel. Je dis souvent aux syndicats que les cadres sont des salariés comme les autres* » (DH-A). L'expérience est alors reconnue comme étant la meilleure manière de se former et de voir disparaître cette frilosité à la relation chez un cadre de santé.

En contradiction à cela, la relation qui devient trop coopérante peut-être malvenue, inadaptée. Les syndicats ne fonctionnent correctement qu'avec une certaine dose d'adversité à laquelle il faut laisser un champ d'expression. Proposer une coopération trop soutenue va à l'encontre de leur culture et les fragilise, suggère la manipulation. Il s'agit de garder la juste distance permettant les marges de manœuvre de chacun ; « *Il faut trouver le juste milieu et c'est ça qui n'est pas simple. On ne peut pas être familier avec eux parce qu'après ils ont l'impression qu'ils ne peuvent plus défendre les équipes et qu'on les achète pour que notre projet marche.* » (CSS-B). Les représentants syndicaux peuvent être également mis en difficulté par opposition entre leurs convictions et les demandes du personnel ; « *On est parfois en porte à faux entre la réglementation sur la sécurité et l'hygiène et ce que souhaite le personnel* » (RP-B).

La relation peut également parfois devenir conflictuelle à divers niveaux. Les dirigeants s'accordent pour reconnaître le danger de la rupture du dialogue ainsi que le caractère non constructif des conflits majeurs ; « *Il faut sentir venir les points de blocage. Il faut revenir au dialogue après le blocage. Une rupture ce n'est bon pour personne. Les syndicats sont dans le même état d'esprit et savent que cela n'est pas bon* » (DH-B). Toutefois, de la même manière que les auteurs de notre étape théorique de recherche, les acteurs du dialogue social reconnaissent les vertus que peut avoir un conflit lorsqu'il est géré et qu'on en sort ensuite intelligemment. Roland Ollivier évoque alors le « *compromis fondateur* » permettant de sortir positivement d'un conflit.

Les attaques, parfois virulentes et publiques, venant toujours des syndicats, sont reconnues par tous, y compris ces derniers, comme ne s'adressant pas aux personnes mais à leur fonction, ce qu'elles représentent ; « *Moi j'ai rien contre le directeur des soins, contre la personne. Je peux être méchant sur un courrier en disant le directeur des soins ceci-cela mais avec tout le respect que je lui dois. A côté de ça c'est une personne comme une autre. Pour moi je n'ai aucune animosité contre elle. On n'est pas d'accord sur une thématique, on n'est pas d'accord. C'est pas la personne. Elle a sa mission comme moi j'ai la mienne* » (RP2-A). C'est d'ailleurs ce qu'a bien compris un directeur adjoint rencontré ; « *Quand on est attaqué, c'est pas nous, c'est la fonction, ce qu'on représente. Il faut savoir se protéger* » (DH-A). Les délégués syndicaux témoignent par

ailleurs d'un respect de principe pour leur direction. On retrouve ici le caractère impersonnel (de fonction à fonction) de la relation décrite par Gustave Nicolas Fischer.

La métaphore théâtrale, de jeu d'acteur avec un rôle tenu par chacun, semble utilisée le plus souvent pour expliquer les paramètres non ajustables de la relation. Les rôles sont prédéfinis, immuables, on est en représentation. La scène du dialogue social est en effet ce que les syndicats vont pouvoir montrer de leur action, de leurs positionnements, à leurs électeurs, membres du personnel. Tout le scénario va tourner autour des tentatives de rééquilibrage des pouvoirs. Le risque étant de confondre la personne avec son personnage et de la stigmatiser, ce qui est également un point d'attention pour Roland Ollivier : « *Une des difficultés c'est se départir de ses préjugés, ne pas cataloguer la partie avec laquelle on va négocier. Chacun pose ses stéréotypes et en plus il y a des jeux de rôles. Jusqu'où on théâtralise et qu'est-ce qu'on met en scène ? Le CTE est un théâtre, une instance de représentation* »

Pour cela, des stratégies vont être mises en œuvre, à la fois par les directions et par les syndicats. La stratégie des dirigeants est plutôt basée, d'après les témoignages reçus, sur la marge donnée à la concertation, la part possible de modification des projets, les modalités plus ou moins directives de prises de décision. Celle des syndicats est centrée sur les modes et niveaux d'intervention, de participation, d'implication, de contestation, de conflictualité, les modes de communication. Elle peut être également plus ou moins induite par des directives des centrales syndicales au niveau national.

La particularité des stratégies développées par les syndicats est que ces dernières sont menées en compétition entre syndicats. En effet, lorsque plusieurs syndicats sont représentatifs dans un établissement et qu'ils participent aux instances et au dialogue moins formel, chacun va chercher à se positionner non seulement vis-à-vis de la direction mais également et parfois prioritairement vis-à-vis des autres syndicats. Le clientélisme et les jeux de pouvoir liés au système électoral sont des paramètres non négligeables des jeux d'acteurs engagés. « *Quand je suis en tête à tête (avec la direction) je peux dire ce que je pense. C'est plus enrichissant parce qu'on peut se parler franchement, se dire des choses. Il y a des choses qu'on ne se dira pas en groupe. On ne dit pas les mêmes choses, on ne va pas au bout quand on est avec plusieurs syndicats. Il y a des débats qui doivent rester dans la confidentialité* » (RP2-A)

Le rôle direct du directeur des soins va s'exercer dans le cadre de ses relations aux autres acteurs du dialogue. La qualité de ces relations sera avant tout basée sur la connaissance de l'autre, son respect, la reconnaissance de sa légitimité. Un des préalables est de s'intéresser aux représentants du personnel, leur parcours, leurs

motivations, leurs modes relationnels. Le directeur des soins doit garder à l'esprit un certain nombre de notions spécifiques de ces relations professionnelles formelles et informelles d'ordre social que sont le fait que la relation est déséquilibrée par nature et que tout le jeu pour les partenaires sociaux, va consister à rétablir un certain équilibre, que cette recherche d'équilibre est indispensable à la réussite des projets. Il doit savoir que son positionnement de décideur est respecté mais que des jeux d'acteurs vont se mettre en place sans que le scénario ne soit toujours centré sur le sujet de fond mais plutôt sur des questions de compétition entre syndicats ou de jeux de positionnements individuels. Il ne doit pas perdre de vue que toute interpellation lui étant adressée concerne sa fonction, son rôle dans le système mais ne le concerne par en tant que personne.

Ce rôle direct dans le dialogue social doit être complété d'un rôle indirect autour de la place accordée, de la délégation, à l'encadrement de proximité et de pôle. En effet, lorsque les relations sont évoquées, les cadres et cadres supérieurs de santé sont systématiquement cités par les représentants syndicaux. La relation de proximité semble valorisée à la fois par ces derniers mais également par les cadres supérieurs de santé rencontrés, avec une réserve toutefois concernant l'existence chez certains cadres d'une crainte vis-à-vis des syndicats. Le directeur des soins doit donc s'intéresser tout particulièrement aux compétences relationnelles de l'encadrement paramédical et à une certaine démystification de la relation avec les représentants syndicaux.

La question des compétences est d'ailleurs une préoccupation partagée par tous, que ce soit pour soi même ou vis-à-vis de ses interlocuteurs dans le dialogue.

2.4 Une préoccupation partagée par tous les acteurs ; la compétence dans le dialogue social.

Le souci de la compétence est partagé par tous les acteurs, qu'ils soient représentants syndicaux ou managers. Voilà en effet par exemple ce que dit un représentant syndical : *« Un syndicaliste il doit être bon oralement, savoir écrire, connaître le statut de la fonction publique quasiment par cœur, connaître la maladie ...on part pas mal en formation quand même. On me demande quasiment d'être aussi bon qu'un directeur. Quand je dis ça à la fédération, ils disent « oui mais tu es un syndicaliste, tu n'es pas obligé... de tout connaître. S'ils présentent un budget il faut avoir les éléments clés » C'est vrai mais moi j'attache beaucoup d'importance à la maîtrise des sujets. Si on veut être reconnu par la direction, il faut une maîtrise des sujets. Moi je le vois comme ça le syndicalisme. »* (RP3-A)

Ainsi la compétence est au cœur de la question de légitimité des acteurs, qu'ils soient syndicalistes ou dirigeants.

Hormis les représentants syndicaux qui s'estiment soit suffisamment formés, soit ayant la possibilité de se former ou de s'informer facilement auprès de leur centrale, et hormis un coordonnateur général des soins ne se sentant pas directement impliqué dans le dialogue social mais plutôt dans des relations avec les représentants syndicaux, tous les autres acteurs pensent être insuffisamment formés pour le dialogue social. La montée en puissance de la compétence dans ce domaine est un souhait de l'ensemble de ces professionnels.

La question des compétences dans le cadre du dialogue social est marquée par un stéréotype concernant la formation syndicale. En effet, les professionnels sont globalement intrigués par le contenu de formation des représentants syndicaux qui leur semble très stratégique. Ils voudraient pouvoir avoir accès à ce contenu. Ils semblent développer un mythe concernant le déséquilibre entre leurs niveaux de formation dans le domaine du dialogue social par rapport à celui des syndicats. De leur côté, les représentants syndicaux rencontrés ne cachent rien des thématiques de formation qui leur sont proposées et qui vont des aspects règlementaires liés au statut, aux instances à des formations en communication, prise de parole en public, élaboration de tract, responsabilité et secrétariat de section syndicale... Jean Kaspar évoque ainsi la nécessité de l'information et de la communication pour une connaissance partagée ; « *s'il n'y a pas de connaissance, il y a fantasme sur l'intention de l'autre* ».

Un paradoxe est également relevable sur le sujet des compétences et de la formation. En effet plusieurs acteurs professionnels évoquant le fait que les formations et compétences nécessaires sont tout d'abord celles correspondant au management, donc normalement acquises en grande partie par la formation de cadre ou de directeur des soins, pensent toutefois manquer de formation dans le domaine du dialogue social. Ainsi les compétences, qualités, aptitudes évoquées comprennent une part qui est reconnue comme commune à celles concernant le management « *Concernant les formations : il suffit de celles concernant l'animation de réunion, la négociation, comment présenter un projet, la programmation neurolinguistique...* » (DH-A) et une part spécifique liée au public concerné « *C'est ni plus ni moins que du management mais quelque part adapté à une population particulière* » (DS1-A). Les besoins de formation mis en avant viennent en effet d'un manque d'information sur les fonctionnements des syndicats, de leurs centrales, leur histoire, leurs tendances...

Il est également évoqué un besoin de connaissance, de compréhension des spécificités locales du dialogue social. Le coordonnateur général des soins de l'établissement B, très impliqué dans les relations avec les syndicats évoque ce sujet : « *Connaitre aussi localement ou régionalement ce qui se joue pour chacune d'entre elles (les organisations syndicales), ça permet de comprendre. Et puis comprendre localement s'il y a des enjeux personnels au sein des organisations syndicales* » (DS-B).

La montée en compétences est une nécessité partagée car la direction a besoin d'interlocuteurs performants, formés pour animer un dialogue social de qualité et les représentants syndicaux ont besoin d'interlocuteurs pouvant comprendre leurs enjeux et se mettant à leur écoute en respectant leur rôle. *« Le besoin qu'il y a c'est de professionnaliser le dialogue social, c'est-à-dire professionnaliser les acteurs... Je dis bien les représentants du personnel sous certains aspects mais aussi les membres de la direction, les managers, les cadres. Donc le Directeur des Soins doit trouver une place. Lui-même doit se considérer comme un de ces acteurs, il doit se former et comprendre, se sensibiliser. Il doit être une ressource, pas la seule, mais il doit se considérer comme une ressource dans l'institution à la fois pour le Directeur Général, le DRH et les salariés et les cadres sur ces thèmes là »* (N.Robin Sanchez).

Un directeur des soins performant dans le dialogue social est celui qui va adapter ses compétences et aptitudes d'ordre managérial à la spécificité de ses interlocuteurs, des relations mises en œuvre, des situations rencontrées, à la réglementation, à l'histoire locale. C'est un directeur des soins qui va se soucier de la compétence des cadres de santé de son établissement dans ce domaine, s'intéresser à leur niveau de culture syndicale. C'est également et avant tout celui qui va se considérer légitimement acteur du dialogue, ressource pour les autres acteurs.

Notamment, le directeur des soins est une ressource pour l'encadrement des pôles et la direction des ressources humaines sur la base de son expertise de terrain.

2.5 Une expertise dans le domaine des soins, une collaboration étroite avec la DRH et un appui essentiel du directeur des soins à l'encadrement paramédical

Le directeur des soins est reconnu comme acteur du dialogue social par l'ensemble de nos interlocuteurs sous réserve toutefois de la définition qu'ils en donnent et avec une exception de la part d'un représentant syndical ajoutant toutefois qu'il s'agit pour lui d'une question de personne. Lorsque la définition du dialogue social est élargie aux modes managériaux participatifs, éthiques et aux interrelations entre direction des soins, encadrement et agents relevant de la direction des soins, définition largement majoritaire, le directeur des soins est affirmé comme acteur à part entière du dialogue social institutionnel formel et informel. Un coordonnateur général des soins décrivant le champ du dialogue social comme axé sur les instances et comme prérogative plus spécifique de la direction générale et de la direction des ressources humaines, reconnaît toutefois gérer des relations fréquentes avec les représentants du personnel et tenir un rôle dans les instances.

Le rôle du directeur des soins sur la scène du dialogue social est fortement marqué par sa double identité paramédicale et directoriale. Elle est reconnue comme étant une richesse dans le cadre du dialogue social, parfois une fragilité. Ce deuxième aspect est évoqué en effet par certains directeurs des soins rencontrés comme point de sensibilité permettant parfois à leurs interlocuteurs d'en jouer. La richesse de la double appartenance est toutefois évoquée par tous, représentants syndicaux compris, comme une particularité appréciable car propice à la fois à l'expertise, la compréhension des problématiques de terrain et à la prise de décision. Les directeurs des soins sont conscients de cette double position, source de marge de manœuvre mais parfois difficile à gérer ; « *C'est une double identité qui fait notre richesse et notre faiblesse... une atypie, une originalité* » (DS2-C)

Dans les entretiens, de nombreux champs d'intervention sont reconnus au Directeur des Soins comme étant des sources de légitimité dans le cadre du dialogue social institutionnel ; le traitement des cas individuels des agents paramédicaux, l'organisation du travail, la qualité de vie et la sécurité au travail, les rythmes de travail, la charge de travail, l'absentéisme, la formation continue, la politique managériale, le management de l'encadrement paramédical, la coordination avec le champ médical...etc. De plus, la part importante de personnel paramédical dans un établissement est particulièrement relevée par nos interlocuteurs comme source de légitimité.

Ces champs de compétences sont partagés avec l'encadrement soignant avec un positionnement particulier du directeur des soins, en coordination sur l'ensemble des pôles, en retrait des situations de terrain, en acteur décisionnaire dans un certain nombre de situations. Sa double appartenance direction-expertise permet un positionnement particulier dont seul le directeur des soins peut créer l'équilibre en l'adaptant au contexte de l'établissement. « *Je pense qu'il faut avoir assez d'objectivité et d'intelligence pour garder en mémoire et en expertise un métier parce qu'on est les seuls à l'avoir dans une équipe de direction, mais suffisamment d'intelligence et de positionnement pour prendre le recul nécessaire pour ne pas se laisser déborder par cette compétence métier. De l'avoir et de s'en servir à bon escient pour appuyer des positionnements, des conseils dans le dialogue social* » (DS1-C).

La notion qui revient le plus souvent dans les propos tenus par les directeurs et cadres est celle d'expertise concernant les soins. Le directeur des soins est reconnu comme membre de la direction garant de la qualité et la sécurité des soins et compétent dans ce domaine. Sa connaissance des spécificités dans le domaine de la prise en charge des patients, les parcours de soins, les organisations de travail, les charges de travail et charges en soins, en font un interlocuteur complémentaire au directeur des ressources humaines et irremplaçable à ce titre aux yeux de l'ensemble des personnes interviewées. « *Je pense que le directeur des soins doit être présent parce qu'il a un œil expert et que l'organisation dans les secteurs cliniques et médicotechnique, ce n'est pas que théorique.*

A chaque fois que je n'ai pas pu être présente sur des questions relatives aux organisations de soins, à chaque fois il y a une réponse inadaptée qui a été donnée. Il faut être présent sur ces questions. Elles sont trop en lien avec la particularité des activités paramédicales » (DS-B)

Lorsque le rôle du directeur des soins est évoqué, il l'est avec cette notion, presque systématiquement évoquée, de différence de lecture, d'approche, par rapport à celle du directeur des ressources humaines. *« La direction des soins a un rôle d'alerte par rapport à la sécurité des soins. Si on a un directeur des soins qui dit amen à tout ce que la DRH va décider, le danger c'est qu'à un moment donné on ne soit plus en sécurité par rapport à la sécurité des soins » (CS)* Il est ainsi reconnu comme participant incontournable à la « fonction Ressources Humaines » de la direction de l'établissement en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines. *« On dit à la DRH il faut retirer x% de personnel. On dit la même chose à la Direction des Soins mais elle va le regarder avec un regard soignant, tenir compte de la charge de travail. C'est cette complémentarité qui est importante et cette écoute.... Quand il n'y a pas d'entente il y a des conséquences. C'est facile de faire un ratio. Autant de lits, autant d'infirmiers. C'est sur le papier...Après quel type de patient, quelle charge en soins, y a-t-il des lits de soins palliatifs...qui fait quoi dans le service, l'architecture ? Ça c'est de la compréhension et moi ce que j'attends de la direction des soins c'est qu'elle fasse passer cette compréhension à la DRH. C'est de cet enrichissement dont on a besoin » (CSS2-A).*

Les directions d'établissement placent le directeur des soins, en collaboration avec la direction des ressources humaines, comme filtre, comme bouclier leur permettant de ne pas être en première ligne pour régler des problématiques courantes. *« Le binôme DS-DRH a un rôle fondamental. Le DRH a un rôle de tampon dans le cadre du dialogue social vis-à-vis du DG. 99% des conflits devraient être réglés par le couple DS-DRH. C'est un contrefeu pour la DG. Le DG ne doit pas être trop pollué au quotidien par les tensions sociales. Le DS doit pouvoir passer des messages, il a des relations privilégiées avec les services de soins... des infos dans les deux sens » (DH-B)*

La collaboration entre Direction des Soins et Direction des Ressources humaines est évoquée systématiquement par les acteurs de ces deux directions qui développent soit l'idée de l'importance de la qualité de cette relation et du discours commun, soit regrettent un manque de collaboration suffisant. *« On travaille énormément ensemble et on n'a pas le même regard sur les choses. Parfois c'est un risque de conflit. Il faut bien gérer les choses. Il ne faut pas de dissension. S'il y a deux directions où on ne peut pas se permettre d'être en dissension c'est bien direction des soins et DRH » (DRH-A).* *« Il y a une entraide entre DRH et DS. Pour moi c'est naturel. C'est un fonctionnement de bon sens entre les deux directions. Il y a un impact de cette collaboration sur le dialogue social dans la stratégie par rapport aux situations » (DRH-B).* *« Si les directions fonctionnelles*

ne jouent pas le jeu de travailler ensemble, on voit que ça crée des zones de tension..... La DRH ne s'entoure pas toujours suffisamment de la compétence que la DS peut lui apporter dans la fonction RH. » (DS2-C). Cette collaboration est également confirmée comme importante par des représentants du personnel ; « Il y a une communication intéressante entre DRH et DS » (RP-B)

Outre son expertise, un autre marqueur du positionnement du directeur des soins dans le dialogue social est celui d'appui à l'encadrement supérieur et de proximité. Cette fonction est primordiale. Elle s'exerce dans ce cadre sur le dialogue social en filigrane de l'ensemble de ses autres missions d'appui ou de management de l'encadrement. Le niveau et les modes d'intervention auprès de l'encadrement, vont dépendre de l'organisation générale des missions de la direction des soins et des niveaux et modes de délégation vers les pôles d'activité. Les cadres de santé, qu'ils soient responsables de pôles ou cadres de proximité, apprécient d'avoir un interlocuteur ayant leur culture professionnelle au sein de la direction et leur servant d'appui. « Pour moi le DS est là en expert pour venir m'appuyer et il a aussi un niveau supérieur avec plus de distance qui lui permet d'avoir une vision moins dans l'affect.....Moi je les vois plus comme des experts et avec cette étiquette de neutralité vis-à-vis des sujets.C'est rassurant et l'expertise soins des DS nous aide aussi parce que je ne vais pas avoir le même dialogue avec le DRH..... On n'a pas du tout cette expertise chez le DRH » (CSS-C).

Quelle que soit la maturité des pôles d'activité, le directeur des soins est sollicité par l'encadrement lorsque ce dernier ne peut pas gérer de sa propre initiative une problématique le plus souvent apportée par les représentants du personnel à leur niveau, lorsque le sujet est d'un niveau supérieur à leur responsabilité, ou lorsqu'ils ont besoin de l'avis institutionnel sur une situation, une thématique transversale. « Le DS (Directeur des Soins) c'est plus une coordination.....Je vois le DS en lui demandant le positionnement institutionnel sur cette démarche. On a vraiment besoin du DS pour donner les directives institutionnelles....Il faut une coordination des pôles et passer par la DS c'est l'idéal. Je fais appel à la DS quand on a un questionnement ou un sujet de niveau institutionnel » (CSS-B)

Les syndicalistes voient le directeur des soins comme un interlocuteur compétent sur les problématiques individuelles et capable de prendre des décisions dans ce domaine. Ils le voient également comme expert des problématiques liées aux métiers paramédicaux. Ils distinguent son rôle en instance et hors instance. Ainsi la direction des soins est reconnue comme décisionnaire hors instance sur des sujets individuels ou organisationnels courants et comme participante non décisionnaire dans les instances où sont traités des sujets plus généraux. Un représentant syndical considérant que les directeurs des soins et cadres supérieurs de pôles sont « inutiles » dans le paysage hospitalier, reconnaît à sa

direction des soins ses capacités à traiter les problématiques individuelles et à tenir son rôle dans les instances.

Les Directeurs des ressources humaines rencontrés reconnaissent l'importance du directeur des soins dans le dialogue social en complémentarité avec leurs propres prérogatives dans ce domaine et dans un esprit de collaboration. Ils le positionnent plus particulièrement comme interface avec l'encadrement paramédical ; *« A un moment donné quand les projets doivent être mis en musique sur le terrain, c'est systématiquement orchestré à un moment ou à un autre par le cadre de proximité et le cadre sup. Donc l'info dont on dispose pour mettre les choses en musique de façon concrète est véhiculée, communiquée principalement par le directeur des soins. Donc le dialogue social pour moi pour le DS c'est la communication ascendante et descendante avec son encadrement. Après la DS a des relations avec les organisations syndicales sur des questions très individuelles »* (DRH-A).

La question se pose de la visibilité de sa participation au dialogue social. Cette dernière semble connue et reconnue de l'ensemble de nos interlocuteurs mais elle semble également une mission annexe, qu'il est plus intéressant, voire plus efficace d'exercer dans un cadre informel quasi quotidien que dans le cadre formel institutionnel où la direction générale et la direction des ressources humaines sont en première ligne. *« Même quand vous avez une activité quotidienne, ce n'est pas toujours visible par le chef d'établissement et il ne vous la reconnaît pas toujours. Les agents, les Représentants du Personnel, la Direction des Ressources Humaines vous la reconnaissent parce qu'ils peuvent venir vous trouver...si cette fonction est efficace, c'est parce qu'elle est dans la confiance et si elle est dans la confiance, c'est probablement qu'elle n'est pas dans le pouvoir. D'où l'invisibilité qui peut être utile »* (DS2-C).

Il semble intéressant de noter que même si la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques n'est pas reconnue officiellement comme instance de dialogue social, elle est citée par deux Directeurs des Ressources Humaines (DRH) comme une instance d'animation du dialogue social dans la mesure où des représentants du personnel élus y siègent et que cette instance participe de la démocratie dans l'établissement. Les directeurs des soins ne citent pas la CSIRMT comme outil du dialogue social dans l'établissement mais ceux de l'établissement C envisagent d'intégrer à la CSIRMT, des représentants syndicaux pour compléter la représentativité. Ces observations posent la question de la plénitude d'exercice du rôle et des responsabilités des représentants du personnel dans cette commission. Elles questionnent sur la place que peut prendre la CSIRMT dans la régulation du climat social.

Le rôle du directeur des soins dans le dialogue social est celui d'un régulateur constant des relations, des tensions. Il accompagne les cadres de santé dans cette mission. Il participe avec les cadres à la régulation du climat social. *« Il a un rôle de médiation, de*

démystification des projets, d'explication pour apaiser et prévenir les tensions. Il permet de faire le lien entre le positionnement des cadres et les réactions des syndicats. C'est une passerelle de mise en garde. Il explique pourquoi les syndicats peuvent réagir. Il explique aussi au cadre l'avis des représentants syndicaux. Il sert à dédramatiser, à renouer le dialogue » (DRH-B)

Les places des différents directeurs des soins rencontrés dans le dialogue social sont donc diverses et questionnent leur positionnement général dans l'établissement, notamment vis-à-vis des pôles d'activité. Nos rencontres vont du directeur des soins très impliqué dans des relations directes et régulières avec les partenaires sociaux qui s'apprête à envisager les réajustements liés à une montée en puissance de la délégation de gestion aux pôles, à celui qui ne se sent pas directement impliqué dans le dialogue social mais gère des relations avec les représentants du personnel qu'il souhaite d'ailleurs déporter plus fortement vers les pôles. D'autres directeurs des soins exercent dans un établissement où la délégation de gestion aux pôles est importante et où la direction des soins a un positionnement qui n'est plus ni d'autorité hiérarchique, ni fonctionnelle mais en appui-conseil des pôles d'activité. Pour ces directeurs des soins, le dialogue social est un des sujets où ils exercent leur expertise et leur contrôle.

Le directeur des soins ne peut avoir un rôle pertinent dans le dialogue social qu'à condition d'avoir les marges de manœuvre appropriées aux responsabilités, que cela engendre. La visibilité de ce rôle peut être plus ou moins marquée selon l'établissement ou selon la situation et en fonction de l'efficacité recherchée. Cette question de la visibilité du rôle du directeur des soins dans le dialogue social de son établissement peut être un point de discussion avec la direction générale. La collaboration DRH-DS doit être forte dans le domaine des relations sociales, tant vis-à-vis des représentants du personnel que vis-à-vis de l'encadrement soignant qui a besoin d'un appui cohérent, coordonné à ses propres activités et responsabilités de dialogue social.

2.6 Un principe de subsidiarité appliqué au dialogue social, rendant les cadres de pôle compétents et déculpabilisés, et permettant au directeur des soins de jouer un rôle d'appui distancié.

Le rapport du groupe 2⁶⁵ du pacte de confiance souligne que « *le nouveau cadre législatif dans lequel s'exerce la dialogue social au sein de la fonction publique invite à promouvoir ce qu'il est convenu d'appeler la démocratie sociale à tous les niveaux pertinents* ». Il fait

⁶⁵ TOUPILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, Rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013 (page 21)

référence à Laurent Tertrais⁶⁶ qui définit la démocratie sociale de la manière suivante : « *La démocratie sociale repose sur le contrat, c'est-à-dire un engagement négocié des acteurs* ». Le même principe de contractualisation est adopté dans le cadre de la responsabilisation des pôles d'activité.

Dans les trois établissements étudiés, le dialogue social n'a pas été officiellement pensé comme élément de délégation. La place des acteurs dans le dialogue semble plus relever d'une conséquence du niveau de délégation général et de l'histoire ainsi que de l'actualité de l'établissement et des relations entre acteurs. Cela est confirmé par Nathalie Robin Sanchez ; « *Que l'on parle de déconcentration de gestion, de délégation de signature, de contractualisation, c'est rare qu'on parle de dialogue social dedans. Mais en fait il va y avoir des formes implicites. Les acteurs vont se positionner sans que ça soit explicitement formalisé* ».

Nous avons toutefois reçu témoignage du DGA de l'établissement A, ancien DRH de CHU, qui a proposé une organisation du dialogue social dans son précédent établissement en accompagnement à la mise en place des pôles d'activité. Le dialogue social y est présenté comme un « *Moyen de produire des solutions, plus facilement mises en œuvre car comprises et acceptées* ». Les conseils de pôle ont ainsi été choisis dans cet établissement comme « *cadre naturel* » de dialogue social au niveau des pôles d'activités. Le responsable de pôle est présenté comme « *un nouvel acteur du dialogue social à côté de la direction générale et des directions fonctionnelles, pour l'organisation du pôle, la gestion des moyens en personnels et des conditions de travail* ». Ce principe de subsidiarité annoncé ne fait pas obstacle aux instances, au reste du dispositif de délégation aux pôles d'activité, aux politiques sectorielles des directions fonctionnelles, à la réglementation en matière de gestion des ressources humaines. Le niveau de délégation aux pôles, de traitement par les directions (DRH et DS) ou par les instances, des questions de gestion des ressources humaines individuelles et collectives, a ainsi été décrit et communiqué par la direction de cet établissement aux acteurs du dialogue social. Le coordonnateur général des soins de l'établissement A pense que le dialogue social ne peut être délégué qu'après le reste des fonctions Ressources Humaines. « *Je pense qu'on ne peut pas déléguer ça (le dialogue social) temps qu'on n'a pas délégué le reste* » (DS1-A). Cela pourrait expliquer la difficulté évoquée par les directeurs des soins et cadre supérieur de santé de pôle de l'établissement C où le dialogue social est très délégué mais pas les fonctions Ressources Humaines qui restent très centralisées et sujets de difficulté pour les pôles, ne disposant pas suffisamment de marge de manœuvre dans ce domaine.

⁶⁶ TERTRAIS L, avril 2012, « La promesse syndicale - Quel syndicalisme pour le XXI^{ème} siècle? », Michalon essai

Les acteurs polaires les plus concernés semblent être les cadres de santé de pôle et de proximité. Les médecins ne sont que très peu cités comme acteurs du dialogue social direct avec les organisations syndicales sauf lorsque la relation entre cadre supérieur et médecin chef de pôle est très collaborative. Le dialogue social devient alors un sujet de travail en binôme au même titre que d'autres. L'établissement C invite parfois le médecin chef de pôle (ou selon le sujet tout autre médecin concerné) aux instances. Lorsque le médecin est participant direct au dialogue, certains témoignages relatent un comportement différent des représentants syndicaux, devant s'adapter à ce nouvel acteur. « *Le médecin chef de pôle est invité aux instances pour pouvoir répondre. Là ils ont un interlocuteur devant eux. Ils se retrouvent avec un médecin qui peut leur répondre. Ils sont plus prudents et ils évoquent le sujet différemment, quelque fois avec moins d'agressivité* » (CSS-C) Ajoutons que le corps médical est reconnu comme ayant lui-même besoin d'une représentativité actuellement inexistante dans le cadre d'un dialogue social médical. Des travaux faisant suite au pacte de confiance sont en cours sur ce thème.

D'après les témoignages des organisations syndicales, ce sont clairement les cadres de santé qui sont sollicités en première intention. La direction des soins n'est interpellée qu'en cas de « défaillance » du niveau de proximité. « *Au niveau de (notre syndicat)⁶⁷ on n'en abuse pas. On essaie de régler en termes internes au niveau des cadres, des cadres sup, au niveau local. Quand on fait appel à la direction des soins c'est quand on a fait le tour de tout ce qui est local c'est-à-dire cadre de proximité et cadre sup et qu'on n'a pas de solution réelle, soit que le cadre et le cadre sup ne veulent pas entrer dans une discussion avec nous, ce qui arrive quelque fois aussi* » (RP1-A)

Les représentants syndicaux ne sont pas globalement favorables à la délégation de gestion aux pôles. Ils vont toutefois très naturellement s'adresser aux cadres et cadres supérieurs de santé avant d'aller vers la DRH ou la direction des soins en fonction des sujets. Ils ne s'adressent aux directions que lorsque le sujet est transversal à l'ensemble de l'établissement ou non traité, non traitable directement par l'encadrement de proximité. Ils ne sollicitent que très peu les médecins chefs de pôles. Globalement l'ensemble des acteurs témoigne de leur compétence pour s'adresser au bon interlocuteur selon le sujet abordé et son ampleur et selon l'organisation et les relations en vigueur dans l'établissement. Cela témoigne de l'évolution des syndicats en parallèle à la délégation de gestion ou à l'organisation générale des établissements mais avec toujours une tendance à rechercher une négociation centrale, les syndicats n'appréciant pas par nature (et sauf pour les cas individuels concernant les agents) la décentralisation des discussions et décisions. En témoigne un ancien directeur des ressources humaines : « *Dans l'organisation que je connais, pour plein de raisons ils (les représentants syndicaux)*

⁶⁷ Anonymisé

n'avaient aucun intérêt à la déconcentration du dialogue social parce que c'était une dispersion des problématiques. Alors ils avaient intérêt à gérer les conflits au niveau local mais pas forcément être dans une relation régulière et créer du dialogue social. Parce que quelque part ça se rapproche plus de la participation des salariés du pôle et ça court-circuite le rôle des représentants du personnel »

Dans l'établissement C où la délégation de gestion est forte, les pôles sont très sollicités directement par les représentants syndicaux. La direction des soins, positionnée de manière fonctionnelle, support des pôles d'activité, n'est sollicitée qu'en cas de besoin. *« Les pôles se débrouillent bien et on voit émerger le nouveau métier de cadre de pôle. Les cadres de pôles ont une place prépondérante dans le dialogue social au sein de leur pôle, par contre la direction des soins reste toujours identifiée comme une source de conseil, d'expertise sur les sujets qui posent le plus de difficultés »* (DS2-C). La direction des soins se dit très informée des problématiques traitées au niveau des pôles. Il semble que la responsabilisation des pôles et particulièrement des cadres supérieurs de santé dans le domaine du dialogue social ait été un des points de décentralisation volontaire depuis plusieurs années de la part de la DRH. Pour la direction des soins, le dialogue social semble avoir pris le même chemin, le même rythme que l'ensemble des autres thématiques de délégation qui ont demandé un gros travail de repositionnement à cette direction. La collaboration entre les cadres supérieurs de santé et la direction des soins est le point d'entrée essentiel à la réussite de cette organisation fortement décentralisée. Il reste des attaches historiques qui sont encore à l'origine de liens interpersonnels semblant naturels à tous les acteurs mais on peut se poser la question de la pérennisation de certains fonctionnements lorsque ces relations auront disparu avec le temps.

La direction des soins voit un double avantage à ce niveau important de délégation du dialogue social vers les pôles ; Ce sont les pôles qui sollicitent la direction des soins qui n'est plus affectivement impliquée dans les situations et peut ainsi conseiller sans être suspecte de prendre parti et sans se retrouver dans une situation de « chantage » au positionnement, de conflit inter-rôle. On rejoint ici la question du double positionnement déjà évoquée par ailleurs.

Cette direction des soins trouve ensuite que les pôles ont ainsi développé un intérêt, des compétences pour le dialogue social, se traduisant par une prise en compte plus systématique de la représentation du personnel dans les projets. *« L'évolution de l'établissement s'est faite aussi avec les organisations syndicales. Il y a ce réflexe de travailler avec eux. Les pôles l'ont très bien compris ; peut-être plus fortement maintenant parce qu'ils sont interpellés en direct. Avant c'était la direction qui était interpellée. Là ils sont interpellés en direct donc systématiquement ils vont faciliter et anticiper. C'est-à-dire que dès qu'il y a un problème, dès qu'il y a un projet, une restructuration, on va travailler*

en amont avec les partenaires sociaux au niveau du pôle » (DS1-C). Cela est confirmé par le cadre supérieur de santé responsable de pôle : « Moi je me sens plus à l'aise aujourd'hui, le fait que le dialogue social on le vit plus en proximité qu'hier pour gérer les partenaires sociaux. Parce que plus tu es en relation avec eux, plus tu t'habitues, plus tu modifies ta façon de faire, plus ton expérience se conforte » (CSS-C)

Le cadre supérieur de santé témoigne également d'un changement de posture intéressant à relever et qui est le suivant : Lorsque les interpellations par les représentants syndicaux se font par l'intermédiaire de la direction, cela ressemble plus à une injonction pour l'encadrement. Lorsque c'est l'encadrement, directement interpellé par les représentants syndicaux, qui sollicite la direction des soins, le rapport est inversé et cela crée une relation totalement différente et moins stressante, moins culpabilisante pour l'encadrement paramédical. Si la direction des soins et la DRH acceptent ce renversement du sens de la communication à l'origine du dialogue, elle permet à l'encadrement de prendre toute sa place, d'être légitimée et de ne pas se sentir mise en cause.

L'établissement B est en cours de décentralisation vers les pôles. De nouveaux pôles ont été créés très récemment avec réduction de leur nombre et montée en puissance de la délégation. La direction des soins, fortement positionnée sur le dialogue direct avec les organisations syndicales se sait en début d'une période de réajustement naturel dans ce domaine. Le dialogue social n'est pas un sujet explicite de délégation mais il devrait suivre l'évolution de l'établissement et de ses acteurs. Le coordonnateur des soins n'est pas dupe des changements à venir : *« Dans l'état actuel des choses il n'y en a quasiment pas (sollicitation des cadres de pôles par les syndicats) sauf quand les cadres de pôle viennent défendre ou présenter des organisations particulières aux instances. Par contre je pense que là avec le tournant qu'on est en train de prendre, il faut les préparer parce qu'avec toutes les délégations qui vont être données aux pôles, à mon avis, les cadres de pôle vont être bien plus exposés aux revendications sociales puisqu'il y aura des décisions de pôle. Nous on n'aura plus ni à les expliciter ni à les défendre, c'est bien eux qui vont se trouver en première ligne. Les organisations syndicales ne vont pas s'y tromper et c'est bien eux qu'ils vont aller voir. Pour ça à mon avis il faut aider les cadres parce que ça ne va pas être une évidence pour eux. » (DS-B).*

L'établissement A, dispose de 15 pôles hospitalo-universitaires et n'a pas fortement délégué les fonctions ressources humaines. Le dialogue social s'exerce à la fois au niveau des pôles et au niveau des directions (direction générale adjointe, direction des ressources humaines et direction des soins) en fonction des sujets et des circuits de sollicitation de la part des représentants du personnel. Un cadre supérieur de santé reconnaît lui aussi l'intérêt du dialogue social de proximité, cette fois sous l'angle de la qualité des relations, la compréhension réciproque: *« Ça facilite de connaître des*

représentants syndicaux et d'avoir des relations, ça facilite les choses. Ils savent les positions que l'on a et ils savent que si on est amené à ces décisions c'est par les circonstances et pas forcément parce qu'on est contre » (CSS2-A). Le directeur des soins de cet établissement, reconnaissant la part importante de sollicitation de la direction des soins pour des cas individuels concernant des agents, compare avec d'autres établissements où il a exercé « *Dans d'autres établissements, j'ai vu moins de liens directs entre représentants du personnel et direction des soins parce que l'échelon cadres et cadres sup était plus investi »* (DS2-A).

Patrick Lambert, adjoint au délégué général, responsable du pôle ressources humaines hospitalières de la FHF, cité par Jean Paul Guillot et Dominique Anne Michel ⁶⁸ne semble pas douter d'une évolution en marche « *Les militants syndicaux sur le terrain vont s'adresser maintenant aux chefs de pôle, puisque la gestion opérationnelle des personnels relève désormais de la responsabilité des pôles »*

Bien que la loi HPST n'ait pas repris la notion de conseil de pôle apparue avec la nouvelle gouvernance de 2005, le décret du 11 juin 2010⁶⁹ prévoit que le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel. Cela laisse une forte latitude de fonctionnement aux pôles et aux établissements.

La montée en puissance de la délégation et de la contractualisation semblant logique pour les établissements, il est alors indispensable de conforter le développement d'une politique d'encadrement transversale aux pôles, politique managériale tournée vers l'encadrement paramédical et cela est valable pour différents domaines, dont le dialogue social. Un directeur des soins, permanent syndical au niveau national partage ce point de vue : « *Plus le pôle est confirmé avec existence réelle de délégation et plus le DS est important dans l'espace de coordination qui devient une nécessité absolue dans le cadre du dialogue social. Pour un dialogue social de qualité, il faut renforcer la coordination quand les pôles sont forts »*. C'est alors la fonction de coordination de la direction des soins qui est concernée.

Ainsi, le coordonnateur général des soins de l'établissement B, dans une perspective de montée en puissance du dialogue social de proximité mesure bien ces enjeux qui lui sont liés : « *Si je dois être amené à défendre des positions qui ont été prises par les pôles, voire même des décisions pour lesquelles moi je ne suis pas favorable, ça risque d'être un peu compliqué. Donc ce sera forcément avec les cadres de pôle, pas sans eux....A juste titre les organisations syndicales vont revendiquer une cohérence institutionnelle dans les décisions »*

⁶⁸ GUILLOT JP, MICHEL DA. Avril 2011, « Faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière », éditions de l'atelier (page 54)

⁶⁹ Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé

Le champ du dialogue social dévolu à la direction des soins peut être un marqueur de positionnement institutionnel dans le cadre des instances mais également un marqueur de la délégation aux pôles par cette direction, un marqueur de mode managérial vis-à-vis de l'encadrement de pôle et de proximité. Il est en outre un champ de responsabilité et de compétence du directeur des soins faisant appel à sa vision globale de l'établissement et sa vision transversale vis à vis des pôles d'activité, pour une mise en cohérence, une coordination des actions.

Nous pouvons ainsi avancer, en réponse à notre question centrale et à nos hypothèses, que la contribution du directeur des soins au dialogue social est partagée entre son rôle officiel dans le cadre des instances et son rôle plus informel quoique souvent organisé et cadré par lui-même.

Le dialogue social est un volet indispensable du projet managérial et des activités managériales et de pilotage de projets du directeur des soins.

Cette implication dans le dialogue social occupe une part non négligeable du temps de travail du directeur des soins et influence la reconnaissance du positionnement institutionnel de la direction des soins. Cette responsabilité est partagée avec les cadres et en particulier les cadres supérieurs de santé responsables de pôles. Cette responsabilité s'exerce également en collaboration étroite avec la direction des ressources humaines, garante du dispositif officiel de dialogue social, du respect des règles de démocratie sociale, de la veille sociale, porteuse du projet social.

Il semble que les établissements ne se préparent pas systématiquement au déport partiel du dialogue social vers les pôles d'activité mais que cela se fasse assez naturellement, implicitement, en parallèle à la montée en puissance progressive des prérogatives des responsables des pôles. Les organisations syndicales ont en effet tendance à s'adresser aux personnes détenant le pouvoir de réponse, la marge de manœuvre permettant l'action.

C'est dans cette perspective que le directeur des soins peut tenir sa place de coordonnateur, garant de la cohérence d'établissement, de l'équité entre pôles. Quel que soit le niveau de délégation de gestion aux pôles d'activité, la contribution du directeur des soins au dialogue social semble rester importante en termes de référent, expert du terrain au sein de la direction. Toutefois, ses modes d'intervention, de contribution vont dépendre de ce niveau de délégation. S'il accepte le positionnement fort des cadres de santé sur le dialogue de proximité, il inverse le sens de la relation et permet à ces derniers d'être acteur, à l'origine de la sollicitation de la direction des soins, ce qui est vécu de manière plus positive, plus valorisante par ces cadres. De plus cela leur permet de développer progressivement des compétences expérientielles dans l'exercice du dialogue et de la relation avec les représentants syndicaux.

3. Préconisations

Nous l'avons montré, le dialogue social est l'affaire de multiples acteurs d'un établissement public de santé, dont le directeur des soins. Il ne saurait faire l'objet de préconisations concernant isolément la direction des soins. L'ensemble des actions proposées ne pourra s'envisager qu'en concertation, en collaboration, avec la direction d'établissement, et plus particulièrement avec la direction des ressources humaines.

Nous intégrons un CHU où nous serons directeur des soins membre d'une coordination générale des soins. Chaque préconisation fera l'objet d'une proposition concrète adaptée à cette structure dans la limite de notre connaissance actuelle et partielle de ses organisations, sa culture, son actualité.

Ce sont à la fois, le positionnement institutionnel officiel du directeur des soins dans le dialogue social, sa stratégie de délégation du dialogue social vers l'encadrement de proximité et de pôle, sa capacité d'influence à la mise en synergie des projets de soins, projet managérial et projet social dans le cadre d'un management social du changement qui vont être les leviers de réussite d'un dialogue social de qualité. C'est sur ces bases que nous avons construit nos propositions d'actions.

3.1 Actions préconisées dans le cadre du positionnement institutionnel du directeur des soins

Le positionnement institutionnel du directeur des soins est en partie, établissement et direction dépendant. Celui lié au dialogue social suit ce principe d'adaptabilité. C'est la raison pour laquelle la question du positionnement est à prendre particulièrement en considération car elle est le socle de la participation du directeur des soins à la politique sociale et à la démocratie sociale dans son établissement.

3.1.1 Officialiser et rendre plus ou moins visible la place du directeur des soins dans le dialogue social :

La place du directeur des soins dans le dialogue social, ses marges de manœuvre dans ce domaine, doivent être clarifiées, officialisées, connues et respectées au sein d'un établissement. C'est la raison pour laquelle nous préconisons une réflexion concertée des directions d'un établissement autour de la place de chacun dans le dialogue social. Prendre ce temps de calage des prérogatives, qui vont être ainsi adaptées à la structure et au contexte, est un préalable à toute action efficace. Cela peut s'envisager après tout changement de personne au sein des directions concernées. L'affichage du positionnement et du niveau d'implication du directeur des soins à destination des acteurs de terrain et des représentants du personnel, doit être adapté aux spécificités, à l'histoire de l'établissement, sa culture des relations sociales, sa capacité à accepter tel ou tel positionnement du

directeur des soins sur ce champ. Nous avons compris que certaines interventions de cet acteur particulier, ont un intérêt à « rester dans l'ombre » et que d'autres peuvent être potentialisées par une visibilité forte. Faire accepter par la direction et la direction des ressources humaines, ainsi que les responsables de pôles, ce va et vient du directeur des soins entre discrétion et visibilité est indispensable à la réussite de la stratégie des relations sociales de ce dernier.

L'établissement que nous intégrons a travaillé assez récemment en équipe de direction sur la thématique du dialogue social. Nous ne manquerons pas de nous intéresser à ces travaux. En fonction de ces derniers et après un temps d'observation suffisant du système existant nous envisageons de proposer une réflexion à notre coordination générale des soins. Nous pourrions ainsi proposer un temps de travail sur ce sujet en interface avec la direction générale et la direction des ressources humaines, chargée du dialogue social. Les sujets de la place respective du coordonnateur et du directeur des soins dans le dialogue social peuvent également être questionnés, ainsi que le niveau de visibilité de cette place le plus favorable au climat et aux relations sociales dans l'établissement. C'est ce que nous proposerons, en fonction du contexte à notre coordonnateur général des soins et aux directions concernées.

3.1.2 S'impliquer dans une collaboration étroite et reconnue, avec la direction des ressources humaines :

Le travail préalable de clarification des positionnements est également un bon moyen de concertation concernant des collaborations dans d'autres domaines, notamment avec la direction des ressources humaines. La coopération rapprochée de la direction des soins avec la direction des ressources humaines est une condition indispensable à un dialogue social de qualité.

Nous préconisons ainsi cette collaboration direction des soins/direction des ressources humaines et un travail conscient et partagé sur ce thème entre ces deux directions.

Les collaborations entre ces dirigeants vont bien au-delà du seul dialogue social même si nous avons vu à quel point ce dernier englobe un nombre important d'activités de gestion et management des ressources humaines.

Nous serons attentif à nos relations avec la DRH dans notre futur poste. Les collaborations incontournables entre directions ne suffisent pas à construire une relation de confiance. Rencontrer la direction des ressources humaines en période de prise de poste puis régulièrement pour échanger et s'entendre sur les niveaux et modes de collaborations est indispensable pour éviter les interférences dans la communication, les incohérences dans les messages transmis, les faiblesses dans le pilotage.

La coordination générale des soins que nous intégrons participe à des rencontres régulières et organisées avec la DRH concernant des cas individuels particuliers, les projets

institutionnels. Les relations sociales et la place de chacun dans le système peuvent faire partie des sujets abordés lors de ces réunions.

Nous pourrions également envisager des temps de régulation sous forme d'analyse de pratiques, retours sur expériences, analyse de situations indésirables, menées avec le soutien de la DRH et en collaboration avec l'encadrement paramédical.

3.1.3 Conforter le rôle de la CSIRMT et de ses membres élus :

La CSIRMT est une des instances de représentation du personnel. Ses prérogatives sont centrées sur l'organisation de la prise en charge des patients ainsi que la qualité et la sécurité des soins. Le pacte de confiance lui voit plus particulièrement une fonction dans le développement de l'attractivité et la fidélisation du personnel : « *Il paraît intéressant de faire en sorte que cette commission soit force de proposition auprès de la CME et du CTE en matière d'accueil des professionnels et des stagiaires en formation pour promouvoir l'image de l'établissement et encourager ainsi leur engagement dans la durée dans le champ sanitaire public.* »⁷⁰

Faire vivre cette commission, faire jouer leur rôle représentatif aux personnels qui y sont élus dont ceux qui représentent cette commission dans d'autres instances (conseil de surveillance, CME) est du ressort du coordonnateur général des soins qui en assure la présidence. Les liens établis entre qualité de prise en charge des patients et qualité de vie au travail ne permettent pas de faire l'impasse sur ce dernier champ.

La CSIRMT est une instance professionnelle génératrice de lien social où le directeur des soins est en relation avec des agents de terrain autour des thématiques liées à la qualité et la sécurité des soins et des conditions d'accueil des patients et de leurs proches. Elle ne doit pas devenir une instance de débats concernant les organisations et conditions de travail (d'autres instances sont dédiées à cela) mais doit être un lieu où l'on parle du travail et notamment de la qualité du travail entre professionnels paramédicaux.

Nous nous préparons à accompagner notre coordonnateur général des soins dans l'animation de la CSIRMT de notre futur établissement en veillant à donner à cette instance, toute sa place dans le pilotage et l'animation de la politique de soins ainsi que dans le système des relations sociales institutionnelles. Nous serons force de proposition auprès du coordonnateur général des soins dans ce sens.

Certes, le positionnement a son importance et ce dernier est impulsé en partie par la direction, l'histoire et la culture de l'établissement. Toutefois, sur la base de cette place accordée et assumée, le directeur des soins est invité à incarner ce positionnement, à le traduire dans la pratique, dans ses comportements. Il doit pouvoir adapter sa stratégie au contexte institutionnel, notamment au niveau de délégation organisé au profit des pôles d'activité.

⁷⁰ TOUPIILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, Rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013 (page 34)

3.2 Actions préconisées dans le cadre de la délégation aux pôles d'activité

C'est la marge de manœuvre stratégique du directeur des soins dans le domaine du dialogue social qui est ici concernée. Il s'agit pour ce dernier de reconnaître la légitimité de chacun des acteurs, dont sa propre légitimité et celle des cadres de santé, considérer le social comme un enjeu stratégique, oublier les préjugés et rechercher systématiquement la concertation, le temps consacré au dialogue social étant considéré comme un investissement.

3.2.1 Décider de son niveau de délégation du dialogue social, vers les pôles:

De la même manière que d'autres missions de la direction des soins peuvent être déléguées, la thématique du dialogue social doit faire l'objet d'une réflexion et d'une prise de décision quant à son niveau de délégation vers l'encadrement paramédical des pôles et des secteurs d'activité. Ces acteurs déjà légitimés implicitement par les systèmes spontanés de relations sociales existants, ne doivent plus subir cette fonction mais se la voir confier dans le cadre d'un principe de subsidiarité organisé. Nous avons vu lors de notre enquête, tout l'intérêt de permettre aux cadres de pôle et cadres d'unité de s'approprier le dialogue social de proximité. Il s'agit ainsi de favoriser, si cela est cohérent avec les niveaux de délégation vers les pôles d'activité, la déconcentration officielle du dialogue social en faveur des cadres hospitaliers. Cela ne peut se concevoir que dans le cadre de la stratégie globale de délégation impulsée par la direction d'établissement. Ce sujet doit faire l'objet d'une réflexion spécifique et partagée, notamment avec la direction des ressources humaines.

L'enjeu pour le directeur des soins est de permettre ainsi aux cadres de santé de développer des compétences dans ce domaine, de traiter les sujets au plus près du terrain, de dédramatiser, démystifier la relation avec les partenaires sociaux. Il peut alors se positionner en appui aux cadres de santé avec la distanciation utile au traitement de certaines problématiques.

Nous ne manquerons pas, lorsque nos projets toucheront aux niveaux de délégation de la direction des soins vers les pôles d'activité, de proposer à notre coordination des soins, la question du dialogue social avec les partenaires que sont l'encadrement de pôle et de proximité, les chefs de pôles et responsables administratifs de pôle, ainsi qu'avec la direction générale et la direction des ressources humaines. Formaliser ce niveau de délégation, l'intégrer aux contrats de pôle est envisageable, d'autant que l'établissement que nous intégrons a formalisé la délégation du dialogue social vers les médecins chefs de pôle dans ses contrats de pôles. Cela permettrait d'objectiver la part de responsabilité, la marge de manœuvre de l'encadrement paramédical dans ce dialogue social de proximité.

Cela permettrait de mesurer les résultats obtenus dans le cadre de tableaux de bord sociaux adaptés aux missions relevant des responsables de pôles (médecin, administratif et cadre

paramédical) et leur permettant de suivre au plus près de leur niveau de responsabilité, le climat social, la situation sociale de leur pôle.

3.2.2 Affirmer et permettre le rôle des cadres dans l'animation du dialogue social :

Le management est indissociable de la question des relations sociales. Rapprocher en partie le dialogue social du terrain, c'est lui donner une dimension managériale forte. La fonction des cadres de santé dans le dialogue social est importante pour le règlement d'un certain nombre de problématiques d'ordre social, essentielle pour le maintien d'un climat social serein, et nécessite d'être confortée par une officialisation et une valorisation. Ceci d'autant que les cadres hospitaliers sont eux-même très peu représentés dans les instances.

3.2.2.1 Formalisation des missions des cadres de santé dans le domaine des relations sociales et du dialogue social

Il serait ainsi pertinent d'intégrer aux fiches de fonction et fiches de poste des cadres et cadres supérieurs de santé leur niveau et mode d'intervention dans le dialogue social tant auprès des représentants syndicaux que des personnels. Il serait également intéressant d'y indiquer leurs conditions d'intervention en instances (CTE et CHSCT), de préparation des dossiers, afin que ces temps importants ne soient plus considérés comme une mise à l'épreuve mais comme un champ normal d'implication, de responsabilité dans le cadre de leur fonction. Il s'agit également d'intégrer le dialogue social aux paramètres de l'entretien d'évaluation annuel des cadres de santé, d'adapter le plan de formation les concernant.

Ce positionnement formel des cadres de santé sur le dialogue social ne peut s'envisager que si les marges de manœuvres nécessaires à cet exercice leur sont allouées et si le directeur des soins est en soutien sur ces missions.

3.2.2.2 Formation des cadres de santé au dialogue social

Les témoignages font état de souhaits et besoins de formation (voire d'information sur le niveau de formation de leurs interlocuteurs) de la part de ces acteurs importants du dialogue social.

Le directeur des soins doit également participer à la démystification du dialogue social par la communication. Il doit communiquer sur la veille sociale touchant les métiers paramédicaux. Il est donc nécessaire qu'il organise une mise à niveau régulière des connaissances de l'encadrement sur ce sujet, tant d'un point de vue général que d'un point de vue des spécificités locales (culture d'établissement, présence syndicale, niveaux de délégation, missions de chacun...). Il est ainsi envisageable d'organiser des réunions ou formations communes avec les représentants du personnel, si tant est que cela soit organisé avec la direction des ressources humaines et avec l'assentiment de la direction d'établissement.

Le pacte de confiance propose *d'intégrer dans les formations professionnelles les sciences humaines et sociales, les questions sociales, de relations sociales et de ressources humaines*. Il encourage à la consolidation des formations initiales et la mise en place de formations continues pour les professionnels et les syndicalistes. Il propose un contenu de

formation sur les bases de gestion des ressources humaines respectueuse des professionnels et des patients, les textes, les modes de dialogue social (information, consultation, concertation, négociation), les rôles des organisations syndicales, et des instances, la connaissance des différents acteurs.

Une circulaire du 19 juillet 2013⁷¹ sur les orientations en matière de développement des compétences et qui a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les axes et actions prioritaires à mettre en œuvre pour l'année 2014 dans le cadre de leur plan de formation et de leur plan de Développement Professionnel Continu, comporte des axes relatifs au dialogue social et à la responsabilité sociale.

3.2.2.3 Faire connaissance entre acteurs du dialogue social

Chaque établissement a ses spécificités en matière de dialogue social, sa culture des relations de dialogue, souvent liée à son histoire sociale. Prendre connaissance de ces particularités, de l'histoire, de la culture du territoire, de la région et de leurs habitants est un préalable à ne pas négliger. Compléter cette prise de connaissance du terrain avec une connaissance des acteurs du dialogue est également indispensable. Notamment les représentants du personnel ont une histoire professionnelle et personnelle en lien avec leur militantisme, des motivations, des champs d'intérêt qui sont riches d'enseignement pour développer une qualité de relation et de dialogue plus respectueuse de l'autre, de ce qu'il défend, de ce qu'il représente.

Un des objectifs du pacte de confiance est *la connaissance et la compréhension de l'autre pour garantir le respect et la confiance*. Le directeur des soins engagé dans la recherche de connaissance des autres acteurs du dialogue social peut ainsi participer à l'amélioration des relations sociales de son établissement.

En fonction du positionnement qui nous aura été proposé dans le dialogue social après notre prise de fonction, l'organisation de rencontres, débats avec les représentants du personnel sur des sujets intéressant les conditions de travail, la sécurité, la gestion des ressources humaines est à envisager. Il s'agit pour nous, directeur des soins, en collaboration avec la direction des ressources humaines, de prévoir et valider l'organisation de temps de partage et de formation, d'y participer afin d'apporter la vision de la direction des soins dans ce domaine. Il s'agira également d'en évaluer la plus value, la satisfaction des acteurs, les résultats.

Travailler à la sensibilisation de l'encadrement sur son rôle dans le dialogue social peut s'envisager à la fois au décours de situations réelles partagées mais également de manière plus organisée. Nous proposerons cette mise en valeur, cette officialisation du rôle des cadres de santé dans le dialogue social dans notre futur établissement en adaptant cette proposition au contexte de ce dernier.

⁷¹ CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

3.3 Actions préconisées dans le cadre d'un management du projet de soins alliant dynamique sociale participative et démocratie sociale

Manager de manière éthique, participative, tout en préservant les champs d'intervention des représentants du personnel, être conscient et acteur de son propre positionnement sont des bases permettant au dialogue social de s'exercer. Nous avons pris conscience au cours de ce travail, de l'attentisme, la soumission au système que peut engendrer un dialogue social subi. Il s'agit ici d'affirmer la participation du directeur des soins à la régulation sociale, au maintien d'un climat social de qualité dans son établissement. Il s'agit également de confirmer, consolider le mariage de ses activités managériales avec le règlement des questions sociales relevant de son champ d'intervention.

3.3.1 Mettre en synergie projet de soins et politique sociale et managériale de l'établissement :

Les liens ayant été démontrés entre la qualité des soins et la qualité de vie au travail, il est intéressant d'intégrer dans le projet de soins des éléments concernant le climat social, les conditions de travail, la sécurité au travail, la gestion des risques professionnels en articulation avec le projet social et le projet qualité et gestion des risques. Il est également possible de prévoir la participation des représentants du personnel à certains projets dans le cadre de la déclinaison du projet de soins, lorsque des thématiques concernent la gestion ou le management des ressources humaines (formation, intégration des nouveaux arrivants paramédicaux...), la qualité de vie au travail (organisation du travail...).

En outre, il est essentiel que le directeur des soins collabore à l'élaboration du projet managérial, de la charte de management et du projet social. Ces collaborations sont des points de rencontre et de cohérence indispensables des politiques de gestion des ressources humaines, des politiques de prise en charge des patients et de management des professionnels paramédicaux. Le pacte de confiance propose d'ailleurs à chaque établissement d'élaborer une charte du management et du dialogue social, engageant l'ensemble des acteurs hospitaliers. Le directeur des soins doit être positionné comme participant de ces projets sur lesquels il va s'appuyer pour porter sa propre politique de soins, de management des agents paramédicaux et des cadres. Ces chartes et projets peuvent être supports des éléments de préconisations précédents. Ils peuvent également être porteurs des règles de négociation locale. Ces écrits sont des bases fondamentales de culture managériale et de modes de relations sociales communs, partagés par tous.

Lors du prochain chantier concernant le projet de soins dans notre futur établissement d'exercice, nous serons porteur de sujets concernant la politique sociale. Nous proposerons la participation de représentants du personnel à certains projets relevant de la construction et du suivi du projet de soins de notre établissement. Nous serons attentif à ce que ces projets constitutifs du projet d'établissement soient des objets de réflexion et de partage avec

les autres directions fonctionnelles (notamment la direction des ressources humaines) et avec la direction d'établissement.

3.3.2 Intégrer à son management un niveau de participation du personnel adapté et une fonction de pilotage social du changement :

Le pacte de confiance met l'accent sur le caractère participatif nécessaire au management : *« Le fait d'associer en particulier les représentants institutionnels et professionnels ainsi que les responsables des structures internes et les cadres à tous ces projets, participe à la compréhension, à l'adhésion et à l'appropriation de tous les acteurs internes de l'établissement et, par et grâce à eux, à la promotion de l'image de marque institutionnelle et à l'implication collective et individuelle dans la recherche de la performance sociale et de l'efficacité économique. Ceci implique qu'ils soient informés, considérés, reconnus et associés aux étapes essentielles de leur définition et de leur mise en œuvre mais aussi de leur évaluation. »*⁷².

Cette vision de la participation présente pourtant des limites. Il est en effet question d'impulser des modes managériaux choisis et mesurés, afin de permettre à la fois l'exercice de la démocratie sociale et celui de la représentation sociale. Notre enquête nous a montré qu'un équilibre est à trouver entre la participation active du personnel aux projets et aux décisions et l'exercice de la représentation de la part des personnels élus. Une trop forte démarche participative semble aller à l'encontre des prérogatives des représentants du personnel qui ne peuvent plus alors jouer leur rôle. La performance sociale du manager qu'est le directeur des soins, doit ainsi être basée sur une éthique du management et un management participatif qui préservent les champs d'intervention des représentants du personnel. Les représentants du personnel ont toute leur place en tant que source d'avis ou d'alerte venant du terrain, venant de leur vision propre des situations, et destinée à la prise de décision des managers.

Nous envisagerons de travailler avec les cadres et cadres supérieurs de santé sur la base d'un management qui puisse permettre à la fois la participation, l'expression et la représentation du personnel, notamment concernant le pilotage du changement. Cela demande au directeur des soins que nous serons d'intégrer la dimension sociale à son management, de travailler sur une culture managériale commune et d'intégrer la question de la démocratie sociale à celle des projets. Il s'agira de développer un pilotage social des changements. Cela passe par un accompagnement des nouvelles organisations sur leur niveau de faisabilité technique mais également sur leur viabilité sociale, tant dans leur phase de construction que dans celle de fonctionnement.

⁷² TOUPILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, Rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013 (page 31)

Conclusion

Etre directeur des soins c'est exercer un métier de direction coloré d'une histoire expérientielle puis managériale de proximité et/ou de pôle. Cette spécificité donne à la direction des soins toute sa richesse. Elle en fait un acteur de la stratégie et de la décision ayant un positionnement particulier tant vis-à-vis de ses collaborateurs directeurs que pour les agents paramédicaux, les médecins, les collaborateurs administratifs et techniques, et l'encadrement paramédical. Cette spécificité est également reconnue de manière positive par les représentants du personnel. Elle est notamment appréciée dans le domaine de la gestion et du management des ressources humaines paramédicales, domaine partagé principalement avec la direction des ressources humaines et l'encadrement paramédical ; cadres de pôle et cadres de proximité.

Cette fonction partagée est ainsi assise sur le socle d'une expertise concernant l'organisation de la prise en charge des patients et la gestion des compétences paramédicales.

La fonction de gestion et management des ressources humaines du directeur des soins est étroitement liée au dialogue social. Les activités qui concernent le champ du dialogue social sont très présentes dans le contenu du travail des directeurs des soins. Ce directeur, manager, membre de l'équipe de direction et responsable d'une part importante de l'effectif du personnel des établissements, est fortement sollicité, certes dans le cadre des instances de représentation du personnel et de leur formalisme mais également et essentiellement dans de multiples relations plus ou moins informelles de traitement de problématiques individuelles, collectives, organisationnelles où ses décisions, ses modes managériaux, ses qualités relationnelles, servent le climat social.

Le positionnement institutionnel du directeur des soins est à la base de ses marges de manœuvre concernant le dialogue social. Il s'agit tant de sa place dans l'organigramme hiérarchique et fonctionnel que de sa participation au système de délégation vers les pôles d'activité. Il tient ainsi un rôle majeur tout à la fois dans le maintien de l'unité institutionnelle et la consolidation, la concrétisation des prérogatives des pôles. Ces deux niveaux de pilotage sont indispensables au fonctionnement institutionnel et sont tous deux objets d'un segment du dialogue social dans lequel le directeur des soins est un acteur impliqué.

La collaboration entre directeur des soins et directeur des ressources humaines est à souligner comme particulièrement porteuse de la qualité des relations sociales institutionnelles. S'entendre sur ces modes collaboratifs, sur la participation formelle ou plus confidentielle du directeur des soins au dialogue social est un préalable de clarification du rôle de chacun, indispensable pour éviter les écueils communicationnels et managériaux.

La direction des soins, positionnée de manière claire dans le système social de l'établissement va ainsi pouvoir envisager le projet de soins, en interconnexions avec non seulement le projet médical (projet médico-soignant), mais également avec le projet managérial, la charte managériale et le projet social de l'établissement. Elle va également jouer un rôle majeur dans l'impulsion donnée à ces thématiques transversales du projet de soins et leur déclinaison dans le cadre des projets de pôles.

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques est également un lieu potentiel d'animation du dialogue social de par le lien social qu'elle induit, la représentativité des personnels paramédicaux et son rôle consultatif dans le domaine de la qualité, la sécurité des soins, l'accueil et la prise en charge des patients.

Un des points clé de la qualité de dialogue social exercé par le directeur des soins est la mise en cohérence de ses modes et niveaux d'intervention avec sa pratique *délégative* notamment vers l'encadrement de pôle et de proximité. Les relations de dialogue ne peuvent pas en effet se voir déconnectées des zones de prise de décision que sont devenus les pôles d'activité. C'est alors dans sa collaboration avec les cadres responsables de pôles que le directeur des soins va animer un dialogue de confiance, basé sur la connaissance des acteurs (notamment les représentants du personnel), de leur culture, leur histoire.

Pour le directeur des soins, la pratique du dialogue social est ainsi fortement liée au management, à l'appui et l'accompagnement des cadres de santé, à la gestion de leurs compétences dans ce domaine. Les priorités nationales 2013 concernant la formation continue et le Développement Professionnel Continu comprennent un volet consacré au dialogue social. Les travaux en cours de réingénierie de la formation des cadres de santé prennent en compte les facteurs d'évolution de ces métiers dont la responsabilité sociale des organisations et l'évolution du rapport au travail et au collectif. Parmi les spécificités d'exercice présentées dans le référentiel d'activités des cadres de santé (document de travail de la DGOS⁷³), il est indiqué que « *le cadre de santé coordonnateur de pôle peut être amené à conduire des échanges et des concertations avec les partenaires sociaux* ».

Management et relations sociales sont totalement imbriqués. Les modes managériaux permettant un dialogue social de qualité sont basés sur des principes éthiques. Ces principes doivent faire l'objet d'une volonté stratégique d'exemplarité de la part du directeur des soins. Son management doit alors répondre au projet managérial et à la charte managériale auxquels il aura participé et s'inscrire dans un certain nombre de valeurs que sont le respect de chacun, l'écoute, la participation, la coopération, la reconnaissance. Il s'agit de favoriser toute pratique pouvant développer du bien être au travail tout en assurant la qualité et la sécurité des soins des patients ainsi que le respect de la démocratie sanitaire. C'est cette alchimie entre qualité et sécurité des soins, bien être au travail et démocratie, que

⁷³ Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS, Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé, document de travail, décembre 2012

souhaite mesurer la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification des établissements de santé. Cette évaluation comprend en effet des références sur les thèmes du *fonctionnement des instances, du dialogue social et de l'implication des personnels, de la santé et la sécurité au travail, de la qualité de vie au travail*⁷⁴. Ce dernier thème est d'ailleurs parmi ceux reconnus comme « *d'impulsion* »⁷⁵ pour l'itération V2014 de la certification.

L'année 2013 a été particulièrement propice aux travaux dont les sujets étaient le dialogue, la confiance. Le pacte de confiance a ainsi été accompagné de plusieurs conférences sur ces thématiques⁷⁶. Ces préoccupations font écho à la loi du 5 juillet 2010⁷⁷ relative à la rénovation du dialogue social qui prévoit une intensification des négociations au niveau local, au rapport Lachman⁷⁸ de février 2010 relatif au bien être et à l'efficacité au travail, qui comprend une recommandation concernant l'implication des partenaires sociaux et le dialogue social. Des réformes de gouvernance verront le jour prochainement dans le cadre de la loi de santé de 2014 et chercheront à améliorer, moderniser le dialogue, à y associer la communauté médicale.

Les conclusions de ces travaux nationaux ne doivent pas rester « lettres mortes » au niveau local et doivent intégrer les pratiques quotidiennes dans les établissements. Le directeur des soins est un acteur majeur de la réussite des relations sociales, génératrice de qualité de vie au travail, elle même source de qualité de travail donc de qualité des soins. Son management proactif de ce système de dialogue social est à la fois le résultat et la source de son positionnement institutionnel et de sa posture dans les relations sociales. En effet, sa compétence dans le domaine de l'animation du dialogue social peut permettre de conforter son positionnement tant au niveau institutionnel qu'auprès des pôles d'activité.

Reconnaître sa place dans ce système, prendre conscience de son rôle à jouer dans le dispositif, démystifier le dialogue social, c'est se donner les moyens d'en être acteur, animateur, et de ne pas le subir dans l'attentisme. C'est s'assurer un positionnement stratégique à l'interface entre l'institution et les pôles d'activité. Etre à l'initiative, c'est aussi reconnaître et respecter le rôle des partenaires sociaux représentant le personnel, le rôle des cadres de santé. Tout en maîtrisant les limites, c'est reconnaître les vertus et respecter les principes de la démocratie sociale dans les établissements publics de santé.

⁷⁴ Références 2c 2d 3c et 3d du manuel de certification V2010 version avril 2011 de la HAS.

⁷⁵ Un thème d'impulsion est un sujet à forte dimension culturelle jugé essentiel pour la qualité et la sécurité des soins par la HAS.

⁷⁶ Liste de conférences disponible en bibliographie

⁷⁷ Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. JO n° 0154 du 06 juillet 2010

⁷⁸ LACHMAN H, LAROSE C, PENICAUD M, « Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », février 2010.

Bibliographie

LOIS ET REGLEMENTS

Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

Cour européenne des droits de l'homme, 04 novembre 1950, convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (convention européenne des droits de l'homme)

Loi n°46-2294 du 19 octobre 1946 relative au statut général des fonctionnaires

Loi n° 82-689 du 4 août 1982 relative aux libertés des travailleurs dans l'entreprise

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail

Loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184

Loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. JO n° 0154 du 06 juillet 2010

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005, page 7626

Décret n°82-447 du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique

Décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques dans les établissements publics de santé

Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé

Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotéchnique dans les établissements publics de santé

Décret n°2012-736 du 9 mai 2012 modifiant le décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Circulaire DAGPB/SRH2D n°2007-178 du 27 avril 2007 relative à la préservation de la qualité de vie au travail dans les services de l'administration sanitaire et sociale

Circulaire du 22 juin 2011 relative à la négociation dans la fonction publique

Circulaire n°DGOS/RH3/2012/436 du 28 décembre 2012 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière

Annexes n°284-II et n°284-IV de la note d'information n°CNG/DGD/UDH/DS/2013/284 du 12 juillet 2013 relative à l'évaluation et à la prime de fonction et de résultats des directeurs des soins.

Circulaire N° DGOS/RH4/2013/295 du 19 juillet 2013 sur les orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Plan santé et sécurité au travail 2010-2014, ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, direction générale du travail

Code du travail. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr

RAPPORTS

DE SINGLY C, rapport de la mission cadres hospitaliers, 11 septembre 2009

ZEGGAR H, VALLET G, bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS, rapport n° RM2010-010P, février 2010

LACHMAN H, LAROSE C, PENICAUD M, « Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », février 2010.

TOUPILLIER D, YAHIEL M, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 24 janvier 2011

MOUNIER C, ACKER D, BENSADON AC, LEGRAND P, Rapport « Management et efficacité hospitalière, une évaluation des déterminants », avril 2012, IGAS n°RM2012-046P

TOUPILLIER D, GUILLOT JP, OLLIVIER R, rapport final du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital : groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines « Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir », janvier 2013

Ministère des affaires sociales et de la santé, « Pacte de confiance pour l'hôpital », 4 mars 2013

COUTY E, SCOTTON C, Pacte de confiance pour l'hôpital, rapport de synthèse, mars 2013

OUVRAGES

ADAM G, REYNAUD JD, 1978, « conflit du travail et changement social ». Paris. PUF. 389 pages

BENOIT C, novembre 2012, « manager un établissement de santé - la logistique au service de l'humain », Gereso édition. Coll. guides pratiques, 181 pages.

CAZALS-FERRE. MP, ROSSI.P, 1998, « Eléments de psychologie sociale ». Paris. Armand Colin, 90 pages.

CERCLE A, SOMAT A, 2005, « Psychologie sociale », 2^{ème} édition. Paris, Dunod collection psycho sup, 306 pages.

CROZIER M, FRIEDBERG E, 1992, « L'acteur et le système ». Seuil, point essais. 500 pages.

FISCHER GN, 1987, « Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale ». Paris, Dunod, 206 pages.

FOURGOUS JM, ITURRALDE B, mai 1991, « Mesurer et améliorer le climat social en entreprise ». Paris, Editions d'organisation, 234 pages.

GUILLOT JP, MICHEL DA. Avril 2011, « Faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière », éditions de l'atelier. 96 pages.

HEES M, 2010, « le management à l'hôpital, science art, magie ? » (2eme édition revue et augmentée de « le management, science, art, magie ? » paru en 2000) Seli arslan

IGALENS J, LOIGNON C, 1997, « prévenir les conflits et accompagner les changements – l'observation sociale au service des entreprises et des administrations », Maxima Laurent du Mesnil éditeur, Paris : PUF, 196 pages.

LABBE D, LANDLER H, décembre 2002, « Prévenir et gérer les conflits sociaux dans l'entreprise ». Liaisons, 268 pages.

LOUBAT JR, 2006, « Penser le management en action sociale et médico-sociale ». Paris : DUNOD, 391 pages.

PATIN B, 2010, « Les conflits à l'hôpital, comprendre pour agir ». Les Etudes Hospitalières, 381 pages.

ROUSSEAU P, mars 1994 « Comprendre et gérer les conflits dans les entreprises et les organisations ». Chronique sociale, 170 pages.

SIMMEL G, 1995, « Le conflit ». Circé/poche, 158 pages.

STORDEUR S, D'HOORE W, 2009, « Attractivité, fidélisation et qualité des soins. 3 défis, une réponse ». Éditions Lamarre. 243 pages

TAPONAT G, 2013, « RH et relations sociales, agir avec les représentants du personnel ». Studyrama collection Focus RH, 166 pages.

TERTRAIS L, avril 2012, « La promesse syndicale - Quel syndicalisme pour le XXIème siècle? », Michalon essai, 200 pages.

THOMAS A, 2011, « La conduite des relations sociales ». Paris : Publibook, 243 pages.

PUBLICATIONS

BONNICI B, mai 2003, « Les jeux de pouvoir dans l'institution hospitalière », Soins cadres, n°46, pages 27 à 30

FISCHER G.N, mars 1999, « Le concept de relation en psychologie sociale », recherche en soins infirmiers n°56

GIRIER M et MANTZ T, octobre 2012, « Le dialogue social dans les hôpitaux suédois », Cahiers Hospitaliers n°293

LENOIR SALFATI M, DARDEL A, MONNIER I, mars-avril 2013, « Travaux de réingénierie de la formation cadres de santé », Revue hospitalière de France n°551. p 22 à 25.

RENAULT C, décembre 2012, « Penser l'humain : facteur clé pour réussir le changement organisationnel », Les cahiers hospitaliers n°295. p 21 à 24.

SAINSAULIEU I, 2008, « Le syndicalisme à l'hôpital : sociologie d'une insatisfaction », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1 n° 18, p. 83-94.

SAINSAULIEU I, août-septembre 2013, « Les infirmières, entre consensus et contestation », Sciences humaines, n°251.

SOURON JN, DEWITTE JD, 2004, « Dégradation du climat de travail, utilité d'une intervention conjointe médecin du travail-psychologue du travail », Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail, Masson, Paris, vol 65, pages 1 à 8.

« Comment moderniser le dialogue social ? » compte rendu des rencontres RH de la santé 2012, Revue Hospitalière de France (RHF), n°549, novembre-décembre 2012.

« Dialogue social, quelles perspectives », Revue Hospitalière de France (RHF), n°511 juillet - août 2006.

« Le dialogue social dans la fonction publique hospitalière », dossier CNEH, Actualités JuriSanté, n°79, octobre-novembre 2012.

DIVERS

Accord de Bercy sur le dialogue social dans la fonction publique, mai 2008

Accord du 20 novembre 2009 en faveur de la santé et la sécurité au travail

KASPAR J, « Le pilotage du dialogue social » séminaire animé en 2012

OIT (Organisation Internationale du Travail), Convention sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical (n° 87) [en ligne], adoptée le 9 juillet 1948, entrée en vigueur le 4 juillet 1950, disponible sur internet http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_norm/déclaration/documents/publication/wcms095896.pdf

Référentiel de compétences du directeur des soins, EHESP, décembre 2011

Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS, Référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé, document de travail, décembre 2012

Fiches pratiques du droit de la santé. Tissot éditions, coll le droit en pratique, édition permanente.

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, presses de l'EHESP, ministère de la santé et des sports, 2^{ème} édition, 438 pages ou www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr

L.LAUDE cours « Outils et méthodes de la régulation sociale collective » et cours « les situations tendues et difficiles ; analyse et stratégie d'action en situation de conflit » UE9 : « sociologie de l'hôpital et de l'action collective » - EHESP 2013

N.ROBIN SANCHEZ cours « Introduction au dialogue social » UE7 « Gestion des ressources humaines » - EHESP 2013

CONFERENCES – CONGRES

« La modernisation du dialogue social à l'hôpital, un défi à relever » organisée le 19 février 2013 par le Master en économie et gestion des établissements sanitaires et sociaux de l'université de Rennes 1.

« Dialogue(s) à l'hôpital, établir, interrompre, renouer le dialogue », 21èmes journées nationales de l'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH), 21 et 22 mars 2013, Paris.

« Dialogue social, outil de la stratégie nationale de santé, médico-sociale et sociale », journées nationales Syncass CFDT, 20 et 21 juin 2013, Reims.

« Hôpital, question de confiance », 67ème congrès national SMPS, 17 et 18 octobre 2013, Paris.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 3 : Grille d'analyse primaire – Grille d'analyse catégorielle

GUIDE D'ENTRETIEN

Thématiques à aborder lors des entretiens:

- Définition du dialogue social pour l'interlocuteur
- Rôle de l'interlocuteur dans le dialogue social – rôle du directeur des soins dans le dialogue social (témoignage pour l'établissement concerné et éventuellement rôle qu'il devrait avoir) – activités et collaborations évoquées
- Relevé de notions concernant les relations sociales et leurs critères de qualité – utilisation de métaphores du domaine théâtral ou d'affrontement - détection d'éventuels préjugés - Manière d'évoquer le conflit social
- Impact de l'organisation polaire sur le dialogue social
- Notions de climat social, de bien être au travail, de veille sociale
- Notions de compétences et aptitudes nécessaires, de formation
- Rechercher dans les témoignages, les éventuels conflits intra ou inter-rôles
- Rechercher dans les témoignages les liens faits avec le management

Questions principales :

1. Lorsque j'évoque le dialogue social, à quoi pensez-vous spontanément ?
(idée, image, émotion, personne, situation...)
2. Comment définiriez-vous le dialogue social ?
3. Quelle est la place du directeur des soins dans le dialogue social ?
4. Quel est le rôle de l'encadrement de proximité, des cadres de pôle et chefs de pôle dans le dialogue social de votre établissement ?
5. Avez-vous quelque chose à ajouter et que nous n'aurions pas abordé dans cet entretien ?

Questions de relance en fonction de l'interlocuteur et du déroulé de l'entretien :

1. Comment s'organise le dialogue social dans votre établissement ?
2. Comment êtes-vous concerné par le dialogue social ?
3. Quelles compétences ou aptitudes sont-elles nécessaires pour participer au dialogue social ?
4. Avez-vous été formé au dialogue social ?
5. En dehors de ce qui a déjà été évoqué avez-vous d'autres activités qui vous semblent liées au dialogue social ?

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**Entretiens exploratoires :**

Fonction	Date	Code dans le texte
Attaché d'administration chargé des CHSCT dans un CHU	07 février	
Groupe de six faisant fonction directeurs de soins élèves à l'EHESP	26 février	
Nathalie Robin Sanchez, Directeur d'hôpital responsable de formation chargé des modules « gestion des ressources humaines » à l'EHESP	10 avril	
Directeur des soins	18 avril	DS
Directeur des soins permanent syndical national	entretien téléphonique 5 juillet	DS-RS
Roland Ollivier, Directeur de l'Institut du Management de l'EHESP et vice-président du groupe 2 du pacte de confiance pour l'hôpital	10 juillet	
Jean Kaspar, ancien secrétaire général syndical, consultant en stratégies sociales	entretien téléphonique 12 septembre	
Cadre de santé représentant du personnel en CAPL dans un CH	6 mai	CS

Entretiens semi-directifs sur la base du guide d'entretien :

Etablissement A :

Fonction	Date	Code dans le texte
Directeur général adjoint établissement A	7 juin	DH-A
Directeur des soins, coordonnateur général des soins établissement A	28 mai	DS1-A
Directeur des soins établissement A	3 juin	DS2-A
Directeur des ressources humaines A	29 mai	DRH-A
Cadre supérieur de santé, responsable de pôle, de l'établissement A	3 juin	CSS1-A
Cadre supérieur de santé, responsable de pôle, de l'établissement A	5 juin	CSS2-A
Représentant du personnel établissement A	6 juin	RP1-A
Représentant du personnel établissement A	13 juin	RP2-A
Représentants du personnel établissement A	13 juin	RP3-A

Etablissement B :

Fonction	Date	Code dans le texte
Directeur établissement B	28 mars	DH-B
Directeur des soins, coordonnateur général des soins établissement B	6 mai	DS-B
Attaché d'administration chargé des ressources humaines établissement B	29 mars	DRH-B
Cadre supérieur de santé établissement B	17 juillet	CSS-B
Secrétaire et ex secrétaire du CHSCT	23 sept	RP-B

Etablissement C :

Fonction	Date	Code dans le texte
Directeur des soins, coordonnateur général des soins établissement C	31 mai	DS1-C
Directeur des soins établissement C	15 juillet	DS2-C
Cadre supérieur de santé établissement C	15 juillet	CSS-C

Récapitulatif des professionnels rencontrés ou contactés téléphoniquement en entretien exploratoire et entretien de recherche :

Fonction	Nombre de personnes	Nombre d'entretiens
Directeurs des soins (dont 1 représentant syndical)	12 + 1 = 13	8
Directeurs d'établissement et DGA	2	2
Directeurs des ressources humaines	2	2
Cadres supérieurs de santé de pôle	4	4
Représentants du personnel – représentants syndicaux (dont 1 directeur des soins)	7 + 1 = 8	6
Autres fonctions	4	4
Total (1 entretien avec permanent syndical directeur des soins)	32	25

Appartenances syndicales des représentants rencontrés :

FO – CGT – CFDT – UNSA – CFTC – Syncass CFDT

GRILLE D'ANALYSE PRIMAIRE

- Définition du dialogue social
- Lien entre management et dialogue social
- Rôle du directeur des soins dans le dialogue social
- Relation direction des soins et direction des ressources humaines
- Utilisation de métaphores (théâtre, jeu, affrontement...)
- Stéréotypes et préjugés
- Notions de positionnement, marge de manœuvre
- Présence de conflit intra ou inter-rôle
- Utilisation des termes de négociation, concertation, consultation, information
- Evocation des thématiques de la veille sociale
- Evocation de conflits, tensions
- Lien avec les conditions de vie au travail, le climat social
- Rôle des responsables de pôle
- Prise de conscience d'un mouvement vers les pôles – rôle de l'encadrement
- Stratégies des acteurs (évoquées)
- Notions de compétences et de formation, notions de qualités et aptitudes
- Types de relations décrites

GRILLE D'ANALYSE CATEGORIELLE

- Compétences pour le dialogue social
- Définition du dialogue social
- Dialogue social et pôles d'activité
- Relations sociales
- Rôle du directeur des soins dans le dialogue social

LANNOY

Pascale

Décembre 2013

Directeur des soins

Promotion 2013

Contribution du directeur des soins au dialogue social local

Résumé :

Le dialogue social est une prérogative du directeur des soins partagée notamment avec la direction des ressources humaines de l'établissement et l'encadrement paramédical. Cette mission s'inscrit tant dans le cadre formel des instances que dans un champ informel de régulations de problématiques individuelles, collectives, organisationnelles, susceptibles d'influencer le climat social.

Management et relations sociales sont indissociables. Le management participatif et l'éthique managériale sont des facettes du rôle social et de la performance sociale du directeur des soins.

Une approche psychosociale basée sur les concepts de rôle, de relation sociale, de stratégie a été notre clé de lecture.

Ce sont le positionnement institutionnel du directeur des soins dans le dialogue social, sa stratégie de délégation du dialogue social vers l'encadrement de proximité et de pôle, sa mise en synergie des projets de soins, projet managérial et projet social dans le cadre d'un management social du changement qui vont être les leviers de réussite d'un dialogue social de qualité.

Mots clés :

Dialogue social – instances – relations sociales – rôle - management participatif – éthique managériale - projet managérial – projet social – projet de soins - pacte de confiance - cadre de santé – pôle d'activité

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.