



EHESP

Directeurs des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

« Le Directeur des Soins et les Cadres Supérieurs de Santé : une nécessaire vision partagée au service de l'institution hospitalière »

Agnès DESMARS

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes, Directeurs, Médecins, Directeurs des soins, cadres supérieurs de santé qui ont contribué à ce travail de recherche en acceptant de me consacrer un peu de leur précieux temps et de partager leur expérience riche d'enseignement.

Je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance à ceux qui m'ont soutenue, encouragée et accompagnée tout au long de ce projet et de mon parcours professionnel et qui ont cru en moi.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues de promotion pour les moments de partage et de solidarité et leur sympathie durant cette année.

Je dédie ce travail à ma famille, qui par son soutien indéfectible, sa patience, sa compréhension a rendu possible et a partagé cette aventure.

Sommaire

Introduction	1
1 Des relations professionnelles et managériales sous influence de la complexité des organisations hospitalières	5
1.1 L'Hôpital : une organisation complexe	5
1.1.1 Le système hospitalier : une somme de diversités	5
1.1.2 Un système de prise de décision à préciser	6
1.1.3 Des jeux de pouvoirs revisités	6
1.1.4 Une dynamique hospitalière en mutation.....	7
1.2 Un positionnement professionnel à affirmer.	8
1.3 Le management à l'Hôpital, entre autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle	10
1.3.1 L'autorité hiérarchique.....	10
1.3.2 L'autorité fonctionnelle	11
1.3.3 Autorité hiérarchique et fonctionnelle dans la complexité hospitalière	12
1.4 Collaboration ou coopération : une indispensable relation à instaurer	13
1.4.1 La collaboration.....	14
1.4.2 La coopération	14
1.4.3 Complémentarité des deux modes de travail.....	15
1.5 La responsabilité : un concept nécessaire au management	17
2 D'une perception de la réalité du terrain vers des pistes de réflexion.	21
2.1 Le cadre méthodologique de la recherche.....	21
2.1.1 Le champ de notre recherche.....	21
2.1.2 La population enquêtée.....	22
2.1.3 Le recueil des données	23
2.1.4 Les limites de cette étude.....	24
2.2 Les résultats de notre recherche :	24
2.2.1 L'organisation en pôle : sa déclinaison sur le terrain et ses impacts.....	24
2.2.2 La fonction du Directeur des Soins : expertise et transversalité.....	27
2.2.3 Le place du Directeur des Soins : entre collaboration et cohérence	33
2.3 De l'analyse vers des pistes de réflexions	37

2.3.1	Le Directeur des Soins dans l'organisation hospitalière	37
2.3.2	Directeur des Soins, un positionnement à construire aujourd'hui avec les Cadres Supérieurs de Santé.....	38
3	Des préconisations pour un management favorable à une vision partagée au service de l'institution.....	41
3.1	La cohérence institutionnelle : un enjeu stratégique.....	41
3.1.1	Le Directeur des Soins garant de la cohérence des organisations.....	41
3.1.2	Le projet de soins: socle de la cohérence	42
3.1.3	Des outils au service de la cohérence	43
3.2	La confiance comme support managérial	45
3.2.1	La confiance un concept à appréhender.....	46
3.2.2	La confiance : un outil managérial	47
3.3	L'accompagnement des cadres de pôle vers la subsidiarité	48
3.3.1	La subsidiarité pour une décision au plus près du terrain	49
3.3.2	Une stratégie à décliner.....	50
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS :	Agence Régionale de Santé
CHA :	Centre Hospitalier A
CHB :	Centre Hospitalier B
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CNG :	Centre National de Gestion
CSIRMT :	Commission des Soins Infirmier, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP :	Code de la Santé Publique
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DH :	Directeur d'Hôpital
DS :	Directeur des Soins
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HPST :	Hôpital patient Santé Territoire
IG :	Infirmière Générale
MCO :	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
SSPI :	Salle de Surveillance Post Interventionnelle

Introduction

Ces dernières années, l'évolution de l'environnement hospitalier a modifié la gestion des structures de soins et les relations entre les différents acteurs. La gouvernance hospitalière actuelle induit de nouvelles répartitions des pouvoirs. Le mode de financement, la concurrence entre les offreurs de soins sur le territoire et les contraintes qui pèsent sur les établissements de santé impactent les organisations. En effet, les contraintes, qu'elles soient réglementaires, économiques ou structurelles, amènent à réinterroger les organisations pour ajuster les pratiques et les actions dans une dynamique d'adaptation, nécessaire à la pérennité des établissements publics de santé. Ces profonds changements modifient les modes de management et le positionnement des acteurs hospitaliers par l'impact identitaire des équipes de direction et soignantes qu'ils entraînent.

Ainsi l'ordonnance du 2 mai 2005 (nouvelle gouvernance) a initié l'organisation en pôles dans les établissements de santé, ancrant le fonctionnement et le management des pôles sur un trinôme médecin responsable de pôle / cadre de santé /cadre administratif. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire dite loi Hôpital Santé Territoire (HPST) a renforcé ce dispositif.

Le pôle devient alors l'unité de gestion de référence de l'établissement de santé, mais dans le cadre d'une contractualisation interne déclinée à travers le contrat de pôle et formalisée par le projet de pôle. Cela induit une responsabilisation des acteurs qui prennent conscience que « *le soin a un coût et que les moyens demandés doivent être argumentés* »¹.

Notre parcours professionnel de ces trente dernières années nous a confronté à différents niveaux de responsabilités, en permanente évolution au regard des différentes réformes hospitalières. Cette expérience nous a permis de vivre dans les structures hospitalières des positionnements différents, soit en tant qu'acteur à un niveau d'exécution, soit en tant que manager à un niveau hiérarchique. Ceci a nécessité de notre part une recherche permanente d'ajustements dans l'organisation hospitalière et de compréhension du rôle que nous avons à y tenir.

A l'aube de nos futures responsabilités de Directeur des Soins (DS), il nous a paru intéressant, voire nécessaire, de réinterroger cette expérience pour construire notre futur positionnement. Nos dernières responsabilités de cadre de pôle, nous ont montré

¹ NICOLET M., 2013, « Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management », Soins Cadres 2013/05;(86) p 39.

combien la fonction de Directeur des Soins était « bousculée » par une réforme qui s'exprime avec plus ou moins de succès dans nos structures hospitalières, selon la dimension et le sens qu'on donne aux délégations dans la mise en place des pôles.

D'ailleurs, comme le précise le Rapport des Conférences hospitalières² de mars 2014, « *la plus grande variabilité des organisations mises en œuvre concerne les délégations de gestion, dont la mise en place se poursuit mais dont le type et le niveau des champs délégués aux pôles sont extrêmement différents d'un établissement à l'autre [...] Beaucoup d'établissements estiment que leurs pôles ne sont pas prêts pour une large délégation* »³. Dès lors, nous constatons que la difficulté qu'ont les décideurs hospitaliers à mettre en place de véritables délégations de gestion aux pôles est un facteur incontestable de confusion dans le repérage institutionnel du rôle des acteurs.

Nous en voulons pour preuve les conséquences de la reconnaissance aux chefs de pôle d'une responsabilité fonctionnelle sur les personnels de son pôle, qui met les cadres de pôle dans une position au mieux inconfortable, au pire ambiguë par rapport à leur propre hiérarchie, en la personne du Directeur des Soins, par délégation du chef d'établissement. Le lien privilégié qui semble parfois s'établir⁴ entre les chefs de pôles et les directeurs des ressources humaines, dans la gestion des compétences soignantes, domaine jusque là réservé aux DS, participe à cette confusion qui peut s'installer dans nos organisations.

En effet, si la Loi HPST a été très prolifique sur le rôle et les missions du Chef de pôle, elle l'a été beaucoup moins sur celui des cadres de pôles qui ne sont même pas évoqués. La loi donne de fait au Chef de pôle une totale liberté sur le choix de ses collaborateurs, et il faut attendre le décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012, portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, pour que soit légitimé, le positionnement des cadres supérieurs de santé (CSS) comme collaborateurs du chef de pôle (article 4 du décret). Jusque là, dans la plupart des hôpitaux, le positionnement de CSS, et parfois de DS dans les Centres Hospitaliers Universitaires(CHU), était laissé à l'initiative des Chefs d'établissement. Accessoirement, l'ancienne prime de cadre de pôle prévue par la Gouvernance de 2005 avait même disparu alors que la disposition était conservée pour les chefs de pôle. Elle sera rétablie en 2011⁵. La symbolique de cette suppression était riche de sens sachant que, dans notre dispositif républicain, la

² DOMY Philippe, MOULIN Guy, FRECHOU Denis, MARTINEAU Frédéric, MÜLLER Christian. « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé : rapport des Conférences hospitalières », France. Ministère des affaires sociales et de la santé ; mars 2014

³ *Ibid.* p10-11

⁴ Eléments retrouvés dans les différents entretiens menés dans le cadre de ce travail

⁵ Décret n° 2011-925 du 1er août 2011 portant attribution d'une prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions de collaborateur du praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique

reconnaissance d'une responsabilité est toujours sanctionnée par une attribution indemnitaire.

Quant au rôle du Directeur des Soins, le toilettage statutaire auquel les décrets d'application de la Loi HPST ont procédé n'apporte que peu d'éléments nouveaux de compréhension par rapport au Décret de 2002⁶ quant au rôle aujourd'hui dévolu à un DS, pourtant membre de droit du Directoire et Président de la CSIRMT. La dernière réforme statutaire⁷, en redéfinissant les contours des missions du Directeur des Soins, évoque son rôle d'accompagnement des pôles. Ainsi il « *participe à la négociation des contrats de pôle ; il propose et évalue les objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins en relation avec les pôles [...] il conseille et accompagne les chefs de pôles dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle dans le respect de leur délégation de gestion* »⁸.

Dans ce nouvel environnement managérial et par sa connaissance de la politique et des enjeux institutionnels, le Directeur des Soins se doit d'être le garant de l'équilibre de la répartition des ressources entre les pôles

Ainsi, investir aujourd'hui le statut de Directeur des Soins, c'est entrer dans la complexité, en raison de l'absence de définitions claires et précises des missions attendues de chaque acteur hospitalier, mais, aussi et surtout, du rôle du DS et de son positionnement par rapport à ses collaborateurs immédiats que sont les CSS, le plus souvent cadres de pôle.

La question que nous posons pour initier ce travail de recherche est donc :

« Quel positionnement le Directeur des Soins doit-il construire aujourd'hui avec les Cadres Supérieurs de Santé pour manager dans cette complexité ? »

A ce stade, il convient de s'arrêter sur la notion de complexité qui cerne le contexte managérial hospitalier. La complexité se définissant comme « *l'état, le caractère de ce qui est complexe* »⁹, évoquer cette notion nous amène à clarifier le mot « complexe ». Complexe, du latin *complexus* qui signifie embrassé, contenu, caractérise ce qui « *réunit plusieurs éléments différents avec une structure et des relations qui en rendent la compréhension difficile* »¹⁰.

Nous voyons là que cette complexité s'exprime pleinement au niveau de l'organisation hospitalière où différentes logiques, plus au moins compatibles, coexistent : logiques

⁶ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

⁷ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière et le référentiel d'activité établi par la DGOS en 2010

⁸ Référentiel métier de Directeur des Soins 2010. CNG

⁹ Dictionnaire Le Robert

¹⁰ RUSS J., 1991, Dictionnaire de philosophie Bordas Paris

médico-soignantes, hiérarchiques, fonctionnelles, administratives, économiques, sociales... Le contexte hospitalier en profonde mutation rend difficile le positionnement des acteurs, écartelés entre la représentation de leur rôle au sein d'un système de santé en constante évolution, les jeux de pouvoirs qui découlent des nouvelles relations fonctionnelles et hiérarchiques, et la nécessité d'adhérer aux objectifs communs d'une politique institutionnelle. Qu'en est-il pour le Directeur des Soins et les CSS, objets de notre étude ?

Pour investiguer notre question de départ nous explorerons une nouvelle interrogation : **« Quelle est la place du Directeur des Soins au sein d'un établissement organisé en pôle d'activités cliniques ? »**. En effet, si le Directeur des Soins a une place statutaire et réglementaire dans ce dispositif, il est intéressant d'approcher son positionnement effectif et de le confronter au regard des différents acteurs hospitaliers avec lesquels il est amené à travailler.

Ceci nous conduit à rechercher également **quelles sont les attentes des cadres de pôle envers le DS et inversement des DS envers les cadres de pôle ?** La réponse à cette question nous permettra de déterminer les impacts de ces attentes sur l'évolution du rôle managérial du DS auprès des cadres de pôle.

La construction de ce travail de réflexion repose, dans une première partie, sur l'exploration du cadre contextuel de la complexité hospitalière, et de celui se rapportant aux relations managériales. Cette approche donnera des clés de lecture de la recherche sur le terrain, objet de la deuxième partie. Basée sur l'exploitation d'entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs de deux centres hospitaliers (Chefs d'établissement, Présidents de la Commission médicale d'établissement, Directeurs des Soins, Médecins chef de pôle, Cadres Supérieurs de santé), cette étude mettra en lumière à la fois, les évolutions de relations entre Directeur des Soins et cadres de pôle, mais aussi le positionnement du Directeur des Soins au sein de la gouvernance en pôle. L'analyse des éléments recueillis permettra, dans une troisième partie, une mise en perspective d'un certain nombre de préconisations en lien avec notre futur exercice professionnel de Directeur des Soins.

1 Des relations professionnelles et managériales sous influence de la complexité des organisations hospitalières

Avant d'aller plus en avant dans ce travail, il convient de revenir, en premier lieu, sur la notion de complexité abordée en introduction, qui caractérise l'organisation hospitalière et influence les pratiques managériales et les comportements des acteurs. Ces notions seront abordées dans un deuxième temps de manière conceptuelle.

1.1 L'Hôpital : une organisation complexe

Cette complexité est identifiable par la structure même de l'hôpital. Ainsi dans son ouvrage, « L'innovation managériale à l'hôpital », T. NOBRE évoque quatre dimensions qui permettent de la synthétiser : la diversité des activités, le système de prise de décisions, les rapports de pouvoirs et la dimension dynamique de l'hôpital en profonde mutation.

1.1.1 Le système hospitalier : une somme de diversités

Cette diversité se manifeste aussi bien dans les activités que dans les métiers et les compétences.

D'une part, la structuration de l'hôpital est diverse, englobant des activités cliniques, médico-techniques, logistiques et administratives. Les périmètres de prise en charge des patients sont multiples. Bien que la loi HPST ait mis en place une organisation en pôles d'activités cliniques, la division en service demeure. Il s'ensuit une coexistence d'organisations et d'entités se voulant souvent autonomes les unes par rapport aux autres. Par ailleurs, les évolutions tendent à mettre en œuvre des parcours ou des filières de soins qui devraient apporter la rationalisation nécessaire et la cohérence souhaitée pour la prise en charge des patients.

D'autre part, l'importante diversité de métiers et de compétences requises pour assurer les activités complexifie l'organisation hospitalière par la multiplicité culturelle induite. La concomitance de quatre mondes fortement différenciés décrits par H. MINTZBERG et S.GLOUBERMAN¹¹ : « *Community* » (communauté : les administrateurs), « *Control* » (contrôle : les gestionnaires), « *Cure* » (traitement : les médecins) et « *Care* » (soins : les infirmières) rend difficile la coopération et les interactions entre les acteurs. Les objectifs et les valeurs de référence sont parfois contradictoires. Ainsi dans un contexte de fortes tensions économiques, la tutelle représentée par l'Agence Régionale de santé (ARS)

¹¹ Cité par T NOBRE dans L'innovation managériale à l'hôpital p11 S GLOUBERMAN , H.MINTZBERG (2001), Managing the care of health and the cure of disease, Healthcare Manage Rev 26(1),pp 256-284

exige une politique budgétaire rigoureuse. Les directeurs des établissements sont contraints de faire des choix qui ne sont pas toujours compris, les médecins voulant exercer dans le plein recours des moyens, et les soignants souhaitant privilégier la relation aux patients, revendiquant pour cela du personnel supplémentaire.

1.1.2 Un système de prise de décision à préciser

La mise en place des pôles d'activités cliniques modifie les lignes décisionnelles au sein des établissements de santé, longtemps soumis à une logique hiérarchique verticale, où la prise de décision était centralisée. Un niveau décisionnel nouveau est introduit par le biais de l'autonomie laissée au pôle à travers la délégation de moyens, véritable capacité de réponse stratégique aux orientations institutionnelles. Ce système de gouvernance s'appuie sur un dispositif de contractualisation interne. Les chefs de pôles prennent part activement aux décisions concernant les activités médicales et les modalités de gestion du pôle. Ils sont également impliqués dans bon nombre d'orientations en matière de compétences et de formation du personnel médical et paramédical. Par ailleurs, les établissements de santé, soumis également à une contractualisation avec l'ARS, doivent répondre de leurs résultats. L'ARS, en appliquant aux établissements les orientations nationales sur la santé, influence les politiques institutionnelles et les décisions de mise en œuvre.

1.1.3 Des jeux de pouvoirs revisités

L'Hôpital, défini par H. MINTZERG comme une « *bureaucratie professionnelle* »¹², est « *une structure d'autorité, composée de positions individuelles dont chacun voit sa fonction et l'étendue de ses compétences déterminées de façon hiérarchique* »¹³. Deux logiques de pouvoir sont ainsi mises en parallèle : la logique décisionnelle, souvent représentée par l'administration (la direction), et la logique professionnelle au niveau des centres d'activités (les pôles). Cette configuration politique interne est marquée par une multiplicité d'interactions et de jeux de pouvoir entre les acteurs.

P. BERNOUX définit l'acteur comme « *celui (individu ou groupe) qui participe à une action et qui a des intérêts communs pour cette action* »¹⁴. L'acteur s'inscrit dans une organisation structurée où ses membres développent « *des stratégies particulières, qui les structurent dans un ensemble de relations régulières soumises aux contraintes*

¹² D'après Henry MINTZBERG, on entend par là une organisation dotée d'une ligne hiérarchique limitée, d'un sommet stratégique disposant de peu de pouvoirs pour défendre ses options et d'une base opérationnelle pour tout ou partie dotée d'un haut niveau de compétence lui permettant de se dispenser de toute formalisation. En effet, grâce à leur haut niveau de compétence, les professionnels possèdent une large autonomie et détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur travail. (Wikipédia)

¹³ ALTER N., 2008, Sociologie du monde du travail, 2^{ème} édition, Paris, Presses Universitaires de France, p 47

¹⁴ BERNOUX P., La sociologie des organisations, Edition du Seuil, Paris, 1985 p 154

changeantes de l'environnement. »¹⁵. Les acteurs interagissent sur l'organisation en faisant fonctionner le système « *à travers un réseau de relations où ils négocient, échangent, prennent des décisions.* »¹⁶ Cependant, dans les établissements de santé, les stratégies individuelles restent très prégnantes, on constate que les objectifs managériaux sont plus représentatifs d'une « *agrégation de démarches individuelles que d'une approche collective structurée* »¹⁷. Dans son exercice le DS devra intégrer ces individualités pour leur donner un sens collectif.

1.1.4 Une dynamique hospitalière en mutation

Le système de santé, et l'Hôpital en particulier, est soumis à des évolutions à la fois structurelles et organisationnelles à travers une succession de réformes, passant au cours de l'histoire d'une structure d'accueil pour les pauvres à une organisation d'entreprise où performance, qualité, rationalisation, productivité et rigueur gestionnaire sont les maîtres mots et les nouveaux dogmes. « *Cette succession de textes entraîne une sédimentation de couches de projets de transformation, avec un accompagnement pour le moins réduit, et dont le résultat est rarement à la hauteur des objectifs fixés initialement* »¹⁸

Par ailleurs les politiques de santé ancrent leurs orientations sur les besoins de santé de la population d'un territoire, ce ne sont plus les offreurs de soins, notamment les établissements de santé, qui sont seuls à l'initiative des activités médicales proposées. La place des usagers devient prépondérante et influe sur les orientations des politiques de santé territoriales et, par leur implication au sein des établissements de santé, sur la prise en charge des patients.

Cette complexité s'exprime dans un contexte économique contraint, marqué par une constante évolution réglementaire et technologique, et par une modification continue des rapports professionnels. Ceci rend nécessaire la recherche de nouvelles stratégies managériales. Dans ce contexte, le DS apparaît comme un acteur parmi tant d'autre, il a besoin d'ajuster son positionnement au sein de l'établissement mais aussi dans ses relations aux autres professionnels et notamment les CSS. Il convient, pour tenter d'y mettre un peu de clarté, d'aborder certains aspects conceptuels caractérisant le management hospitalier actuel.

¹⁵ *Ibid.* p142

¹⁶ *Ibid.* p142

¹⁷ NOBRE T., 2014, « L'innovation managériale à l'hôpital ou comment développer le faire ensemble », Soins Cadres n°91 août 2014, pp 32-35

¹⁸ NOBRE T., 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mises en œuvre, Paris, Dunod, p 26

1.2 Un positionnement professionnel à affirmer.

Le terme positionnement est dérivé du verbe « positionner » et du mot « position » issue de la forme latine « *positio* » qui signifie action de mettre en place, poser. Au XIX^{ème} siècle « position » prend la signification complémentaire « d'ensemble des idées que l'on a, que l'on soutient ». Le positionnement peut alors définir l'action venant soutenir les points de vue. Il couvre des champs divers comme le comportement professionnel, la comptabilité, la géographie, le domaine militaire ou le marketing. Nous retiendrons ici l'aspect professionnel.

La notion de positionnement professionnel, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans un autre domaine d'activité, ne fait l'objet d'aucun texte réglementaire. Plus qu'un concept, c'est une notion qui désigne un ensemble de comportements, d'attitudes, de savoirs et de savoir-faire qui permettent d'incarner une fonction. On dit d'un positionnement professionnel qu'il est bon, s'il permet une action efficace et des résultats conformes aux attentes des acteurs et de l'institution à laquelle ils appartiennent. Dans le cas contraire, il est considéré comme inadéquat, voire mauvais.

Un bon positionnement professionnel se caractérise par une capacité à ajuster en permanence son action en tenant compte à la fois :

- de son statut (place dans l'institution)
- de ses compétences
- de ses valeurs personnelles et professionnelles
- des exigences de l'institution (cadre législatif, réglementaire et contractuel)
- des contraintes conjoncturelles
- des attentes des collaborateurs.

Si l'on considère que, hormis le statut et les valeurs, les autres éléments du contexte sont par définition mouvants et susceptibles de se modifier sans cesse, se positionner, pour un Directeur des Soins ou pour tout autre « décideur » apparaît pour l'essentiel comme une capacité à gérer l'imprévu, l'instabilité, et, partant, le risque.

Ce positionnement du DS n'est efficace que s'il s'appuie sur la participation de tous les acteurs. Cette participation n'est pas acquise d'emblée, elle doit être conquise sur trois plans complémentaires :

- une communication maîtrisée : interactive (savoir écouter et se faire écouter), explicite (dire ce que l'on va faire), explicative (dire pourquoi on le fait),
- une action cohérente : faire ce que l'on a dit, en sachant que c'est, *in fine*, sur ce qui est fait que se construit la confiance ;

- un management rigoureux, appuyé sur des règles explicites, notamment pour tout ce qui se rapporte au suivi et à l'évaluation des tâches confiées aux différents acteurs et qui définissent leur rôle dans l'action à mener.

La réunion de ces conditions permet un véritable pilotage. Elle évite aussi les dérives (luttres d'influences, stratégies d'alliances) qui se développent toujours au détriment de la finalité du service. Elle doit aussi éviter les échecs. R MUCCHIELLI compare de manière très éclairante le manager à un barreur : « *Le barreur est le porteur de l'intention, le port est son objectif mais il avancera en tirant des bordées en fonction du vent* »¹⁹.

Comme pour diriger un bateau, la qualité de la communication avec l'équipage est le garant du résultat : arriver au but fixé sans se perdre, sans perdre d'équipier, sans chavirer, et sans fracasser le bateau. Dans « *Le manager au quotidien* »²⁰, H MINTZBERG développe les dix rôles du cadre que l'on peut transposer au rôle du DS :

- Trois rôles interpersonnels : de symbole, de leader, d'agent de liaison.
- Trois rôles liés à l'information : rôle d'observateur actif, de diffuseur d'information, de porte-parole de l'équipe.
- Quatre autres rôles : d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources, de négociateur.

Les rôles interpersonnels correspondent aux différentes facettes du positionnement institutionnel du manager. Il représente l'institution, conduit l'action des équipes et assure la fluidité des échanges nécessaires à la bonne marche du projet collectif.

Les rôles liés à l'information consistent en un accompagnement de l'action collective. Une observation continue des modalités de sa mise en œuvre (difficultés rencontrées, solutions construites...) permet de réunir les éléments nécessaires à son évaluation. Le manager doit aussi nourrir les acteurs, par un retour de ces observations et par des compléments d'information liés à l'évolution du contexte, ou bien encore des effets systémiques des tâches réalisées. Il doit aussi faire entendre auprès des décideurs la parole des acteurs, dont l'efficacité est liée, pour partie, à la qualité de l'écoute qui leur est accordée.

Les autres rôles :

- l'entrepreneur : c'est « *celui qui engage des capitaux et utilise une main-d'œuvre salariée en vue d'une production déterminée* »²¹. Ce rôle correspond à l'aspect économique de l'activité de « l'entreprise hôpital ». Certes, la décision d'engagement ne dépend pas du DS, mais son avis, et la qualité des projets qu'il

¹⁹ CAUVIN P., La cohésion des équipes, ESF Editions, Paris, 1997, p 61

²⁰ MINTZBERG H., Le manager au quotidien, Edition d'Organisation, Paris, 1984, pp 181-184

²¹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)

instruit en constituent le socle. Il doit aussi être comptable des ressources financières engagées, et responsable de la qualité de la production.

- le régulateur : le DS doit être en mesure de prendre du recul par rapport aux situations professionnelles rencontrées, et de créer les conditions pour que les acteurs soient, eux aussi, capables d'effectuer cette mise à distance. Ceci afin de réfléchir sur leur pratique professionnelle, leur place et rôle dans le projet institutionnel et d'élaborer des réponses adaptées aux difficultés rencontrées.
- le répartiteur de ressources : Le DS « *organise la répartition équilibrée des ressources en soins au niveau de l'établissement* »²²
- le négociateur : c'est celui qui par son action va permettre de diffuser et partager des informations, et trouver des compromis pour résoudre une problématique ou contribuer à la mise en œuvre d'un projet. Le DS est légitime dans ce rôle par sa connaissance des organisations de soins et sa position stratégique au sein de l'institution hospitalière.

C'est à la confluence de ces rôles que se définit le positionnement professionnel du DS. « *L'observation des pratiques managériales indique bien qu'il existe une certaine combinaison de rôles chez le manager en fonction du contexte dans lequel il évolue, mais aussi en fonction de ses préférences, de ses aspirations et de ses ressources.* »²³. Autrement dit pour le DS, c'est dans la juste distance par rapport à cette multiplicité des rôles que se définit sa position, et que se construisent son efficacité et sa crédibilité de manager. Pour autant ce positionnement s'inscrit dans les rapports que les différents acteurs hospitaliers entretiennent les uns envers les autres, notamment dans un milieu empreint de relations d'autorité.

1.3 Le management à l'Hôpital, entre autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle

1.3.1 L'autorité hiérarchique

L'autorité hiérarchique est définie réglementairement et statutairement. Elle introduit un lien de subordination entre deux acteurs d'une même institution, et se concrétise notamment par le pouvoir de nomination et le pouvoir disciplinaire. L'autorité hiérarchique est détenue dans un établissement de santé par le Directeur, qui peut la déléguer pour certains actes à des adjoints (directeurs ou cadres).²⁴

²² Référentiel métier de directeur de soins, 2010, CNG

²³ PLANE J.M., 2012, Théorie et management des organisations, 3ème édition, Paris : Dunod, p 222

²⁴ Article L. 6146 al. 1 du code de la santé publique (CSP)

Le pouvoir hiérarchique est le contrôle qui est exercé par le supérieur hiérarchique sur les agents qui lui sont subordonnés. Il porte sur les actes et sur les personnes. Dans un établissement de santé, chaque acteur s'inscrit dans une ligne hiérarchique et peut donner des instructions à ceux qui sont sous son autorité, alors qu'il exécute les instructions de celui qui les lui donne.

Dans un rapport de 2009 au ministre de la santé²⁵, les rapporteurs définissent l'autorité hiérarchique par quatre prérogatives :

- le pouvoir d'instruction : évoquer et traiter directement une affaire ;
- le pouvoir d'annulation : annuler les décisions prises par un subordonné ;
- le pouvoir de substitution : agir en lieu et place d'un subordonné ;
- le pouvoir de réformation : modifier la décision prise par un subordonné.

L'autorité hiérarchique peut se déléguer, le pouvoir hiérarchique se partage.

En application des dispositions de la loi de 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, tout agent public est sous les ordres de son supérieur et doit remplir la mission qui lui est confiée. " *Tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés* "26. C'est donc le principe d'obéissance aux ordres écrits et oraux du supérieur hiérarchique qui est ici posé, sauf si les ordres sont manifestement illégaux ou contraires à l'intérêt public.

« La subordination hiérarchique impose également de se soumettre au contrôle hiérarchique de l'autorité supérieure compétente et de faire preuve de loyauté dans l'exercice de ses fonctions. Le devoir d'obéissance impose enfin au fonctionnaire de respecter les lois et règlements de toute nature »27.

1.3.2 L'autorité fonctionnelle

Alors que l'autorité hiérarchique exerce le pouvoir de nomination, d'avancement, de mutation et gère la carrière des agents (concours, grade, recrutement...), l'autorité fonctionnelle encadre et organise le travail de terrain, et ne donne que des avis sur les affectations et les fiches de postes.

²⁵ De SINGLY C., « Rapport de la Mission Cadres hospitaliers » – Tome 2, septembre 2009, p.124

²⁶ Article 28 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

²⁷ *Ibid.*

L'autorité fonctionnelle *« présente quelques caractéristiques du pouvoir hiérarchique : le pouvoir de donner des instructions au personnel du pôle, le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs et le pouvoir de réformer leurs décisions, c'est-à-dire de les modifier. Il ne s'agit pas d'une autorité hiérarchique car elle n'inclut pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité « investie du pouvoir de nomination », ni celles portant sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire »*²⁸.

Cette notion d'autorité fonctionnelle est relativement récente. Elle s'est construite par opposition à l'autorité hiérarchique. Il faut, pour comprendre cette opposition, faire un détour par la sociologie des organisations. L'Américain F. Taylor, père de l'organisation industrielle, a développé une critique de la structure hiérarchique. Selon lui, dans la ligne hiérarchique, un subordonné dépend d'un seul chef pour la totalité de ses tâches. Ce chef doit donc avoir des connaissances très étendues, excédant fréquemment la capacité d'un seul homme. Taylor proposa donc l'adoption d'une organisation fonctionnelle dans laquelle chaque subordonné dépend de plusieurs chefs, chacun d'eux ayant une autorité limitée à sa spécialité appelée autorité fonctionnelle.

Les fondements d'une structure taylorienne sont la séparation des tâches de préparation des activités d'exécution, l'accroissement de la compétence des chefs par leur cantonnement dans une seule spécialisation, la concentration en un seul service de moyens auparavant dispersés ce qui permet d'atteindre des seuils permettant des économies d'échelle.

A l'hôpital, l'autorité fonctionnelle a fait son apparition avec la nouvelle gouvernance en 2005. La loi HPST en a confirmé le principe et précisé les modalités, initiant ce qui correspond à une petite révolution dans le monde hospitalier en confiant au praticien chef de pôle une autorité fonctionnelle *« sur l'ensemble des personnels du pôle, incluant les médecins responsables d'unités fonctionnelles ou de services, les cadres soignants, les infirmiers, les aides-soignants, les agents administratifs, etc.... »*²⁹.

1.3.3 Autorité hiérarchique et fonctionnelle dans la complexité hospitalière

Autorité fonctionnelle et hiérarchique cohabitent donc à l'hôpital, comme dans toutes les institutions publiques. L'histoire fait de cette cohabitation un problème toujours actuel.

Nous rappellerons utilement à ce sujet, que lorsque les surveillants des hôpitaux ont été créés (décret d'application de la loi hospitalière de 1941) ils ont été placés sous la responsabilité hiérarchique des directeurs d'établissements, avec un rôle gestionnaire. On se souviendra également que la profession d'infirmière s'est progressivement dégagée du

²⁸ DE SYNGLY C., op.cit. p124

²⁹ *Ibid.*

contrôle exercé sur elle par la profession médicale en créant sa propre hiérarchie : les cadres de santé et cadres supérieurs, puis le Directeur des Soins. Les cadres de santé savaient fonctionner sous l'autorité du chef de service pour le quotidien et sous l'autorité du Directeur des Soins pour l'organisation des soins et la gestion et parfois aussi sous l'autorité du DRH pour certains aspects statutaires (discipline, plan de formation, notation-évaluation, gestion du temps...).

Le positionnement des cadres de santé est aujourd'hui décrit par certains comme une inconfortable place entre chef d'unité et chef de pôle, et l'on peut s'interroger sur la possibilité de faire coexister l'autorité fonctionnelle du chef d'unité, exercée sur l'organisation de l'unité de soins, la gestion des lits et des admissions, les horaires de travail (de consultation, de visite)..., avec la montée en charge de l'autorité fonctionnelle du chef de pôle.

Face aux incertitudes engendrées par les évolutions du monde hospitalier, la nécessité de travailler ensemble s'impose aux cadres de santé et au DS au-delà des liens hiérarchiques ou fonctionnels. Le DS a certainement un rôle à jouer dans la clarification des fonctions d'autorité. Il trouvera dans cette recherche des éléments pour se situer lui-même dans l'organisation hospitalière. En effet l'autorité comme l'action doit être expliquée et clarifiée afin d'être légitime. Faire autorité, c'est bien être capable de traduire la volonté générale en action légitime et ce afin de travailler ensemble.

1.4 Collaboration ou coopération : une indispensable relation à instaurer

S'adressant à des documentalistes, sur le thème de la mise en œuvre et de l'utilisation des sites web, M.F BLANQUET³⁰ pose cette question :

« Existe-t-il une différence entre ces deux termes (coopération, collaboration) ou doit-on les considérer comme des synonymes ? Les spécialistes établissent une différence importante que l'on peut résumer de la façon suivante :

- *Travail coopératif ou « à chacun sa partie du tout »*
- *Travail collaboratif ou « le tout pour tous ».*

Le travail coopératif est accompli par une division du travail dans laquelle chaque personne est responsable d'une partie de résolution d'un problème.

La collaboration implique un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre ensemble le problème. La distinction s'opère en distinguant les

³⁰ BLANQUET M.-F. Maître de conférences en sciences de l'information et de la communication à l'IUT Bordeaux III, *Intervention assurée lors de la formation des personnes ressources en documentation tenue le 12 janvier 2007 au CRDP d'Aix-Marseille. « Web coopératif, Web collaboratif »*

relations qu'entretient chaque individu avec les membres du groupe (obligation ou liberté), sa responsabilité par rapport aux actions (responsabilité déléguée au coordinateur ou constamment partagée), sa capacité à influencer sur la définition et l'enchaînement des actions permettant d'atteindre l'objectif assigné au groupe (statut : hiérarchie ou égalité). » Cette distinction s'appuie sur l'analyse étymologique et la prolonge. La coopération, concept théologique à l'origine, est « *la part prise à une œuvre commune* »³¹, la collaboration étant « *l'action de travailler en commun* »³². On retrouve cette distinction lorsqu'on parle de *collaborateur*, désignant la personne qui travaille avec quelqu'un, ou de *coopérateur* (dans une coopérative agricole par exemple), personne qui apporte sa contribution à l'entreprise collective mais travaille individuellement.

S'il importe de distinguer ces deux modalités, il faut aussi reconnaître qu'elles sont le plus souvent complémentaires, voire entremêlées, et qu'un projet ne pourra être efficacement conduit sans recourir conjointement à :

- des dispositifs et des procédures adaptées de collaboration entre les acteurs qui ont à en assurer la mise en œuvre,
- des dispositifs et des procédures de coopération avec les acteurs qui ont une part dans l'accomplissement de l'action commune (techniciens, experts, secrétaires...) et en assurent la faisabilité.

1.4.1 La collaboration

On parle de travail collaboratif quand deux ou plusieurs personnes travaillant en mode synchrone (en temps réel) ou asynchrone (en différé) dans le même milieu ou dans des lieux différents, des lieux virtuels par exemple, échangent des points de vue sur des informations existantes, organisent leur travail collectif, définissent des objectifs communs en vue de construire ensemble un objet (rapport, projet, organisation...).

Dans la collaboration, l'activité est synchronisée et coordonnée de manière à construire et à maintenir une conception partagée d'une question ou d'un problème. Elle suppose de la part du manager la capacité de mettre en parenthèse la relation hiérarchique pour travailler d'égal à égal avec chacun des collaborateurs, sans pour autant se départir de ses responsabilités devant l'institution.

1.4.2 La coopération

On évoque le travail coopératif quand deux ou plusieurs personnes travaillent conjointement dans un même objectif, chacun ayant à sa charge une part bien définie du travail à réaliser. L'action coopérative se conjugue assez naturellement avec la relation

³¹...en parlant de Dieu. Cf., Le Robert, dictionnaire étymologique de la langue française

³² *Ibid.*

hiérarchique, la liberté des acteurs s'exprimant dans un cadre défini par l'institution, et s'appliquant à la tâche contractuellement circonscrite.

1.4.3 Complémentarité des deux modes de travail

Il faut cependant noter que la distinction entre coopération et collaboration n'est pas définitive : une certaine division du travail existe en effet dans toute collaboration. Cette division est certes spontanée, basée sur un engagement, un désir de participation libre, alors que dans la coopération elle est demandée, raisonnée et construite, mais elle n'en demeure pas moins nécessaire.

Il est peu concevable en effet qu'un travail collaboratif ne soit pas nourri et soutenu par un travail personnel, et que des collaborateurs se retrouvent en réunion sans jamais avoir pris le temps de la préparer individuellement, par un travail d'analyse, de recherche, voire la construction de propositions soumises au groupe.

Il est aussi peu concevable, et peu souhaitable lorsqu'il s'agit d'institutions chargées d'une mission de service public, que les travaux de nature coopérative ne soient collationnés que par le seul manager, et ne donnent pas lieu à une mise en commun collaborative.

Le travail collaboratif constitue sans doute le mode de fonctionnement privilégié du DS, et il est intéressant d'en dessiner plus précisément les contours. Des chercheurs de l'université Laval au Canada proposent une analyse utile et pertinente des différentes modalités de collaboration, appliquées aux soins³³. Les auteurs soulignent que le défi réside pour une équipe de soins à ne pas s'en tenir à une modalité figée de collaboration, mais à ajuster leurs pratiques aux situations réelles et à leur niveau de complexité. Ils distinguent quatre niveaux de collaboration :

- *niveau 1* : le travail en parallèle

Il se caractérise par une situation où plusieurs intervenants entrent en relation entre eux dans le seul but de se tenir informés de leur action respective. « *Les interactions entre intervenants sont minimales voir même absentes par exemple lorsque l'information est acquise via les rapports et notes évolutives contenues dans le dossier de la personne. L'interdépendance est quasi absente dans ce type de travail* »³⁴.

- *niveau 2* : le travail par consultation/référence

Ce niveau correspond à une demande d'avis à un intervenant de discipline différente. Ce niveau implique une reconnaissance des limites de son propre champ disciplinaire et le recours à l'expertise de l'autre. Les interactions entre les individus demeurent

³³ « Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux », Guide d'accompagnement. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé, et services sociaux (RPCI), Université Laval mars 2011

³⁴ *Ibid.*

tout de même faibles et épisodiques. À ce niveau, l'interdépendance entre les individus demeure relativement faible puisqu'aucun engagement formel n'est présent entre les intervenants.

- *niveau 3 : la coordination des actions*

« Cette pratique de collaboration est liée à l'objectif de se coordonner afin d'organiser l'offre de soins et services tout en assurant la cohérence et la complémentarité des différentes interventions prévues. L'interaction entre les individus y est modérée »³⁵.

Les champs d'expertise de chacun sont rapprochés et complémentaires. Une certaine interdépendance est tout de même présente entre les individus puisque ceux-ci ont un engagement moral envers les décisions prises concernant l'offre de soins et services. Cette interdépendance est cependant limitée puisque la coordination demeure une juxtaposition d'objectifs disciplinaires.

- *niveau 4 : la pratique partagée*

Cette pratique implique une prise de décision partagée entre les intervenants. Elle répond aux exigences d'une situation complexe, qui nécessite une harmonisation des points de vue des intervenants afin de répondre de manière adéquate au problème posé en élaborant un plan d'action commun. « Les interactions entre les intervenants sont nécessairement plus intenses dans ce type de pratique »³⁶ qui implique un réel partage des champs de compétence de chacun. « Cette situation amène une interdépendance élevée entre les individus puisque ceux-ci s'engagent de façon formelle dans l'établissement du plan d'action commun et, par conséquent, partagent de façon solidaire les responsabilités liées aux décisions de l'équipe. Ce niveau de pratique demande une forte cohésion entre les individus »³⁷.

Cette analyse des différents niveaux de collaboration pour la mise en œuvre des soins aux patients constitue un bon paradigme pour appréhender la question de la collaboration au sein de l'hôpital. Elle met en effet en évidence plusieurs points essentiels :

- La nécessité de ne pas s'en tenir à un mode unique de collaboration, mais de tenir compte de la spécificité du problème à résoudre, de sa complexité pour en définir les modalités. Autrement dit, la collaboration ne doit pas s'enfermer dans des formes et dans des rituels uniques et immuables (réunions hebdomadaires, avec les mêmes collaborateurs et les mêmes procédures...)
- L'importance des questions d'interaction et d'interdépendance, à la fois comme marqueurs des niveaux de collaboration (plus le niveau de collaboration est élevé, plus le niveau d'interaction et d'interdépendance entre les acteurs est élevé), mais aussi comme clés du management (plus ces niveaux d'interaction et

³⁵ *Ibid.* p 12

³⁶ *Ibid.* p 13

³⁷ *Ibid.* p 14

d'interdépendance sont élevés, plus le management devra être précis et adapté, notamment en terme de hiérarchisation des tâches et des missions)

- L'importance de la cohésion des acteurs engagés dans le projet, et, partant, de la qualité du leadership.³⁸

Le contexte hospitalier actuel exige de manager avec plus de flexibilité et d'adaptabilité, en s'éloignant du modèle « commander, ordonner et contrôler » fondé sur une ligne purement hiérarchique. Le DS doit adopter, auprès des équipes soignantes et plus particulièrement des cadres de santé, un rôle de leader dont la fonction consiste « à donner des directions, animer, contrôler, faire en sorte que s'opère la magie d'une action collective efficace. Le leader a la capacité d'engager les autres dans une vision partagée. Il possède des valeurs fortes qu'il s'est forgé dans son expérience »³⁹.

A ces notions de collaboration et de coopération vient se greffer la dimension de responsabilité qui engage les acteurs dans leurs rapports managériaux.

1.5 La responsabilité : un concept nécessaire au management

Le concept de responsabilité correspond à « l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences [...] Les personnes morales de droit public peuvent voir leur responsabilité engagée à l'égard des particuliers ou d'autres collectivités publiques soit pour faute, soit sans faute (responsabilité dite de risque) »⁴⁰ La responsabilité, au sens juridique, définit les règles selon lesquelles chacun est susceptible de répondre des conséquences dommageables de ses actes ou de ses omissions.

Il existe, dans le domaine professionnel, 4 types de responsabilité :

- la responsabilité administrative et la responsabilité civile, dont la mise en œuvre vise à obtenir une réparation (l'indemnisation du préjudice subi)
- la responsabilité disciplinaire (parfois dite ordinale), dont la mise en œuvre vise à sanctionner l'auteur d'un manquement aux obligations professionnelles ou déontologiques ;
- et la responsabilité pénale, qui tend à réprimer l'auteur d'une infraction réprimée par le code pénal, le code de la santé publique ou d'autres textes spécifiques.

³⁸ « Le leadership est une autorité d'influence, basée sur les relations que le leader noue avec les membres d'un groupe. Cela implique pour le leader de communiquer efficacement avec les membres du groupe, de faire adhérer l'équipe à un but commun, et de motiver les membres de l'équipe à atteindre les objectifs fixés » Antonin GAUNAND (www.antonin-gaunand.com) Formateur en leadership et management.

³⁹ M. THEVENET, 2003 une affaire de proximité, Paris, Editions d'Organisation, p 151-154

⁴⁰ Dictionnaire en ligne du CNRS (ORTOLANG)

Dans le domaine hospitalier, les établissements publics de santé et les personnels qui y exercent relèvent principalement d'une responsabilité administrative. C'est donc l'hôpital qui est susceptible de voir sa responsabilité mise en cause s'il survient un accident médical fautif ou un défaut dans l'organisation ou le fonctionnement du service.

Au regard de cette responsabilité en matière d'organisation le DS est pleinement concerné. En effet il est « *responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et sécurité des soins définis dans ce cadre [...] il s'assure du respect de la réglementation et des bonnes pratiques en matière d'organisation des soins* »⁴¹.

Au contexte réglementaire qui encadre la notion de responsabilité, il convient aujourd'hui d'ajouter un volet que nous pourrions appeler la « responsabilité managériale ». Ce domaine de responsabilité porte sur l'impact humain des organisations mises en œuvre. Le manager doit prendre en considération cette dimension en matière :

- d'organisation du travail
- de relations professionnelles
- d'implication
- de motivation
- de sens du travail
- de mobilisation.

A ce titre le Directeur des Soins prend une part active à la mise en œuvre de cette responsabilité dans ses pratiques managériales et dans les projets institutionnels auxquels il participe. Montrant ainsi sa capacité à rester en phase avec les réalités des équipes et le quotidien de chacun, il a les moyens d'agir sur la motivation individuelle et collective du groupe qu'il encadre.

L'organisation du travail, parfois changeante mais nécessairement évolutive, s'impose à tous les collaborateurs avec une exigence très forte de résultat. S'il n'y a personne pour accompagner les changements, adapter les conditions de travail, évaluer les compétences et agir sur la motivation, les équipes perdent le sens de l'action collective et s'enfoncent dans le stress ou dans la démotivation.

On notera enfin qu'il s'agit là d'une responsabilité globale de l'institution, du sommet à la base de l'édifice: chacun doit être vigilant sur ce point, et il échoit à tous les niveaux de la hiérarchie d'assumer cette responsabilité, tant par la sensibilisation, que par la formation ou l'accompagnement.

⁴¹ Référentiel métier de directeur de soins, 2010, CNG

Cette première approche documentaire nous a permis de mieux appréhender le contexte et l'évolution de l'organisation en pôles d'activités cliniques à travers un ensemble de textes réglementaires, de rapports ministériels et de différents écrits (ouvrages et articles). Elle a nourri notre cheminement conceptuel.

La position statutaire du DS et son parcours professionnel particulier, puisqu'il est issu du monde soignant avant son intégration dans un corps de direction, nous amène à l'identifier comme un acteur essentiel et incontournable du management hospitalier. Sa connaissance des organisations soignantes et sa transversalité contribuent à renforcer sa légitimité. « *Sa valeur ajoutée est son expertise en organisation des soins et sa connaissance de la réalité du contexte environnemental de l'hôpital afin d'être une aide à la décision au sein d'une équipe de direction* »⁴². La loi HPST, basée sur la contractualisation, a modifié, les rapports managériaux, notamment au niveau des DS et des CSS, en les faisant évoluer vers plus de collaboration.

Aussi, nous efforcerons-nous dans la deuxième partie de confronter ces apports théoriques à la réalité du terrain pour tenter d'éclairer notre questionnement sur les relations qui s'instaurent entre le DS et les CSS, soumis à la complexité du système managérial hospitalier.

⁴² PRUVOT N., 2013, « La collaboration entre le Directeur des Soins et le cadre paramédical de pôle », Soins Cadres, n° 2013/05, p 44

2 D'une perception de la réalité du terrain vers des pistes de réflexion.

Le travail d'investigation mené sur le terrain a pour objectif de mieux cerner le positionnement du Directeur des Soins au sein d'un établissement et d'identifier, à travers les résultats obtenus, les éléments de réponse nous conduisant à qualifier les relations qu'il est amené à construire avec les Cadres Supérieur de Santé.

2.1 Le cadre méthodologique de la recherche

2.1.1 Le champ de notre recherche

Dans un souci de cohérence et pour faciliter la mise en concordance des éléments recueillis nous avons choisi de réaliser notre étude au sein de deux établissements hospitaliers de taille moyenne et non universitaires.

Présentation des établissements

Le centre hospitalier A (CHA) : cet établissement a des activités de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique (MCO) et de gériatrie, il se compose de 1327 lits et places sur 2 sites. Il est structuré en 10 pôles d'activité cliniques. La Direction des Soins est constituée d'un DS coordonnateur général des soins et d'un DS, l'équipe d'encadrement supérieur se compose de 10 CSS, cadres de pôle, et d'un CSS affecté à la Direction des Ressources Humaines. Les réunions régulièrement programmées avec la Direction des Soins permettent des échanges entre les cadres supérieurs de santé et la Direction des Soins. Les organisations soignantes ont bénéficié d'une restructuration au cours des dernières années. La situation financière est fragile et nécessite une vigilance dans le suivi des activités et des dépenses engagées.

Le centre hospitalier B (CH B) : cet établissement a des activités de MCO, de psychiatrie et de gériatrie, il dispose de 541 lits et places sur plusieurs sites. Il est structuré en 7 pôles d'activités cliniques. La Direction des Soins est constituée d'un DS coordonnateur général des soins et d'un DS, l'équipe d'encadrement supérieur se compose de 6 CSS, cadres de pôle. Le niveau de concertation Direction des Soins/encadrement de pôle est similaire à celui du CHA. Des restructurations des organisations soignantes sont en cours. L'équilibre budgétaire est fragile et conduit à un suivi des dépenses et des recettes comme pour le CHA.

Dans les deux établissements le projet de soins a été bâti en s'appuyant sur un travail de concertation et de collaboration avec les différents acteurs paramédicaux.

Pour le CHA, les membres de la CSIRMT ont participé activement à cette réflexion. Dans le CHB une réactualisation du projet de soins partant d'une évaluation intermédiaire des actions programmées a donné l'opportunité aux soignants de se réapproprier cet outil et de le faire évoluer.

Dans les deux cas le projet de soins à revêtu une dimension opérationnelle ancrée dans la réalité du terrain pour ce qui concerne la faisabilité des axes retenus. Il prend appui à la fois sur le projet médical de l'établissement, les besoins de la population sur le territoire et les orientations en matière de politique de santé.

Pilotage des pôles

Le pôle est dirigé par un Médecin chef de pôle et un Cadre de Pôle (CSS ou Cadre de Santé faisant fonction de CSS). Ils assurent la gestion quotidienne et l'organisation opérationnelle des activités médico-soignantes. Ils proposent et organisent les évolutions des activités médicales. Dans le CHA, ils ne sont pas assistés par un cadre administratif dédié, cette fonction restant centralisée et commune à l'ensemble des pôles contrairement au CHB.

Les effectifs de personnels médicaux et paramédicaux ont été fixés par concertation entre la Direction et le pôle, ils ont parfois fait l'objet d'ajustements en fonctions de l'évolution des projets et de l'activité.

Des projets de pôle ont été définis qui déclinent les objectifs d'activité, à partir du projet d'établissement et notamment du projet médical et de soins, mais aussi les moyens mis à disposition. Ils ont fait l'objet d'une contractualisation avec la Direction.

Pour ce qui concerne la délégation de moyens dans le CHA, les pôles disposent d'une enveloppe dédiée à la formation et une délégation restreinte de moyens pour compenser l'absentéisme de courte durée, la direction des ressources humaines gérant en centrale les problématiques d'absences de plus longue durée.

Les pôles du CHB ne disposent pas de délégation de moyens pour compenser les absences de courte durée, un pool de remplacement est géré en centrale par un cadre de santé positionné sur une mission transversale, le recours aux heures supplémentaires et au remplacement contractuel est arbitré par la Direction des Soins.

2.1.2 La population enquêtée

Afin de recueillir des éléments de réponses à notre questionnaire sur le positionnement que doit bâtir le Directeur des Soins avec les Cadres Supérieurs de Santé, il nous a paru intéressant de solliciter les avis de ces professionnels, et d'y associer également des

acteurs qui interviennent dans le management des établissements de santé, au regard de leurs pratiques interactives et complémentaires.

Nous avons ainsi mené douze entretiens auprès de différents professionnels : un Directeur d'hôpital, un Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), un médecin chef de pôles, un Directeur des Soins et de 2 Cadres Supérieurs de Santé dans chacun des établissements. Cependant, il nous a été impossible de réaliser dans le CHB un entretien avec le Président de la CME, indisponible lors de notre sollicitation. Afin de maintenir un équilibre dans la récolte des données, nous avons pu, néanmoins, interviewer dans le CHA le Président de la CME sortant.

Les propos recueillis nous ont donné la possibilité d'illustrer notre travail.

2.1.3 Le recueil des données

Le choix de l'outil d'investigation s'est porté sur l'entretien semi directif individuel afin de prendre en compte la singularité des individus interrogés dans la situation étudiée. Cela nous a permis de cerner les représentations et les perceptions de chacun.

Les personnes qui ont accepté de participer à notre recherche ont été assurées du respect de la confidentialité et de l'anonymat. Les entretiens se sont déroulés dans un climat de confiance. D'une durée de 1heure à 1heure 30, ils ont été enregistrés avec l'accord des personnes consultées. La dynamique des questions ouvertes a favorisé les échanges, nourris de reformulations et de questions de relance pour explorer plus avant les différentes thématiques.

Les interviews se sont appuyées sur un guide d'entretien⁴³ adapté aux professionnels sollicités. Les thématiques abordées sur les différentes grilles traitent :

- du ressenti sur l'évolution des fonctions du DS et des CSS dans la gouvernance hospitalière en pôle d'activité,
- de la place réelle et souhaitée du DS au sein de cette organisation du point de vue des différents professionnels interrogés,
- des attentes des DS envers les CSS et des CSS envers les DS,
- des compléments éventuels à apporter, comme la nécessité d'une formation des CSS ou la place du DS dans le territoire de santé.

Par ailleurs, au cours des périodes de stage réalisées au sein d'un des établissements supports de notre étude, nous avons saisi l'opportunité d'assister à des réunions entre la Direction des Soins et les Cadres de pôles et à des séances de travail sur différents

⁴³ Cf. annexe n°1 à annexe n°5

projets. Nous avons pu ainsi observer les relations professionnelles établies ainsi que les stratégies managériales développées.

Pour compléter cette étude nous avons consulté certains documents institutionnels se rapportant à notre problématique : les profils de postes des CSS, le projet d'établissement, le projet de soins. Cette consultation a étayé notre vision contextuelle de la construction managériale.

Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription afin de procéder à leur analyse. Cette analyse a permis de regrouper et traiter les éléments recueillis auprès de l'ensemble des interlocuteurs autour des thématiques abordées à partir des guides d'entretien.

2.1.4 Les limites de cette étude

L'étude élaborée dans le cadre de ce mémoire professionnel, et à *fortiori* la réflexion qui en découle, n'a pas la prétention d'être exhaustive et ne peut en aucun cas être assimilée à un travail de recherche mais seulement aux prémices d'un tel ouvrage. Les limites essentielles sont inhérentes à la taille restreinte de l'échantillon des personnes interrogées et au nombre réduit d'établissements étudiés, du fait des contraintes temporelles de cet exercice.

Cette étude s'appuie sur des données qualitatives dont les interprétations restent en lien avec les terrains investigués et ne peuvent être généralisées en l'état. Elle nous a cependant donné l'opportunité de nous confronter, à travers une démarche méthodologique, à une nécessaire mise à distance de nos pratiques pour les faire évoluer.

2.2 Les résultats de notre recherche :

L'analyse des entretiens est basée sur une classification thématique au regard des interrogations énoncées en introduction, elle prend en compte les différents points de vue des professionnels rencontrés.

L'objectif de cette étape est de mettre en évidence des données significatives, utiles à la formulation des préconisations que nous aborderons dans la troisième partie.

2.2.1 L'organisation en pôle : sa déclinaison sur le terrain et ses impacts

Dans les deux établissements étudiés, la mise en œuvre des pôles est organisée sur une logique de regroupement d'activités médicales par spécialité (psychiatrie) ou par organes (Tête/Cou, Cœur/Poumon), de filières de prise en charge (gériatrie), de prestations (médico techniques). Elle prend aussi en compte les affinités des personnes à travailler ensemble.

Le pilotage des pôles est basé sur une gouvernance peu déconcentrée, la Direction conservant la gestion des aspects financiers, administratifs et stratégiques. Les acteurs interrogés mettent en corrélation cette organisation avec la dimension des pôles qui, si l'on excepte certains domaines (gestion des formations, certains aspects de compensation de l'absentéisme, budget pour les dépenses d'équipement et d'hôtellerie) rend difficile une délégation de moyens. Toute autre délégation nécessiterait par ailleurs un redéploiement des personnels possédant les compétences administratives requises pour les accompagner, ce qui est irréalisable dans le contexte des établissements concernés.

Pour un Directeur d'Hôpital (DH) « *les délégations restent limitées pour plusieurs raisons : le manque d'outil techniques, mais aussi parfois le manque de motivations des directions fonctionnelles à déléguer par peur de perdre du pouvoir, ou par manque de confiance dans la « capacité à faire » des dirigeants de pôle. Quoiqu'il en soit le renforcement de la contrainte (budgétaire) ne va pas dans le sens de la délégation ou de la déconcentration, c'est plutôt l'inverse, si on veut maîtriser il faut centraliser* ». De plus il est important de noter que « *la plupart des médecins chefs de pôle ne sont pas demandeurs d'une délégation élargie car elle est perçue comme un piège puisqu'elle est assimilée à la gestion de la pénurie* ». Ils souhaitent avant tout être associés à la décision et garder le pouvoir et la liberté de s'opposer, « *ils ne veulent pas assumer la responsabilité de l'arbitrage nécessaire à la gestion* ».

La loi HPST a introduit la notion d'autorité fonctionnelle attribuée au médecin chef de pôle. Cette notion inclut non seulement le pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail, mais aussi l'affectation des personnels au sein du pôle. Elle n'inclut pas les prérogatives dévolues à l'autorité investie du pouvoir de nomination, (le Directeur de l'établissement) portant sur le recrutement, la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire relevant de l'autorité hiérarchique. Le pôle ne peut, en aucun cas, se substituer pour ces domaines à la Direction qui reste seule détentrice du statut d'employeur.

Comme le souligne un Directeur des Soins, un des enjeux de la loi HPST dans l'instauration des pôles est « *qu'à travers le pouvoir donné aux représentants médicaux c'est l'implication induite qui va amener les médecins à se dire qu'il y a d'autres enjeux à l'hôpital que la prise en charge des patients* ». Les médecins chef de pôle ont pris conscience que l'organisation en pôle les a fait basculer dans « *une dimension de manager* », que « *les notions de rentabilité sont de plus en plus présentes dans le monde de la santé, que chacun subit les effets des contraintes budgétaires .On nous parle d'efficience, de qualité de sécurité...mais on ne nous donne pas toujours les*

moyens de le faire ». Tous s'attachent à souligner que la tarification à l'activité a amené la santé dans le monde économique mais « *sans tenir compte de la totalité des contraintes liées aux obligations de l'hôpital et de notre capacité à porter une gestion au sens économique* ».

Le passage de la dotation globale au financement à l'activité (T2A) a marqué une évolution importante pour les établissements de santé et a été « *porteur de grands bouleversement dans l'organisation de l'hôpital. A partir du moment où les ressources viennent directement de l'activité médicale, on est obligé d'associer les professionnels de santé, médecins et paramédicaux, les gens qui produisent, à la gestion* »⁴⁴. Ces propos font écho aux observations du sociologue V. de GAULEJAC⁴⁵ « *l'institution hospitalière est invitée à se transformer en entreprise de santé [...] De plus, l'évolution des techniques oblige chacun à s'interroger sur son rôle et ses pratiques* ».

En substance, le sentiment partagé est qu'il ne suffit plus d'être performant isolément, et qu'il faut penser l'efficience au niveau de l'établissement. Cette notion de partage reste encore sensible, elle peut être source de désaccord entre les pôles et nécessite un accompagnement et un arbitrage de la part des directions.

Pour un des Présidents de CME « *la gouvernance a changé depuis la loi HPST, les chefs de pôles sont sollicités pour la gestion du pôle, les prérogatives des chefs de service ont été gommées, bien que beaucoup d'hôpitaux aient laissé une place au chef de service*⁴⁶ *et les incluent dans les décisions. Le pôle devrait être le seul niveau de gestion, or c'est un problème, car l'unité de base de fonctionnement, dans la réalité, ce n'est pas le pôle mais c'est le service, en dehors de certains pôles qui pourraient être appelés des « pôles services » en raison de leur taille et de l'homogénéité de leurs activités comme les urgences, la gériatrie. Le pôle reste l'interlocuteur privilégié de la direction dans le domaine de la stratégie et le service représente l'opérationnel. Dans la plupart des configurations, on se retrouve donc avec des cohabitations de « métiers médicaux » différents, qui peuvent aboutir à des situations complexes, car chacun à ses propres priorités* ».

Nous noterons ici que le besoin de coordination centralisée doit persister à tous les niveaux, « *la mise en place des pôles n'induisait pas de suppression d'une structure de*

⁴⁴ Verbatim recueilli auprès d'un DH

⁴⁵ Cité dans l'article Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management, mai 2013, Soins Cadre n°86, p39

⁴⁶ Si la loi HPST a supprimé la notion de service, cette entité est souvent conservée dans les établissements sous différentes appellations

direction centrale, bien au contraire il faut la maintenir, pour éviter tout phénomène de balkanisation »⁴⁷.

Dans ce contexte et afin de faciliter et de coordonner les activités de soins, le management hospitalier doit s'appuyer sur la recherche d'un équilibre entre les différents acteurs et sur leur implication. Le Directeur des Soins a certainement, à ce niveau, un rôle à jouer.

2.2.2 La fonction du Directeur des Soins : expertise et transversalité

Une évolution du métier

Pour aborder la fonction de Directeur des Soins et la confronter à la réalité du terrain, il nous faut revenir tout d'abord sur l'origine de ce corps.

Le corps des Directeurs des Soins trouve son origine dans la volonté exprimée par Mme S. WEIL, alors ministre de la santé, de faire reconnaître et d'instaurer la fonction d'Infirmière Générale (IG)⁴⁸. Deux évolutions complémentaires ont permis de concrétiser cette reconnaissance :

- l'évolution du positionnement de l'IG : en s'éloignant de la sphère médicale (l'IG est membre de la commission médicale jusqu'en 1990) elle se rapproche des équipes de direction. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée entre autres le Service de Soins Infirmiers. *« La direction est confiée à l'IG, une commission d'expression spécifique présidée par l'IG est consultée, le projet de soins infirmiers est intégré, comme le projet médical, au projet d'établissement »⁴⁹* l'IG devient membre de la direction, elle *« assiste à la CME, invitée par le directeur en qualité de collaborateur. Un membre élu de la Commission des soins infirmiers siège à la CME avec voix consultative »⁵⁰.*
- l'instauration du diplôme de cadre de santé⁵¹ concernant l'ensemble des professions paramédicales, qui signe l'élargissement du Service des Soins infirmiers.

Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps des directeurs entérine la disparition des IG et la création des DS. Il permet l'accès à cette fonction aux cadres issus des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques.

Le DS *« dispose, par délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. La fonction de coordonnateur général des soins est*

⁴⁷ Verbatim recueilli auprès d'un DH

⁴⁸ Décret du 11 avril 1975 et circulaire du 31 juillet 1975

⁴⁹ www.directeurdesoins-afds.com, site de l'association française des Directeurs des Soins

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé

totale­ment légitimée par cette délégation de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé »⁵².

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière supprime la mention de l'autorité hiérarchique du Directeur des Soins sur les cadres de santé celle-ci restant dévolue au chef d'établissement, il peut cependant choisir de la déléguer au Directeur des Soins.

D'une autorité hiérarchique à une compétence d'expertise

L'autorité hiérarchique a ainsi été le socle des relations DS/CSS durant plusieurs années. Elle n'excluait pas, bien sûr, les relations de collaboration nécessaires à toute démarche projet, comme nous l'avons vu dans notre première partie. Elle légitimait la position des DS non seulement au niveau de l'encadrement soignant mais aussi des équipes médicales qui lui reconnaissaient un rôle dans la ligne d'autorité paramédicale en continuité des fonctions de l'Infirmière Générale. Cette position hiérarchique donnait un cadre défini à la fonction du DS et délimitait son champ d'intervention tout en lui reconnaissant une position claire et connue par tous.

La plupart des chefs d'établissement a délégué l'autorité hiérarchique aux DS, considérant que ce sont eux qui gèrent en direct les CSS, les accompagnent dans la réalisation de leurs missions dans le respect des orientations du projet d'établissement et, qui plus est, les évaluent. D'ailleurs les CSS témoignent d'un lien hiérarchique toujours présent, sans pour autant être une entrave dans leur relation de travail avec les DS : *« le lien hiérarchique existe toujours, mais on peut partager, travailler ensemble, le DS est là pour nous aider et nous écouter ».*

Les dispositions de la nouvelle gouvernance en 2005, puis de loi HPST positionnent les CSS sur des missions au niveau du pôle qui pouvaient être auparavant confiées aux DS, notamment la gestion des compétences, les orientations en matière de formations ou de gestion des ressources humaines, mais également dans le domaine de l'organisation, de la coordination, de la qualité et la sécurité des soins.

Dans certains établissements, l'organisation mise en œuvre a parfois généré de la confusion entre les deux fonctions. C'est ainsi qu'on a pu lire dans une revue spécialisée⁵³ que le rôle des CSS était *« à égalité de compétences avec les directeurs des soins qui s'accrochent à leurs prérogatives »*. Si on peut effectivement reconnaître au CSS un certain niveau de compétence qui lui permet d'engager des orientations pour le pôle, ce niveau est difficilement assimilable à la totalité des compétences du DS. Par sa

⁵² *Ibid.*

⁵³ HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », Objectifs soins, n°203, pp 24-26

vision globale de l'établissement et son expertise des organisations, le DS est le plus à même d'identifier, de valider et d'harmoniser les projets des différents pôles. Dans le contexte actuel, il s'éloigne de l'opérationnalité, domaine de l'encadrement supérieur et de proximité pour aller vers le stratégique.

« Les DS viennent du corps des Cadres de Santé et ont évolué dans un monde professionnel très hiérarchisé. Certains collègues DS ont du mal à couper le « cordon », ils restent encore très proche de l'environnement infirmier [...] Le DS doit se dédouaner de l'autorité hiérarchique, même si elle est demeure nécessaire pour asseoir les décisions et mener les arbitrages indispensables. Il doit inscrire son action dans une autorité d'expertise. C'est par l'expertise qu'il repositionnera son rôle dans le dispositif de l'organisation de l'hôpital et qu'il pourra être identifié par les CSS comme un acteur incontournable »⁵⁴.

On voit bien ici, comme nous l'évoquions dans notre préambule conceptuel, que faire autorité pour le DS passe par sa capacité à mettre ses compétences, son expertise et ses valeurs au service de l'institution, et en particulier des CSS, et, par la même, à affirmer sa légitimité.

Nous pouvons maintenant, à partir de ces différents éléments, nous questionner sur la position du Directeur des Soins au sein de l'établissement.

Une fonction légitime

La légitimité du DS est renforcée par sa position de Président de la CSIRMT. Ainsi à ce titre, dans la gouvernance instaurée par la loi HPST, le DS est le seul directeur positionné comme membre de droit du Directoire auprès du chef d'établissement et du Président de la CME.

Cependant pour un des Chefs d'établissement *« le DS est un directeur adjoint comme les autres avec ses spécificités, pourquoi l'imposer au Directoire, lui, plutôt qu'un autre. Il y est en sa qualité de Président de CSIRMT. J'aurais préféré que le binôme DH/Président de la CME ait plus de liberté dans la composition de cette instance. Je reconnais que j'aurais positionné, de toute façon, le DS dans cette instance, par rapport à la personne, au regard de ses qualités et de ses compétences. En fait mon choix se base, non pas, sur la fonction de DS, mais bien, sur l'expertise et l'expérience de la personne »*. On notera dans cette remarque le signe d'une certaine fragilité du positionnement au Directoire du DS.

⁵⁴ Verbatim recueilli auprès des DS

L'autre Directeur insiste sur la place incontournable du DS au sein d'un établissement. Il le verbalise ainsi : « *le DS est le n°3 de mon équipe, après le Directeur adjoint, en matière de vision stratégique et globale de l'établissement [...] Beaucoup de dossiers traités en Directoire concernent l'organisation des unités de soins [...] J'ai toujours considéré que le DS a une place particulière par rapport aux autres membres de l'équipe de direction car il a une compétence et une intégration sur les organisations que ne peuvent pas avoir, nécessairement, les autres directeurs [...] qui ont une vision fonctionnelle de l'établissement avec un angle lié à la spécificité de leur direction (DRH, finances, logistique...) alors que je retrouve chez le DS la vision transversale de l'institution que peut avoir le chef d'établissement* ». Ce postulat de la légitimité du DS au sein du Directoire est à l'évidence plus conforme que la précédente remarque à l'esprit de la loi HPST, et au souci d'efficacité qu'elle exprime.

Une expertise au service de la transversalité

Le Directeur des Soins demeure l'élément pivot de la conception de tous projets de développement d'activités de soins : « *ça paraît difficile de se passer du DS au regard de la transversalité de sa fonction et du lien qu'elle crée* »⁵⁵. Le DS apporte une vision coordonnée des organisations nécessaires dans un contexte contraint où les moyens alloués restent « *dans une enveloppe peu extensible voire fermée qu'il faut utiliser au mieux* »⁵⁶, le DS doit impulser et « *trouver des organisations plus économes en moyens* »⁵⁷ en restant dans une logique de qualité et de sécurité.

Comme le soulignent les CSS « *le DS est en position de transversalité mais il fait aussi partie de l'équipe de direction, sa place est légitime au sein de la direction, il valorise la parole des soignants, car il est notre porte-parole, il valide nos projets, nos analyses [...] Le DS, c'est un représentant de la communauté paramédicale, puisqu'à la base c'est un soignant. Il doit être notre relais auprès de différentes directions et être à l'écoute de nos problématiques. Il doit être en position d'aide dans certaines situations, d'une part, pour résoudre des problématiques, et d'autre part, pour construire des projets. En effet le DS a une vision plus globale de l'institution que nous (CSS), nous avons seulement une vision du pôle et pas de tous les enjeux de l'établissement et hors établissements* ».⁵⁸

Il apparaît clairement dans ce discours que l'appartenance originelle au monde soignant facilite à la fois la reconnaissance du Directeur des Soins par l'encadrement paramédical, pour qui elle légitime le positionnement à un niveau de direction, et leur compréhension mutuelle.

⁵⁵ Verbatim recueilli auprès d'un DH

⁵⁶ Verbatim recueilli auprès d'un Président de CME

⁵⁷ Verbatim recueilli auprès d'un DH.

⁵⁸ Verbatim recueilli auprès des CSS

Les deux Chefs d'établissement s'accordent à dire, à propos du DS, que « c'est *la personne qui fait son poste et pas le titre qui fait la personne* », il appartient alors au DS de développer une posture de manager responsable, investi dans les aspects stratégiques et politiques de l'institution hospitalière. Il doit garder l'attache du terrain tout en ayant la capacité de s'éloigner de l'opérationnel, en déléguant au CSS la responsabilité de la gestion du pôle. Le rôle du DS se situe bien, aujourd'hui, au niveau des orientations politiques de l'établissement en matière d'activités médicales et d'organisations paramédicales à mobiliser en parallèle.

L'existence institutionnelle de la Direction des Soins prend corps, à la fois dans le projet de soins, véritable guide des orientations des soins paramédicaux mis au service du patients et de l'hôpital, et dans la CSIRMT, instance de consultation qui associe les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement.

L'action du DS a également évolué « *dans le conseil technique auprès du Chef d'établissement, dans l'étude, et la réflexion des organisations soignantes. Cette évolution est loin d'être un appauvrissement c'est plutôt un enrichissement pour la fonction. Le DS est moins dans la gestion du quotidien, dans le recrutement, les problèmes des remplacements ; il est plus dans la conception des organisations, ce qui est plus riche, même si cela peut être perçu par certains DS comme un appauvrissement, parce que la gestion des humains a des côtés valorisants, c'est une forme de pouvoir. Cela lui permet de prendre du recul par rapport au terrain opérationnel et de se consacrer davantage à son domaine d'expertise qui est celui des organisations, aujourd'hui très mobiles du fait de la nécessité d'atteindre le niveau d'efficience qui nous est imposé [...] Le DS intervient moins sur le terrain, par contre en cas de crise son expertise, encore une fois, contribue à la résolution des problèmes* »⁵⁹.

Ce rôle d'expertise est reconnu par d'autres acteurs du système hospitalier. Ainsi un Président de CME déclare : « *Si on ne regarde que la loi HPST et qu'on enlève les habitudes de fonctionnement, on cherche la place du DS. On se demande à quoi il sert, si ce n'est un rôle important d'expertise* ».

Au niveau des CSS « *Il est une aide, il permet un recadrage de nos actions dans la méthodologie. Il peut nous dire ce qui est réalisable ou pas. Il est un vrai relais pour montrer et mettre en avant la perception de la prise en charge soignante dans les engagements de l'hôpital* ».

Les chefs de pôles ressentent que le lien hiérarchique reste présent dans la relation DS / CSS, ils le déplorent parfois mais ils reconnaissent que le DS apporte un appui

⁵⁹ Verbatim recueilli auprès d'un DH

méthodologique souvent nécessaire aux Cadres de pôle et qu'il s'investit auprès des responsables de pôles dans la construction de projets.

Le DS, par sa maîtrise des outils et des techniques de gestion, sa connaissance des métiers paramédicaux et des enjeux institutionnels, est un facilitateur, non seulement, pour la mise en œuvre de nouveaux modes organisationnels mais aussi pour les évolutions des pratiques professionnelles, en particulier des CSS.

Une légitimité soutenue par la formation

Le positionnement du DS, tel qu'il est réglementairement reconnu par la loi HPST, marque une évidente évolution professionnelle ; *« être Directeur c'est « diriger », mais c'est aussi la reconnaissance d'un parcours professionnel et d'une formation indispensable. Cette formation est un passage obligé et pas seulement un rite initiatique, car elle représente une année de partage, partage d'expérience et de points de vue managériaux avec les autres corps de direction et donc des professionnels avec qui l'on va travailler au quotidien »*⁶⁰. Elle renforce les liens professionnels et facilite les collaborations indispensables à la bonne marche d'un établissement de santé.

Comme le soulignent d'ailleurs les DH, *« c'est plus la formation donnée aux DS à l'EHESP et les compétences acquises, que l'organisation en pôles d'activité qui a fait évoluer sa position ; avant la loi HPST, il y avait déjà une reconnaissance de la fonction de DS par beaucoup de chefs d'établissement. L'Infirmier Général, et à fortiori le Directeur des Soins par la suite, était un des principaux collaborateurs du Directeur »*. La loi HPST *« en renforçant le rôle des CSS dans la gestion du pôle, aux dépens forcément du DS, a entraîné une évolution de la fonction du DS vers plus de technicité et d'expertise en l'éloignant de l'opérationnel »*.

Cette évolution orientée vers la stratégie ne va pas sans entraîner des problèmes au niveau de la gestion opérationnelle, les CSS n'ayant pas tous le niveau requis pour l'assurer. Force est de constater que le DS reste souvent encore, par défaut, acteur de l'opérationnel, mais il s'attache alors à organiser son action pour qu'elle soit un accompagnement des CCS vers le renforcement de leurs compétences. Dans le CHA, les CCS ont bénéficié, avec les chefs de pôles, d'une formation spécifique à la gestion des pôles, peu effective au regard du niveau faible de délégation et surtout du manque de cohésion du groupe ainsi constitué, peu propice à des évolutions collectives.

La contractualisation des pôles fait appel à un management par collaboration où le Directeur des Soins vient en soutien des cadres de pôles pour la déclinaison des orientations du projet de soins au sein des pôles, il maintient la cohérence requise pour

⁶⁰ Verbatim recueilli auprès de DS

atteindre les objectifs fixés. Par sa connaissance de la politique et des enjeux institutionnels « *il est en soutien des cadres de pôle qui ont parfois des difficultés face aux multiples problématiques auxquelles ils ont à faire face* ». ⁶¹

Un rôle sur le territoire

La loi HPST place les établissements de santé dans une logique de territoire qui impacte les organisations et oblige à penser les prises en charge de patients en termes de parcours de soins et de réseau entre la ville et l'hôpital. La fonction du DS s'adapte à cette évolution et se positionne à présent dans un champ stratégique selon deux axes :

- à l'intérieur de l'établissement sur les orientations, les projets, l'évolution des activités en lien avec le Président de la CME
- au-delà de l'établissement sur le territoire de santé au niveau des partenariats conclus avec d'autres hôpitaux dans le cadre de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) ou de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) pour rester en cohérence avec les besoins de la population.

Cependant si « *le Directeur des soins trouve sa place dans l'articulation des organisations intra et extra hospitalière des soins, pour y participer pleinement il faut d'abord qu'il investisse la coordination interne et amène les Cadres de pôles à être plus autonome dans la conduite des projets* ». ⁶²

2.2.3 Le place du Directeur des Soins : entre collaboration et cohérence

Nous constatons que la fonction de Directeur de Soins semble connue et assimilée par les acteurs de la gouvernance hospitalière actuelle. Au-delà de leur position statutaire, ces acteurs sont amenés à collaborer, donc à entrer dans un certain niveau d'interdépendance et d'interactions.

Au regard des différents témoignages recueillis, et partant de la notion de collaboration⁶³, qui, rappelons le, permet de synchroniser et coordonner la politique des soins, de travailler en commun pour l'atteinte des objectifs fixés en gardant cohérence et complémentarité, le DS représente l'élément pivot de cette structure.

Nous voyons que se dessinent plusieurs lignes de collaboration pour le DS, avec le Chef d'établissement, le Président de la CME et les CSS. Pour caractériser ces relations nous avons interrogé les personnes rencontrées sur leurs attentes relatives à la fonction de Directeur des Soins. Nous verrons aussi que le DS exprime réciproquement des attentes, notamment envers les CSS. Identifier et connaître ces attentes contribuent à renforcer les orientations managériales du DS.

⁶¹ NICOLET M., *Op.cit.* p 40

⁶² Verbatim recueilli auprès d'un DH

⁶³ Se reporter au point 1.4 de notre exposé

Une expertise

En premier lieu, les décideurs attendent du DS un niveau d'expertise qui lui permette de se positionner comme un acteur donneur de sens, capable de prendre du recul sur les situations rencontrées, de mener une analyse sur les organisations et de faire des propositions de restructurations, éventuellement assorties de simulations par différents scénarii.

Le DS a la « *connaissance du fonctionnement des services [...] On revoit sans cesse les organisations et c'est à ce niveau que j'ai (DH) besoin de m'appuyer sur l'expertise du DS pour faire des simulations, qu'il me donne son avis sur les évolutions possibles. Aujourd'hui nous, chefs d'établissements, avons besoin de nous appuyer sur des expertises, et le DS est un expert* »⁶⁴ L'expertise du DS se situe à un niveau stratégique qui prend en compte les orientations politiques de l'établissement, mais aussi à un niveau opérationnel qui concerne l'accompagnement des projets sur le terrain.

Un soutien méthodologique

En second lieu, les Cadres de pôle attendent du DS qu'il soit capable de leur apporter un soutien méthodologique pour la conduite de projet. Les CSS, reconnaissant en lui un professionnel en capacité de leur apporter une aide technique, attendent que le DS soit dans une position de leader qui contribue à « *former, aider, coacher, encourager, etc..* »⁶⁵. Le DS doit accomplir cette mission en aidant les CSS « *à laisser libre cours à leur énergie naturelle* »⁶⁶ afin de les amener à progresser pour construire à leur tour une position de leader au sein du pôle. Ce besoin est exprimé par l'ensemble des CSS interviewés et tous ceux observés au cours de nos différentes périodes de stage. Un CSS verbalise ainsi ses attentes « *J'ai besoin d'une aide, d'un appui, d'un conseil, pour mettre en place une organisation, changer un horaire, évaluer la charge en soins, le DS c'est ma référence donc je m'en remets à lui, je propose mon projet et il me conseille* ».

Un besoin de cohérence

En troisième lieu, on attend du DS qu'il donne de la cohérence aux actions entreprises au sein de l'établissement, notamment dans les prises en charge patient. Par sa capacité à se positionner de manière transversale au sein de l'institution, par la connaissance qu'il a de celle-ci et par l'expertise qui en découle, le Directeur des Soins est en mesure de contribuer à l'analyse des organisations et d'en faciliter l'évaluation objective. Ainsi, un chef d'établissement affirme « *Ce que j'attends de la Direction des soins c'est de faire en sorte que les articulations entre les pôles soient bien gérées. Le DS doit s'assurer qu'il n'y*

⁶⁴ Verbatim recueilli auprès d'un DH

⁶⁵ PLANE J.M., 2012, Théorie et management des organisations, 3^{ème} édition, Dunod, Paris, 293 p, p 220

⁶⁶ MINTZERBG H., 2011, Manager, ce que font vraiment les managers, Vuibert Paris, p81

ait pas de cloisonnement entre les pôles, que le passage d'un pôle à l'autre ne se traduise pas par des ruptures, n'entraîne pas de perte d'information et donc de chances. Il faut qu'il y ait une cohérence entre les soins et la politique médicale, entre les soins et les services supports ».

Nous voyons ici que le rôle du DS s'exprime dans sa capacité à connaître et comprendre l'organisation globale de l'hôpital pour la rendre lisible et opérationnelle. La vision institutionnelle portée par le DS sur les activités soignantes doit permettre le fonctionnement le plus cohérent possible. Dans cette posture, le DS est la personne qui contribue à apporter une vision rationnelle : *« pour éclairer les choix à faire et les décisions à prendre, il faut avoir des gens en capacité d'avoir une vision objective et technique et pas partisane d'un pôle en particulier. Le DS par sa vision institutionnelle peut jouer ce rôle »*.⁶⁷

Dans la mise en œuvre d'un projet de restructuration ou de développement d'une activité le DS se positionne dans l'anticipation et veille à mettre en cohérence, dès la phase de construction, le projet et les différents interlocuteurs à solliciter. *« Un projet de restructuration d'un bloc opératoire va impliquer l'unité de brancardage, les secteurs d'hospitalisation de chirurgie, la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI)... Cela implique donc une réflexion institutionnelle. A ce niveau le DS est le garant de la cohérence des projets et des fonctionnements »*.⁶⁸

Une gestion partagée de la qualité

Une quatrième attente est exprimée par un Président de CME qui souhaite, pour sa part, une implication partagée avec le DS dans la qualité et la gestion des risques : *« Il faut repérer les zones de fragilité dans les interfaces pour anticiper les risques »*⁶⁹ Le soin au patient est le point de rencontre des équipes médicales et paramédicales, l'analyse d'un incident lié aux soins met souvent en évidence une implication de ces deux catégories professionnelles. L'approche gestionnaire du risque en matière de soins doit s'appuyer sur une vision partagée pour repérer les zones de fragilité et mettre en œuvre des modalités de correction ou de prévention adaptées. Le binôme Président de la CME / Directeur des Soins joue un rôle primordial dans l'impulsion d'une culture de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la gestion des risques. Pour sa part le DS doit inciter les professionnels paramédicaux à construire des outils, comme les protocoles de soins, pour formaliser les interventions de soins auprès des patients, et sécuriser les prises en charge à risque.

⁶⁷ Verbatim recueilli auprès d'un Président de CME

⁶⁸ Verbatim recueilli auprès d'un DS

⁶⁹ Verbatim recueilli auprès d'un Président de CME.

Un partage d'expérience

Au-delà des attentes liées à l'expertise, à la mise en cohérence et au soutien méthodologique, les Cadres de pôles mettent en avant le besoin de temps privilégiés de travail et de réflexion en commun et avec le DS sur des sujets d'actualité, et sur les difficultés rencontrés dans le pilotage du pôle ou des projets à développer. Ces temps permettraient de débattre de problèmes de fond, d'analyser des situations complexes, et de repérer des éléments utiles pour bâtir des stratégies. Un CSS verbalise ainsi ce souhait « *En fait ,ce serait, sur des projets sur lesquels on est impliqué, de pouvoir travailler en amont entre CSS et DS pour préparer, par exemple, les réunions de travail avec les représentants des personnels et arriver à ces réunions en ayant des positions partagées, communes* ».

Ces moments de partage offrirait la possibilité de prendre du recul par rapport au quotidien « *de lever la tête du guidon et voir ce qui se passe autour de nous pour mieux savoir où on va et comment on fait pour y aller* »⁷⁰. Ils donneraient l'opportunité de s'enrichir mutuellement tout en créant une synergie positive qui favoriserait l'émergence d'un sentiment d'appartenance à un groupe, point de fragilité relevé à plusieurs reprises. Les cadres de pôles ont le sentiment d'être isolés dans leur pôle : « *on travaille chacun dans son coin [...] on reste centré sur son pôle* ».

Des relations et des échanges dans la confiance

Ce besoin d'échange est l'expression d'un désir pour les CSS de maintenir un dialogue permanent avec le DS afin comme le précise l'un d'eux de « *pouvoir exprimer nos attentes, nos difficultés, nos problèmes* ».

Au-delà de l'écoute, la notion de confiance est apparue à plusieurs reprises dans les entretiens avec les DS et Les CSS : « *On a besoin de confiance pour travailler ensemble, je sais que le DS va me répondre, on a la liberté de s'exprimer même si ce n'est pas agréable à entendre* »⁷¹. Ce facteur primordial facilite les relations de travail et les enrichit. Le dialogue s'instaure dans le respect de l'autre. La confiance contribue, selon un CSS, à une plus grande implication : « *si d'emblée on ne nous juge pas sur des apparences mais pour le travail que nous fournissons, nous sommes en confiance. Après c'est dans la collaboration, la transparence, le partage que nous allons travailler avec l'autre. Nous ne sommes pas alors dans un système de crainte, de sanction. A partir du moment où on peut partager, avancer ensemble [...] on peut s'investir* ». Les DS partagent cette opinion, et l'un d'eux précise : « *il faut qu'il y ait de la confiance entre les cadres de pôle et le DS pour la circulation de l'information* ».

⁷⁰ Verbatim recueilli auprès d'un CSS

⁷¹ *Idem.*

Les CSS reconnaissent le DS comme leur interlocuteur direct, c'est le plus souvent vers lui qu'ils se tournent lorsqu'ils rencontrent des problématiques d'organisation. Ils ont le sentiment d'être écoutés et compris. « *Avec le DS on se comprend, car on parle le même langage, celui du soin au patient, on n'est pas toujours d'accord, mais on peut s'exprimer* ». ⁷²

Le Directeur des Soins : ses attentes envers les CSS

Les Directeurs des Soins rencontrés dans le cadre de notre enquête ou au cours de nos stages et de nos activités professionnelles ont exprimé un certains nombres d'attentes envers les CSS. La loyauté est celle qui est le plus souvent évoquée, et elle est conçue comme un préalable à toute action de collaboration. Viennent ensuite la capacité d'évaluation et d'analyse des situations de travail rencontrées, et la réactivité pour adapter au mieux les organisations aux impératifs de qualité et de sécurité des prises en charge. Sont enfin citées la capacité à anticiper, en particulier dans l'évaluation des situations à risque, et la capacité à gérer les compétences au sein du pôle.

2.3 De l'analyse vers des pistes de réflexions

A ce stade de notre travail, il s'agit de mettre en parallèle l'analyse des entretiens et les questions, fils conducteurs de notre étude, portant, en particulier, sur la place du DS dans l'organisation hospitalière, les relations entre les DS et CSS et leurs attentes mutuelles. Cela éclairera le positionnement que le DS doit adopter envers les CSS.

2.3.1 Le Directeur des Soins dans l'organisation hospitalière

Les différents éléments recueillis nous permettent de qualifier la place du Directeur des Soins dans l'organisation de l'hôpital.

Membre de droit du Directoire en sa qualité de Président de la CSIRMT, le DS participe à l'élaboration de la stratégie et de la politique de l'établissement. Il contribue à sa mise en œuvre opérationnelle notamment par sa déclinaison dans le projet de soins et par le suivi et le soutien des projets initiés dans les pôles en collaboration avec les CSS.

Au-delà de ce rôle réglementaire, nous avons pu voir que le DS appuie sa légitimité sur une compétence d'expertise auprès du Chef d'établissement, du président de la CME et de l'encadrement paramédical.

Dans les établissements enquêtés, le DS est reconnu sans restriction comme membre de la direction, son expérience soignante contribuant à rationaliser les décisions prises. Le rôle du DS « *est de s'inscrire au-delà des pôles dans le projet et le fonctionnement*

⁷² *Id.*

institutionnels, et de ramener parfois tout le monde à la raison au regard des finances de l'établissement et des besoins en santé de la population à prendre en compte »⁷³.

Par sa connaissance et sa maîtrise des organisations soignantes, le DS a un rôle majeur auprès des cadres de pôles pour lesquels il est un soutien, un facilitateur et un conseiller. C'est d'ailleurs un appui méthodologique qui est attendu par les CSS de la part du DS pour améliorer leur efficacité dans la gestion du pôle et dans la conduite de projet. Ce compagnonnage ne peut exister que si les relations professionnelles sont imprégnées de confiance.

L'enquête menée sur le terrain permet de confirmer que le positionnement du DS est tourné vers un rôle stratégique et transversal. Cette vision transversale que le DS porte sur l'établissement et sa connaissance de la politique institutionnelle lui donnent la possibilité de maintenir un niveau de cohérence entre les différents projets. Elles renforcent son rôle managérial auprès des CSS en favorisant une appropriation des changements par l'accompagnement des projets. Nous constatons ainsi que le rôle de pivot du DS entre les différents acteurs de la gouvernance hospitalière lui permet de développer une compétence collective au service de l'organisation et de la qualité des soins. *« Les Directeurs des Soins ne rompent pas avec la profession soignante, ni ne perdent tout contrôle au sein de l'hôpital. Ils exercent une forme de contrôle de type réflexif au sens où ils procurent des orientations aux équipes soignantes, à la direction et aux médecins sur la base d'une analyse de la situation ».*⁷⁴

2.3.2 Directeur des Soins, un positionnement à construire aujourd'hui avec les Cadres Supérieurs de Santé

Le Directeur des Soins doit dès lors se positionner dans le pilotage des équipes d'encadrement, et en particulier des cadres de pôle. Il devient un « manager-entraîneur » qui doit faire en sorte que son équipe donne le meilleur d'elle-même pour relever les défis et continuer à assurer ses missions dans la complexité actuelle du monde hospitalier. Il doit veiller à maintenir un niveau de compétence professionnelle des CSS adapté aux exigences et aux évolutions des modes d'organisation des prises en charge soignantes. Il doit aussi *« fédérer les énergies, les potentiels et les talents des équipes d'encadrement »*⁷⁵ pour susciter une dynamique collective cohérente et harmonieuse.

Pour atteindre cet objectif, le DS doit, d'une part, développer une politique managériale basée sur :

⁷³ Verbatim recueilli auprès d'un DS

⁷⁴ BLOCH A.M., 2014, coordination et parcours la dynamique de monde sanitaire, social et médico-social, DUNOD, p 265

⁷⁵ PRUVOT N., 2013, « La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », Soins Cadres n°86, p 44

- « une organisation efficiente des soins associant la pertinence de la prise en charge du patient et de ses proches, la sécurité et la performance des soins et l'organisation des ressources
- Une implication des professionnels visant à l'obtention d'une efficacité collective
- L'accompagnement des changements, l'explication des réformes, des réorganisations et des innovations ». ⁷⁶

Il doit d'autre part mettre en place un accompagnement des cadres qui peut s'apparenter à une relation d'aide, avec « pour objectif premier, au-delà du traitement des situations ou des problèmes à résoudre, le développement de l'autonomie de la personne accompagnée. L'accompagnateur n'est pas là pour donner des réponses toutes faites mais pour aider son interlocuteur à construire ses propres solutions ». ⁷⁷

Compte tenu des données recueillies au cours des entretiens, des éléments conceptuels développés et des analyses réflexives menées, nous allons, dans la 3^{ème} partie de notre travail, formuler plusieurs préconisations se rapportant à la construction de notre futur rôle professionnel.

Ces préconisations viseront pour l'essentiel la question du management des Cadres Supérieurs de Sante. Elles s'organiseront autour de trois notions clés : la confiance, la mise en cohérence des actions, et le management par la subsidiarité afin de développer chez les CSS une certaine autonomie dans les décisions.

Cette démarche nous conduira à affiner notre posture managériale au sein d'un établissement de santé afin de donner du sens et de la cohérence aux actions entreprises et surtout de tendre vers une vision partagée des orientations stratégiques de l'institution hospitalière avec les cadres de pôle.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ LENHARDT V., 2008, Au cœur de la relation d'aide : réflexions sur des fondamentaux de la thérapie et du coaching, Paris, InterEditions-Dunod, p 93

3 Des préconisations pour un management favorable à une vision partagée au service de l'institution

Le monde hospitalier adapte en permanence ses organisations pour répondre aux évolutions contextuelles, structurelles et réglementaires. Dans cet environnement complexe, les relations professionnelles et les lignes managériales ont été modifiées. Le Directeur des Soins et les Cadres Supérieurs de Santé restent en étroite relation pour optimiser la prise en charge des patients et la qualité des soins dans un contexte d'anticipation des risques inhérents à l'activité soignante. Afin de poser leur relation dans une réelle collaboration, il est alors indispensable de mettre en œuvre un management ancré dans un univers de cohérence et marqué par une nécessaire confiance. L'accompagnement des CSS par le DS doit s'orienter vers leur autonomie dans la prise de décision.

3.1 La cohérence institutionnelle : un enjeu stratégique

Nous pouvons définir la cohérence comme le « *rapport d'harmonie ou d'organisation logique entre les éléments* »⁷⁸. Ainsi le mot cohérence caractérise la liaison étroite des différents éléments constitutifs d'un ensemble dont toutes les parties ont un rapport logique, comportent une absence de contradiction entre elles, et présentent un rapport homogène.

3.1.1 Le Directeur des Soins garant de la cohérence des organisations

Pour aboutir et être performants les projets, dans le champ de la santé, doivent s'articuler avec cohérence c'est-à-dire qu'ils doivent prendre en compte les différents éléments qui composent les organisations soignantes et logistiques. Un parcours de soins ne peut se penser qu'à travers la mobilisation d'un ensemble d'intervenants et de services, il faut que chacun des aspects opérationnels soit repéré et mobilisé au bon moment.

Lors de la construction d'un projet le DS est garant de cet aspect, il a un regard sur les moyens humains, matériels et financiers à mobiliser, et reste vigilant à la jonction des interfaces. Sa position transversale et sa connaissance à la fois des enjeux politiques et économiques de l'établissement lui donne la possibilité d'analyser et de mettre en concordance les acteurs et les moyens nécessaires. Il repère les difficultés éventuelles et suscite les ajustements à effectuer. La constitution des pôles repose souvent sur une logique spécifique par spécialités médicales ou par services logistiques. Dès lors, les pôles ont besoin, pour exercer leurs activités, de coordonner leurs ressources. Nous constatons par exemple que les unités de chirurgie ont besoin de recourir à l'unité

⁷⁸ Dictionnaire Larousse

logistique de transport pour accompagner un patient au bloc, mais cette unité est-elle même sollicitée pour honorer d'autres demandes. Cela induit une nécessaire planification de l'activité de brancardage. Les structures étant inter dépendantes les unes des autres, toute modification de l'une d'entre elles retentit sur l'ensemble, et doit par conséquent faire l'objet d'une étude globale.

Ainsi comme le définit un DS « *dans la construction des projets le DS doit s'assurer de la cohérence dans tous les champs nécessaires à intégrer dans le projet : ressources humaines, matériel, stratégie de l'établissement* ». Ce rôle est primordial en effet « *aujourd'hui ce qui pèse le plus dans les établissements c'est la non cohérence, c'est elle qui génère le plus de dépenses non justifiées ; Le DS doit coordonner les organisations et les activités paramédicales* ». ⁷⁹

Dans l'élaboration d'un projet de création d'activité, il faut s'assurer en amont que cette activité est bien compatible avec les besoins de santé du territoire, qu'elle s'inscrit dans les orientations des projets institutionnels, et qu'elle peut être supportée par les ressources de l'établissement. A ce niveau le DS fait partie, avec le Chef d'établissement et le Président de la CME, des interlocuteurs en capacité d'étudier la faisabilité des projets proposés par les pôles. « *Le DS est dans le maillage du projet au niveau institutionnel pour assurer la cohérence et notamment celle donnée par le projet de soins* ». ⁸⁰

Nos préconisations :

- ❖ Le Directeur des Soins doit être proactif dans la conduite des projets de l'établissement, il doit anticiper les évolutions des organisations et rechercher en collaboration avec les CSS les meilleurs scénarii à mettre en pratique.
- ❖ Afin de mieux utiliser les ressources au niveau des pôles ou sur des projets de nouvelles activités et dans un souci d'efficience, le DS peut initier une évaluation de la charge en soins. En utilisant un tel outil sur des périodes déterminées il objective les demandes et rationalise la répartition des ressources entre les pôles.

3.1.2 Le projet de soins: socle de la cohérence

La cohérence passe également par la définition des orientations en matière de soins. Le projet de soins est le support de cette politique, et constitue le socle sur lequel vont se bâtir les organisations de soins au niveau des pôles.

⁷⁹ Verbatim recueilli auprès d'un DS

⁸⁰ Verbatim recueilli auprès d'un DH

Ainsi le Directeur des Soins contribue à valoriser la politique sanitaire de l'institution par sa déclinaison dans le projet de soins, qu'il co-construit avec les professionnels paramédicaux. Le projet de soins s'inscrit et se décline dans une logique de continuité avec la politique générale et médicale de l'institution. Il s'appuie sur les modalités de prise en charge à développer. Il affiche la politique et les valeurs portées par de la Direction des soins et, au-delà, la communauté soignante. La participation des soignants à cette démarche donne vie à ce document et facilite son intégration dans les pratiques soignantes. Il donne du sens et de la consistance aux politiques institutionnelles et contribue à. maintenir des soins efficaces, adaptés, coordonnés, et sécurisés.

Nos préconisations :

- ❖ A ce niveau, la cohérence ne s'obtiendra qu'à condition de mener une réflexion pluridisciplinaire pour bâtir le projet de soins, le DS en ayant défini les grandes orientations. Il nous paraît par conséquent essentiel d'organiser des groupes de travail composés de représentants de la communauté paramédicale pour décliner le projet de soins et inscrire cette politique dans son environnement actuel, à savoir un contexte économique et social aux évolutions organisationnelles permanentes. Selon les thèmes traités, ces groupes peuvent être renforcés par un représentant de la communauté médicale qui pourra éclairer ainsi les aspects techniques de prise en charge patients et faire du lien avec le projet médical.
- ❖ Les objectifs opérationnels et les actions à entreprendre doivent être planifiés dans le temps et faire l'objet d'une évaluation régulière, au minimum 1 fois par an. Dans cette optique, des indicateurs de suivi sont indispensables et reportés dans des tableaux de bord. Cette évaluation porte sur les actions déclinées dans les pôles et fait l'objet d'une synthèse intégrée au rapport d'activité annuel de la Direction des soins.
- ❖ Les ajustements nécessaires sont apportés et à leur tour intégrés dans les tableaux de suivi.
- ❖ Une politique de communication de ce projet permet de diffuser à tous les orientations de la politique institutionnelles en matière de soins et les valeurs des soignants.

3.1.3 Des outils au service de la cohérence

La cohérence institutionnelle a besoin pour exister auprès des professionnels paramédicaux d'être véhiculée par plusieurs moyens. Nous retiendrons ici comme support principal la CSIRMT ainsi que les réunions de travail avec les CSS. Par ailleurs pour rester dans une cohérence d'action, les professionnels de santé doivent être en mesure d'identifier leurs missions et la manière de les mettre en œuvre. Dans ce cadre il est donc

important de définir des fiches de postes claires et précises et de s'appuyer sur un système documentaire étoffé de protocoles de soins.

La CSIRMT

L'existence de cette commission vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement. Elle est consultée, entre autre, pour avis sur le projet de soins, l'organisation générale des soins, l'accompagnement des malades, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers etc....

Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Cette pluridisciplinarité favorise, d'une part, le travail en collaboration et, d'autre part, renforce le partage des compétences au profit du patient. Cette commission est un vecteur de l'information et une source de richesses, richesse de partage de connaissances, richesse de projet d'innovation... Le DS s'appuie sur elle pour diffuser l'information auprès de ses membres qui la relayeront à leur tour à leurs collègues de travail. Au-delà de son existence réglementaire, cette commission doit prendre vie auprès des professionnels de santé, le DS veille à en diffuser largement les comptes rendus. Il doit prendre l'habitude de solliciter ses membres sur de groupes de travail pour l'élaboration de projet.

Les réunions de travail DS/CSS pour un partage d'expériences.

Sur le même principe des échanges avec la CSIRMT, le DS doit maintenir des groupes de réflexion composés des CSS. Nous avons d'ailleurs observé au cours de nos entretiens que cette nécessité est exprimée à plusieurs reprises. Les CSS éprouvent le besoin de partager leurs difficultés pour essayer d'y apporter une solution ; ils pensent que l'expérience des autres peut leur servir à bâtir une réponse adaptée. De même, évoquer dans un groupe de pairs soutenu par l'expertise du DS la mise en œuvre d'un projet permet de l'envisager sous plusieurs angles, de l'enrichir de regards nouveaux et de prendre appui sur le potentiel créatif de l'ensemble des cadres. Cela va aussi dans le sens du renforcement de la cohérence. Un projet défini en concertation avec le DS va apporter de la consistance aux actions proposées, une meilleure prise en compte des enjeux institutionnels et montrer un engagement commun et partagé.

Les fiches de postes

La définition des missions de chacun est indispensable à la bonne marche des unités de soins. Les fiches de postes concernent également les postes d'encadrement, en particulier ceux des cadres de pôle. Définir leur mission éclaire sur le niveau de délégation accordée par la mise en place des pôles, sur le niveau de responsabilité, sur

les circuits décisionnels, et sur le niveau de compétences souhaité. Cela permet de fixer une cohérence dans les attendus de chaque intervenant dans la gouvernance de l'institution. Le DS doit être en capacité de repérer les besoins individuels des CSS pour optimiser leurs compétences, et d'y apporter des réponses soit par la formation, soit par un accompagnement spécifique de sa part.

La diffusion de l'information

Comme nous l'avons déjà souligné la diffusion de l'information vient conforter la cohérence des projets mais aussi des organisations de soins au sein des pôles.

Concernant les soins, le DS doit impulser une culture de l'anticipation en incitant à la rédaction de protocoles pour harmoniser les pratiques et permettre de les évaluer. D'ailleurs, s'inscrire dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) aboutit à une évolution de la qualité et de la sécurité des prises en charge.

Nos préconisations :

- ❖ Le DS doit impliquer les membres de la CSIRMT dans les groupes de travail des différents projets pour valoriser une culture d'appartenance institutionnelle et initier l'innovation dans les soins.
- ❖ La diffusion des comptes rendus de réunions de la CSIRMT doit être effective et portée par l'encadrement auprès des équipes soignantes pour valoriser le travail et l'importance de cette instance.
- ❖ Le DS doit favoriser le partage d'expérience au niveau des CSS en organisant des réunions de réflexion sur des thèmes spécifiques ou des situations des soins qui posent question.
- ❖ Des rencontres avec l'encadrement des pôles, programmées au minimum 2 fois par an, permettent d'évaluer l'avancée des projets, les difficultés éventuelles et d'échanger sur les orientations institutionnelles.
- ❖ Les fiches de postes doivent être mises à jour 1 fois par an.
- ❖ Les protocoles et autres outils d'aide aux soins doivent faire l'objet d'un suivi pour y apporter les ajustements nécessaires. Cette tâche peut être confiée à un CSS dans le cadre d'une mission transversale.

3.2 La confiance comme support managérial

S'il importe de se poser la question de la confiance c'est précisément parce qu'elle apparaît comme le socle de la relation managériale qui va s'instaurer dans une position de collaboration et de partage notamment entre le DS et les CSS. « *La confiance est un facteur déterminant de la performance collective, en particulier dans le cas des*

communautés virtuelles ou/et d'équipes dont la production est à forte intensité immatérielle ». ⁸¹

3.2.1 La confiance un concept à appréhender

La confiance est la « *croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* » ⁸². La confiance peut aussi se définir comme un système d'attentes réciproques, comme une norme d'obligation et de coopération, comme un mode de coordination et une modalité de vivre ensemble. Exprimer sa confiance en l'autre c'est exprimer une alliance, une solidarité dans l'action.

On en trouve dans la littérature spécialisée des définitions très diverses ⁸³:

- La confiance conçue d'un point de vue normatif, sur la base d'une certification ou d'un label ;
- La confiance par croyance, sans véritable analyse, c'est une confiance affective, purement émotionnelle et irrationnelle ;
- la confiance d'un point de vue social, basée sur des codes partagés, des signes d'appartenance à un même groupe, des valeurs morales et éthiques communes ;
- la confiance analysée d'un point de vue rationnel, comme un choix raisonné. Cette confiance ne se délivre pas à priori, elle se construit par l'expérience et dans l'action.

Cette définition rationnelle de la confiance tend à organiser le monde professionnel. Si elle n'évacue pas pour autant les supports irrationnels de la confiance, elle en circonscrit les impacts.

La confiance se construit sur la base de critères objectifs complémentaires :

- La compétence;
- L'ouverture, caractérisée par la capacité à partager les informations. La volonté de partager des idées et des informations, l'intérêt porté à celles des autres, la capacité à apprendre de erreurs personnelles ou collectives, la curiosité, sont autant d'indicateurs de cette attitude d'ouverture ;
- L'intégrité : fondée sur l'adéquation des paroles et des actes ;
- La réciprocité : capacité à faire confiance à celui qui vous fait confiance ;
- La compatibilité : ce critère se rapporte au degré d'aisance dans la relation interpersonnelle ;

⁸¹ PRAX J.P., 2001, « Le rôle de la confiance dans la performance collective », Texte de la conférence faite pour l'ouverture du KM Forum 2001, le mardi 25 septembre 2001, au Palais des Congrès, Porte Maillot, Paris

⁸² Dictionnaire en ligne du CNRS (ORTOLANG)

⁸³ La confiance dans la société et en économie, VIGNAUX G., (CNRS-Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord)

- La prévisibilité : elle désigne la capacité à se comporter avec régularité et constance, malgré le caractère changeant du contexte de travail, et en dépit des crises et des urgences ;
- Le bien être : il indique le degré de confort dans la relation aux autres acteurs. Il se mesure à la possibilité de soumettre sans crainte ses propositions à l'appréciation de autres, de se tromper, sans crainte d'être jugé. Dans le cas contraire, les acteurs restent sur la défensive, communiquent moins, prennent moins d'initiatives, limitent la capacité d'innovation de l'équipe ;
- L'inclusion : tous les acteurs sont intégrés dans l'action, aucun ne reste à l'écart ;
- L'accessibilité : elle désigne la capacité à être abordé aisément et la disposition à exprimer ce que l'on ressent.

Ces critères correspondent aux conditions nécessaires pour que la confiance s'installe de manière pérenne. La confiance se construit dans l'action, et croît au fur et à mesure de l'expérience commune.

3.2.2 La confiance : un outil managérial

La confiance est une valeur obligatoire du management car elle scelle le contrat qui unit le manager et le managé. Elle est le socle de l'engagement des acteurs dans un projet, elle signe la reconnaissance de leurs capacités à agir pour la réussite des actions entreprises. Cette valeur est parfois fragilisée dans nos modes de fonctionnement, Il est donc indispensable de la renfoncer par la reconnaissance des compétences et des savoir-faire mais aussi par le renforcement du dialogue.

Comme nous l'avons abordé précédemment la confiance peut découler de la reconnaissance d'une compétence reconnue ou supposée acquise. Ainsi il est important pour le DS de laisser s'exprimer les cadres, qui par leur vision et leur connaissance du terrain sont à même de mieux appréhender les difficultés potentielles et les leviers éventuels pour y remédier. Leur reconnaître cette capacité, c'est leur donner la possibilité d'être considérés comme acteurs à part entière dans la recherche d'optimisation des organisations et de prendre des initiatives. Le DS doit mettre en place des processus adéquats en s'appuyant sur son expertise, pour évaluer, soutenir et accompagner ces initiatives. Ce management permet de capitaliser les potentiels et met en relation l'intelligence individuelle et collective au service d'une démarche d'innovation créative.

Créer la confiance c'est également porter un regard constructif sur des situations rencontrées, parfois difficiles, c'est apprendre à construire ensemble à partir des erreurs sans jugements péjoratifs. Le retour, le partage d'expérience et la pratique réflexive dans un climat de confiance contribue à renforcer l'efficacité des actions managériales.

La confiance se bâtit par la capacité à échanger des idées, des informations dans un climat serein, sans crainte du jugement. A ce niveau, il est primordial pour le DS de favoriser la communication avec les CSS ; pour cela il doit être prêt à partager des données stratégiques et doit encourager les remontées d'informations. Informer sur les décisions et les orientations institutionnelles procure aux CSS un sentiment de reconnaissance favorable à une implication et un accompagnement des changements éventuels.

Considérant que toutes situations de changement sont source d'incertitude et donc d'inquiétude, le DS doit veiller, dans un premier temps, à prendre en considération ces craintes en maintenant en permanence le dialogue avec les CSS. Dans un deuxième temps il les rendra acteurs de ce changement en les impliquant et les responsabilisant dans les différentes phases des projets. En effet, créer la confiance nécessite d'être à l'écoute de ses collaborateurs, et de leur manifester du respect.

Nos préconisations :

- ❖ Le DS doit poser des principes partagés de communication par la transmission montante et descendante de l'information, en favorisant l'écoute, le respect et la confidentialité.
- ❖ Il doit instaurer des temps de dialogue par la mise en place de réunions d'information et d'expression afin de favoriser les échanges collectifs. Ces réunions devront faire l'objet d'une planification, de l'élaboration d'un ordre du jour et d'un compte rendu.
- ❖ Le retour régulier sur les travaux entrepris donnera l'occasion de valoriser les actions menées et incitera une implication de l'encadrement en toute confiance.
- ❖ Il est important que le DS maintienne une qualité relationnelle avec les CSS en favorisant des entretiens individuels, en privilégiant des relations informelles, en restant disponible.

3.3 L'accompagnement des cadres de pôle vers la subsidiarité

Si l'une des missions du Directeur des Soins est de conseiller et d'accompagner les Chefs de pôles dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle, il devient évident qu'il doit se positionner auprès des Cadres de pôle, dans un accompagnement à l'appropriation de leur rôle. Cette posture facilitera leur implication dans la mise en œuvre du projet de soins, et dans la gestion du pôle au plus près des besoins des unités de proximité. Elle amènera ainsi le centre de décision au niveau de l'opérationnel. Nous évoquerons, ici, la notion de subsidiarité dans le management des CSS par le DS et sa mise en pratique.

3.3.1 La subsidiarité pour une décision au plus près du terrain

La notion de subsidiarité⁸⁴ signifie que la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème par elle-même. Elle a généralement pour corollaire le principe de suppléance qui implique que, lorsque les problèmes excèdent les capacités d'une entité, l'échelon supérieur a alors le devoir de la soutenir.

La notion de subsidiarité a été développée au cours de ces dernières décennies dans le domaine politique et social⁸⁵, et ce n'est que récemment qu'elle a été appliquée aux questions de management, où elle désigne le souci de veiller à ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à une échelle plus faible, c'est-à-dire la recherche du niveau pertinent de l'action.

Subsidiarité et management

Le principe de subsidiarité appliqué au management situe le pouvoir de décision au plus près de l'action. Il s'agit d'attribuer chaque mission, activité ou responsabilité au niveau le mieux à même de l'exercer. Pour ce faire, on part du principe que le collaborateur a, *a priori*, la capacité de décider de tout qui se rapporte à l'action dans laquelle il est engagé, à l'exception de ce qui relève du niveau supérieur de son manager.

Subsidiarité et délégation

L'application du principe de subsidiarité conduit le manager à formaliser uniquement les décisions qui lui sont réservées. En ce sens, la pratique de la subsidiarité se définit à l'opposé du contrat de délégation, où ce sont les décisions que le collaborateur est autorisé à prendre qui sont précisées.

Dans le cadre de la subsidiarité, le manager laissera à son collaborateur, pour une période de temps donné, une véritable autonomie pour mener l'action à sa manière à l'intérieur d'un cadre défini contractuellement.

Accompagnement et subsidiarité

La mise en œuvre d'un modèle de management fondé sur la subsidiarité est généralement conçue dans le cadre d'un accompagnement. La notion d'accompagnement renvoie à la sémantique du verbe « accompagner » : « *ac-cum-*

⁸⁴ Du latin « *subsidiarii* », qui se rapporte aux troupes de réserves et d'appui (« *subsidium* ») à la disposition du général d'armée

⁸⁵ En particulier pour ce qui se rapporte à la répartition des compétences entre les instances européennes et les Etats de l'Europe. Le traité européen stipule en effet que « *la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que si et dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire* ».

pagnis (vers- avec- pain/partage), dotant l'accompagnement d'une double dimension de relation et de cheminement. Ainsi la définition minimale de toute forme d'accompagnement est « être avec et aller vers », sur la base d'une valeur symbolique, celle du partage [...] Cette valeur de partage se constituerait en visée éthique guidant l'action »⁸⁶. Le principe de base de l'accompagnement est que « l'action se règle à partir de l'autre, de ce qu'il est, de là où il en est ».⁸⁷

L'accompagnement se développe sur une pratique réflexive partagée. Il produit ainsi du savoir (le savoir de l'action), met en évidence des processus, et permet aux acteurs de passer d'une logique d'expertise à une logique d'autonomisation.

Confiance et subsidiarité

L'accompagnement est un processus qui permet aux acteurs de terrain de conquérir leur autonomie et d'apprendre à décider. Il permet aussi de construire une relation de confiance entre les CSS et le DS dans le cadre d'une action partagée et réflexive. Chacun peut alors exprimer ses compétences et mettre en évidence ses prérogatives comme les limites dans lesquelles elles s'exercent.

L'accompagnement permet, en mettant entre parenthèse la relation d'autorité ou en la faisant passer au second plan, de construire un mode de management basé sur la reconnaissance mutuelle et la confiance. Le manager peut ainsi s'appuyer sur les talents de ses collaborateurs, et s'efforcer de donner du sens à l'action plutôt que de donner des directives.

3.3.2 Une stratégie à décliner

Introduire la subsidiarité dans le management hospitalier demande au Directeur des Soins d'adapter ses pratiques. Son rôle de manager est alors :

- de définir précisément ce qui relève de son propre pouvoir décisionnel,
- de donner confiance aux CSS quant à leur capacité à décider dans leur propre champ d'action,
- de faire confiance aux CSS.

La mise en œuvre du modèle de subsidiarité paraît exigeante pour le manager, il doit, en effet accepter de lâcher une part de « son » pouvoir de décision, et apprendre à le partager. Par ailleurs, elle implique que le DS manifeste des qualités d'animateur et de formateur, une volonté de communiquer et de soutenir, et un comportement professionnel

⁸⁶ PAUL M., 2009, « Autour du mot accompagnement » M. PAUL, in Revue Recherche et formation, publication de l'Institut Français d'Education, ENS de Lyon

⁸⁷ *Ibid.*

exemplaire auquel ses collaborateurs puissent se référer. En contrepartie les CCS doivent s'investir dans ce cheminement et avoir la volonté d'assumer ce champ de responsabilité. Il appartient au DS d'évaluer le niveau de compétence des CSS en lien avec la prise de décision et les domaines concernés. Il sera ainsi possible de mettre en place un accompagnement individualisé des CSS pour les amener à une autonomie et une capacité à prendre des décisions dans le cadre des missions qui leur sont confiées.

Au préalable il est impératif que les CSS s'approprient les orientations de la stratégie institutionnelle, qu'ils soient en capacité d'exprimer leur point de vue et qu'ils partagent avec le DS des valeurs professionnelles et des principes managériaux.

Nos préconisations :

Pour développer la subsidiarité dans son management le DS doit :

- ❖ Mettre à distance et analyser son positionnement et ses compétences, pour définir les limites de son propre pouvoir de décision. Autrement dit, définir les limites hautes du pouvoir exercé par les CSS dans le cadre de la subsidiarité.
- ❖ Définir les domaines d'autonomie des CSS et établir les modalités de suivi des résultats obtenus.
- ❖ Etre capable de communiquer en direction des CSS sur ce sujet.
- ❖ Leur faire confiance, c'est-à-dire être capable d'évaluer et de prendre en compte leurs compétences, et de les laisser se développer dans l'action.
- ❖ Leur donner confiance pour qu'ils soient eux-mêmes conscients de leur capacité à prendre des décisions sans être pour autant abandonnés à eux-mêmes en cas de problème excédant les capacités ou les compétences qui définissent leur fonction.

Pour favoriser le cheminement des CSS vers la subsidiarité Il est nécessaire de :

- ❖ Mettre en œuvre une évaluation des compétences des CSS reposant sur le référentiel métier et les fiches de poste établies (Cf. page 44) pour déterminer les compétences à développer.
- ❖ S'appuyer sur la définition des objectifs à atteindre et leur suivi au travers une évaluation trimestrielle des actions entreprises.
- ❖ Construire un parcours de formation au regard des compétences attendues d'un cadre de pôle pour l'amener à mettre en place des outils optimisant la gestion du pôle.

Pour construire une vision partagée du management par les CSS et le DS il convient de :

- ❖ Maintenir des relations dans la confiance.
- ❖ Partager les informations et les expériences.
- ❖ Accepter de se remettre en cause pour progresser ensemble.

Conclusion

Sous l'impulsion des réformes successives de ces dernières années, le monde hospitalier a dû repenser ses modes organisationnels, relationnels et hiérarchiques pour s'adapter aux évolutions du système de santé et répondre de manière efficiente aux besoins de la population. « *Les changements s'imposent à l'hôpital et à son personnel en vertu, non seulement, de forces externes à l'hôpital, mais aussi à cause des conséquences imprévues des politiques menées en son sein et des négociations qui s'y déroulent* ». ⁸⁸

Dans un système hospitalier complexe par ses structures, son environnement et la cohabitation de logiques diverses parfois peu compatibles entre elles, les relations professionnelles et les lignes managériales ont subi de forts changements et en particulier celles concernant le Directeurs des Soins et les Cadres Supérieurs de Santé.

Si les restructurations sont incontournables, elles sont source d'incertitudes et de déstabilisation ; les acteurs doivent adapter leur comportement à ces nouvelles situations. Ainsi manager les Cadres Supérieurs de Santé dans cette complexité, impose au Directeur des Soins d'endosser un rôle de conseil, de soutien et d'appui pour étayer les compétences et les capacités des cadres de pôle à s'engager dans leur mission de pilotage du pôle. Le Directeur des Soins ne doit pas perdre de vue que la réussite des projets engagés repose, en grande partie, sur sa capacité à fédérer l'encadrement autour d'objectifs partagés et à coordonner efficacement leur mise en œuvre. Au-delà de la coordination, le DS construit sa légitimité au travers un rôle de régulateur, de négociateur, de répartiteur de ressources.

Par l'exploitation des différents entretiens que nous avons menés auprès des acteurs hospitaliers, nous avons pu mesurer que cette légitimité s'appuyait en grande partie sur le socle de l'expertise reconnue au DS. Cependant cette reconnaissance doit impérativement s'accompagner d'une nécessaire relation de confiance propice à l'engagement de l'encadrement et à la mise en place d'une véritable collaboration, et cela dans la durée. D'ailleurs dans son discours introductif au « pacte de confiance pour l'hôpital » en mars 2013, Mme TOURRAINE déclarait : « *Il faut rétablir la confiance. Car sans elle, une politique ne s'inscrit pas dans la durée* ». Une relation réciproque peut alors s'instaurer dans un modèle de communication, de références et de principes communs et partagés où les actions communes sont possibles et ont du sens.

⁸⁸ A. STRAUSS, L. SCHATMAN, B.BUCHER, D. EHRlich, M.SABSHIN traduction par Y.GAUDILLAT revue par C.HERZLICH, L'hôpital et son ordre négocié, 1963, New York, p 98

Le Directeur des Soins est également un vecteur essentiel pour le maintien de la cohérence au sein de l'établissement. Il dispose en effet d'une capacité à donner du sens à travers sa connaissances des organisations soignantes et sa compétence à communiquer (informer, décrypter...) et à analyser. Depuis la mise en place des pôles, les centres de décision se sont en partie déplacés vers les cadres de pôles. Prenant appui sur le principe de subsidiarité le DS favorise l'autonomie des CSS pour l'exercice de cette responsabilité. Dans cette organisation le Directeur des Soins n'a pas perdu sa place, bien au contraire il l'a renforcée en faisant évoluer son positionnement vers un rôle stratégique, favorable à l'évolution de la qualité des soins au sein de l'établissement. Il peut alors orienter son implication au niveau du territoire et participer à la construction de nouvelles pistes de prise en considération des besoins en santé de la population.

Nous terminerons notre propos en citant M.CROZIER : « *Ce sont les hommes qui résolvent les problèmes et non pas les institutions. En résolvant des problèmes ils créent non seulement de nouvelles méthodes intellectuellement mais aussi dans les structures de fonctionnement* ». ⁸⁹

⁸⁹ CROZIER M., 1996, « Comment je me suis découvert sociologue. Réflexions sur un apprentissage qui ne sera jamais terminé », Revue française de science politique, Année 1996, volume 46, n°1, p 95

Bibliographie

Textes réglementaires

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n° 2009.879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire. journal officiel du 22 juillet 2009
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORT. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction hospitalière publique. Journal officiel du 30 septembre 2010
- MINISTERE DE L'EMPLOI DU TRAVAIL ET DE LA SANTE Décret n° 2011-925 du 1er août 2011 portant attribution d'une prime aux agents de la fonction publique hospitalière exerçant les fonctions de collaborateur du praticien chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique
- MINISTERE DE L'EMPLOI DU TRAVAIL ET DE LA SANTE Décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Ouvrages

- ALTER N., 2001, *L'innovation ordinaire*, 2^{ème} édition, Paris, Presses Universitaires de France, 278 p.
- ALTER N., 2008, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ème} édition, Paris, Presses Universitaires de France, 362 p.
- AUBERT N., 2002, *Diriger et motiver, art et pratique du management*, 2^{ème} édition, Paris : Editions d'Organisation, 355 p.
- BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Edition du Seuil, 363 p
- BLOCH A.M., 2014, *Coordination et parcours la dynamique de monde sanitaire, social et médico-social*, DUNOD, 309 p.
- CAUVIN P., 1997, *La cohésion des équipes*, ESF Editions, Paris, 223 p.
- LENHARDT V., 2008, *Au cœur de la relation d'aide : réflexions sur des fondamentaux de la thérapie et du coaching*, Paris, InterEditions-Dunod, 240 p.
- MARTIN B., LENHARD V., JARROSSON B., 1996, *Oser la confiance, propos sur l'engagement des dirigeants*, Insep éditions, 165 p.
- MINTZERTG H., 2011(pour l'édition française), *Manager, ce que font vraiment les managers*, Paris : Vuibert, 350 p.
- MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien*, Edition d'Organisation, Paris,

- NOBRE T., 2013, *l'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, Paris : Dunod, 299 p.
- PLANE J.M., 2012, *Théorie et management des organisations*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 293 p.
- THEVENET M., 2003, *Une affaire de proximité*, Paris, Editions d'Organisation, 178 p.
- TOURNIER F., SEBILLAUD A., 2011, *Réussir dans ses missions transversales*, 2^{ème} édition, Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, 154 p.
- KAUFMANN J.C., 2013, *L'enquête et ses méthodes, l'entretien compréhensif*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 126 p.

Articles

- ANTHONY GERROLDT H., 2008, « Mise en place des pôles d'activité au CHU de Dijon et impact sur les fonctions d'encadrement des soins », *Soins Cadres*, 2007/08, pp 28-31
- CROZIER M., 1996, « Comment je me suis découvert sociologue. Réflexions sur un apprentissage qui ne sera jamais terminé », *Revue française de science politique*, Année 1996, volume 46, n°1, pp 80-95
- HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectifs soins*, n°203, pp 24-26
- NICOLET M., 2013, « Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management », *Soins Cadres*, n° 2013/05, pp 39-42
- NOBRE T., 2014, L'innovation managériale à l'hôpital ou comment développer le faire ensemble, *Soins Cadres* n°91 août 2014, pp 32-35
- PAUL M., 2009, « Autour du mot accompagnement », *Revue Recherche et formation*, publication de l'Institut Français d'Education, ENS de Lyon
- PRUVOT N., 2013, « La collaboration entre le Directeur des Soins et le cadre paramédical de pôle », *Soins Cadres*, n° 2013/05, pp 43-46
- VIGNAUX G, 2009, « La confiance dans la société et en économie », *CNRS-Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord*

Mémoires

- DEVAUD M., 2012, *L'impact de l'organisation en pôles d'activité sur le management du Directeur des Soins*, Mémoire EHESP de Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.), Rennes., 60 p.
- DUPRE A., 2009, *La redéfinition d'une collaboration du Directeur des Soins avec les Cadres de Pôle*, Mémoire EHESP de Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (E.H.E.S.P.), Rennes, 32 p.

- SAINT-ARNOULD F., 2008, *L'organisation en pôles d'activité : quelle opportunité de positionnement pour le Directeur des Soins ?* Mémoire EHESP de Directeur des Soins, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.), Rennes, 40 p.

Conférences

- PRAX J.Y., 2001, « Le rôle de la confiance dans la performance collective », Texte de la conférence pour l'ouverture du KM Forum 2001, le mardi 25 septembre 2001, au Palais des Congrès, Porte Maillot, Paris

Rapport

- DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., « et al. », 2014, *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, rapport des Conférences hospitalières France, Ministère des affaires sociales et de la santé.
- SINGLY (de) C., *Rapport de la Mission Cadres hospitaliers – Tome 2*, septembre 2009

Sites

- www.directeurdesoins-afds.com, site de l'association française des Directeurs des Soins
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé, et services sociaux (RPCI),
- www.antonin-gaunand.com
- Dictionnaire en ligne du CNRS (ORTOLANG)

Dictionnaire

- Dictionnaire Le ROBERT
- RUSS J., 1991, Dictionnaire de philosophie, Bordas, Paris

Liste des annexes

Annexe n°1 : Guide entretien Directeur d'Hôpital

Annexe n°2 : Guide entretien Directeur des Soins

Annexe n°3 : Guide entretien Président de la Commission Médicale d'Etablissement

Annexe n°4 : Guide entretien Médecin Chef de pôle

Annexe n°5 : Guide entretien Cadre Supérieur de Santé

GUIDE ENTRETIEN DIRECTEUR HOPITAL

➤ Présentation de l'intervieweur

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de réalisation de l'entretien
- Présentation du travail réalisé et du thème exploité

➤ Questions

- Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?
- Pensez-vous qu'il y ait une évolution de la fonction de DS depuis l'organisation en pôle d'activités cliniques ?
 - Si évolutions, quelles sont-elles ?
- Quelle est pour vous aujourd'hui, la place du DS dans un établissement organisé en pôle d'activités cliniques ?
- Qu'apporte pour vous le positionnement du DS au Directoire ?
- Quelles sont vos attentes envers la fonction de DS ?
- Quelles sont vos attentes envers la fonction de cadre de pôles ?
- Que doit être, pour vous, la relation entre le DS et le Cadre de pôle ?
- Si il y a, pour vous une possibilité de mettre en place la délégation de moyens au pôle prévue par la loi HPST, de quelle nature doit-elle être ?
- Une formation spécifique pour les cadres de pôle vous semble-t-elle nécessaire ?
 - Pourquoi ?
 - Si oui, quelle doit-elle être ?
- Quelles sont pour vous les évolutions de la fonction de DS au regard de la loi HPST dans son contexte territorial ?

GUIDE ENTRETIEN DIRECTEUR DES SOINS

➤ Présentation de l'intervieweur :

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de réalisation de l'entretien
- Présentation du travail réalisé et du thème exploité

➤ Questions :

- Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?
- Pensez vous qu'il y ait une évolution de la fonction de DS depuis l'organisation en pôle d'activités cliniques ?
 - Si évolutions, quelles sont-elles
- Quelle est selon vous aujourd'hui, la place du DS dans un établissement organisé en pôle d'activités cliniques ?
- Qu'apporte pour vous le positionnement du DS en tant que membre de l'équipe de direction ?
- Qu'apporte selon vous le positionnement du DS au Directoire ?
- Quels types de relations entretenez-vous avec les CSS ?
- En quoi l'organisation polaire a-t-elle modifiée ou pas vos relations avec les CSS de pôle ?
- Une formation spécifiques pour les cadres de pôle vous semble-t-elle nécessaire ?
 - Pourquoi ?
 - Si oui, quelle doit-elle être ?
- Quelles sont, selon vous, les évolutions de la fonction de DS au regard de la loi HPST dans son contexte territorial ?

GUIDE ENTRETIEN PRESIDENT COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

➤ Présentation de l'intervieweur :

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de réalisation de l'entretien
- Présentation du travail réalisé et du thème exploité

➤ Questions :

- Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?
- Pensez vous qu'il y ait une évolution de la fonction de DS depuis l'organisation en pôle d'activités cliniques ?
 - Si évolutions, quelles sont-elles
- Quelle est selon vous aujourd'hui, la place du DS dans un établissement organisé en pôle d'activités cliniques ?
- Qu'apporte selon vous le positionnement du DS en tant que membre de l'équipe de direction ?
- Qu'apporte selon vous le positionnement du DS au Directoire ?
- Quelles sont vos attentes envers la fonction de DS ?
- Comment qualifieriez-vous vos relations avec le DS ?
- Quelles sont vos attentes envers la fonction de CSS de pôle ?
- Quelles sont, selon vous, les évolutions de la fonction de DS au regard de la loi HPST dans son contexte territorial ?

GUIDE ENTRETIEN MEDECIN CHEF DE PÔLE

➤ Présentation de l'intervieweur :

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de réalisation de l'entretien
- Présentation du travail réalisé et du thème exploité

➤ Questions :

- Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?
- Pensez vous qu'il y ait une évolution de la fonction de DS depuis l'organisation en pôle d'activités cliniques ?
 - Si évolutions, quelles sont-elles
- Quelle est selon vous aujourd'hui, la place du DS dans un établissement organisé en pôle d'activités cliniques ?
- Qu'apporte selon vous le positionnement du DS en tant que membre de l'équipe de direction ?
- Quelles sont vos attentes envers la fonction de DS ?
- Comment qualifieriez-vous vos relations avec le DS ?
- Quelles sont vos attentes envers la fonction de CSS de pôle ?
- Comment qualifieriez-vous les relations entre le DS et le CSS de pôle ?
- Quelles sont selon vous les évolutions de la fonction de DS au regard de la loi HPST dans son contexte territorial ?

GUIDE ENTRETIEN CADRE SUPERIEUR DE SANTE

➤ Présentation de l'intervieweur :

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de réalisation de l'entretien
- Présentation du travail réalisé et du thème exploité

➤ Questions :

- Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?
- Quels sont les changements apportés à votre fonction de CSS par la mise en place des pôles?
- Quelle perception avez-vous du rôle du DS ?
- Y a-t-il selon vous une évolution dans la collaboration DS/CSS avec la mise en place des pôles?
- Quelles sont les relations CSS / Direction des soins ?
- Que vous apporte le DS dans votre pratique de Cadre de pôle?
- Quelles sont vos attentes par rapport au DS?
- Lors de votre prise de fonction en tant que cadre de pôle avez-vous bénéficié d'une formation ?
 - Si oui, laquelle ?
 - Si non, qu'en attendriez-vous ?

DESMARS

Agnès

Décembre 2014

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2014

Le Directeur des Soins et les Cadres Supérieurs de Santé : une nécessaire vision partagée au service de l'institution

Résumé :

Sous l'impulsion des réformes successives de ces dernières années, le monde hospitalier a dû repenser ses modes organisationnels, relationnels et hiérarchiques pour s'adapter aux évolutions du système de santé et répondre de manière efficiente aux besoins de la population. Dans cet environnement complexe les relations professionnelles et les lignes managériales ont été modifiées.

Ainsi manager les Cadres Supérieurs de Santé dans cette complexité, impose au Directeur des Soins d'endosser un rôle de conseil, de soutien et d'appui pour étayer les compétences et les capacités des cadres de pôle à s'engager dans leur mission de pilotage du pôle.

Afin de poser leur relation dans une réelle collaboration, il est indispensable de mettre en œuvre un management ancré dans un univers de cohérence et marqué par une nécessaire confiance. L'accompagnement des Cadres Supérieurs de Santé par le Directeur des Soins doit s'orienter vers leur autonomie dans la prise de décision.

Mots clés :

Directeur des soins, cadres supérieurs de santé, autorité fonctionnelle, autorité hiérarchique, positionnement professionnel, complexité, collaboration, management, confiance, subsidiarité, cohérence.

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.