



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Manager à distance :
enjeux et perspectives pour
les directeurs des soins.**

Patrick LEHMANN

Remerciements

Ils s'adressent

A tous les professionnels qui nous ont accompagnés tout au long de l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement les personnes ayant participé à notre enquête pour leur disponibilité et leur professionnalisme.

Aux intervenants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour l'aide apportée et les conseils prodigués lors de notre cheminement.

Aux collègues et amis de notre promotion présents pour nous guider dans notre réflexion dont le soutien et l'écoute se sont révélés précieux : ils se reconnaîtront.

A Madame Marie-Elisabeth Cosson-Hamon, Sociologue, pour son soutien, ses remarques pertinentes et son professionnalisme.

Et plus particulièrement

A Cathy, mon épouse, pour son écoute, sa disponibilité, sa patience et son soutien sans faille durant cette année de formation qui se concrétise par l'écriture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Le contexte hospitalier, ses évolutions et le management à distance	5
1.1 Le contexte institutionnel :	5
1.1.1 Evolution du contexte externe des établissements de santé.....	6
1.1.2 Evolution du contexte interne de l'établissement de santé	7
1.2 Le management à distance :	9
1.3.1 Le management	9
1.3.2 La distance.....	12
1.3.3 Le management à distance	13
2 L'enquête et les caractéristiques du management à distance	19
2.1 L'enquête de terrain :	19
2.1.1 Les objectifs	19
2.1.2 La méthodologie et le terrain de la recherche.....	19
2.1.3 La méthode	20
2.1.4 La population cible	22
2.1.5 Les limites	22
2.2 Les caractéristiques du management à distance :	23
2.2.1 Les attentes vis-à-vis des directeurs des soins.....	23
2.2.2 Légitimité et crédibilité	25
2.2.3 Le périmètre d'action :	28
2.2.4 La variété, la brièveté et la fragmentation	30
2.2.5 Les déplacements	31
3 L'organisation et les outils du management à distance	33
3.1 L'organisation	33
3.2 Les outils du management à distance :	36
3.2.1 Les nouvelles technologies de l'information et de la communication	36
3.2.2 Les outils de reporting et de pilotage	38
3.2.3 Délégation, contrôle et confiance	40
4 Les préconisations	45
4.1 Analyser les enjeux et les spécificités du management à distance	46
4.2 Relever le défi du management à distance :	46
4.2.1 Définir le périmètre d'action et ses enjeux	46
4.2.2 Se positionner en tant que manager à distance.....	49

Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

Adrhess	Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
CAC	Commission d'Attribution des Crédits
CAP	Entretien Connaissance, Attitude, Pratique
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CODIR	Comité de Direction
COVORIS	Comité de Vigilance et des RISques
CS	Cadre de santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	Cadre supérieur de santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DH	Directeur d'hôpital
DIM	Département de l'Information Médicale
DPC	Développement Professionnel Continu
DS	Directeur des soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HPST	(Loi dit) Hôpital, Patient, Santé et Territoire
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RH	Ressources Humaines
SIH	Syndicat Interhospitalier
T2A	Tarification à l'Activité
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'Education, la Science et la Culture

Introduction

Lors de notre premier stage réalisé dans le cadre de la formation de directeur des soins (DS), stage d'observation de la fonction de directeur des soins en établissement de santé, la pratique de ce dernier sur plusieurs sites nous a semblé un thème suffisamment important pour le retenir comme sujet du présent mémoire professionnel. En effet, nous avons eu l'occasion de réaliser celui-ci auprès du directeur des soins d'un Centre Hospitalier (CH), établissement support d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), que nous appellerons CHT A, comprenant quatre établissements publics de santé.

Lors des deux premières semaines, alors que nous commençons à réfléchir sur le thème du mémoire, l'observation de l'exercice multi site du directeur des soins nous a interpellé. En effet, du fait de l'organisation en Communauté Hospitalière de Territoire, chaque établissement conservait son entité juridique et donc ses différentes instances¹ : Directoire, Conseil de surveillance, Commission médicale d'établissement (CME), Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Le DS, du fait de son nouveau positionnement², est amené à assister à de nombreuses instances qu'il ne peut assumer seul, d'où la nécessité d'en déléguer certaines. De même, au temps passé en réunions, s'ajoute le temps dédié aux déplacements, et ne sera pas mis à profit dans la relation en direct avec ses collaborateurs, comme j'ai pu le constater lors de ce premier stage. L'étude de la distribution du temps et des activités du directeur des soins, basée sur les deux premières semaines d'observation, montre qu'il passe presque la moitié de son temps en réunions (46 %), 14 % de celui-ci en déplacement, et le reste presque en totalité en travail de bureau³. Ce premier constat, issu – il est vrai – d'un temps d'observation relativement court, nous a malgré tout interrogé sur sa capacité à rester en lien avec le terrain afin de récupérer les informations utiles à l'exercice de ses missions.

Il nous a amené à entrevoir une difficulté liée à l'exercice de la fonction de Directeur des soins sur plusieurs sites : la gestion des collaborateurs répartis sur les différents établissements, en particulier au regard de la supervision du travail effectué et au transfert d'information (ascendante et descendante). Ces constats interrogent le futur professionnel que nous sommes : Qu'est-ce qu'une direction des soins de territoire implique sur les relations entre le DS et ses plus proches collaborateurs, relais sur le terrain et auprès des équipes ? Quelle stratégie le Directeur des soins va-t-il devoir mettre

¹ Annexe 1 : Tableau 1 - Nombre d'instances qu'il convient d'assurer sur l'ensemble de la CHT A pour respecter la réglementation.

² Ce positionnement sera présenté dans la première partie de notre travail.

³ Annexe 2 : Figure 1 - Distribution du temps et des activités, basée sur deux semaines d'observation du travail du directeur des soins.

en œuvre pour rester en lien avec la réalité des organisations soignantes et ainsi continuer à apporter sa connaissance du terrain dans les différentes instances ? Quels sont les moyens à sa disposition ?

Ce questionnement n'est pas né de manière anodine. Ce thème faisait écho à notre pratique antérieure de cadre de pôle en psychiatrie ayant à gérer une équipe de cadres de santé répartie sur plusieurs sites. Nous nous sommes rendu compte que les outils mis en place pour connaître l'activité ne disaient rien de la façon dont elle était réalisée, et que seul le fait d'aller sur le terrain pouvait nous permettre d'avoir cette connaissance. Ce qui demandait du temps et une organisation rigoureuse. La formation de cadre de santé, si elle prépare à la gestion et à l'encadrement d'une ou plusieurs équipes de proximité, ne prépare pas à cette gestion multisites. Aussi, dans l'éventualité d'être confronté à ce type de gestion, il nous a semblé opportun pendant cette année de formation à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) d'effectuer un travail d'approfondissement de ces questions. Pourquoi s'y préparer ? Parce qu'aujourd'hui c'est devenu une réalité pour de nombreux professionnels. La loi portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST) du 21 juillet 2009⁴ a supprimé un certain nombre de formules juridiques de coopération, et renforcé la palette des outils par de nouveaux dispositifs, dont la Communauté Hospitalière de Territoire. Ainsi, depuis peu, apparaissent des CHT aux quatre coins de l'hexagone. Il suffit de taper « Communauté Hospitalière de Territoire » sur n'importe quel site de recherche sur Internet pour trouver instantanément de multiples résultats, ce quelles que soient les régions.

Le directeur général de l'offre de soins (DGOS), Jean DEBEAUPUIS, a rapporté lors du 68^{ème} congrès national du Syndicat des managers publics de santé⁵ (SMPS) qu'il existait à peu près 80 Communautés Hospitalières de Territoire à ce jour, qui regroupent de deux à une dizaine d'établissements, avec une moyenne de quatre. De plus, ces dernières années, de nombreux établissements ont fusionné : d'après le rapport Igas intitulé *Fusions et regroupements hospitaliers*⁶, 90 établissements publics de santé, principalement entre deux établissements de taille petite et moyenne, ont fusionnés au cours de ces quinze dernières années. Aussi, l'exercice du DS sur plusieurs sites ou établissements, tant en gestion qu'en formation, est donc devenu une réalité dont nous devons tenir compte en vue de notre futur exercice professionnel.

⁴ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵ 68^{ème} Congrès national du Syndicat des managers publics de santé, Paris, 16 et 17 octobre 2014.

⁶ Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? - Inspection générale des affaires sociales RM2012-020P - p. 5.

Pour approfondir ce thème, nous avons réalisé le second stage dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), comprenant douze sites, et lui aussi siège d'une CHT. Nous l'appellerons CHT B pour les besoins du présent travail. Cette CHT est composée de six établissements publics de santé et de ce CHU. Nous avons donc pu appréhender une autre réalité de l'exercice multisites des directeurs des soins, car ceux que nous avons rencontré ont exercé, ou exercent actuellement sur plusieurs établissements.

Partant de ces constats, la première question que nous avons retenue pour orienter la réflexion cherchait à appréhender ce qu'on entend par « manager à distance ». Cette première question, « Qu'est-ce que manager dans un contexte de distance physique et géographique ? » a rapidement été remplacée par une question finale portant sur les enjeux et les limites de ce type de management. La question centrale qui oriente le présent mémoire est donc : Quelles sont les incidences de la distance géographique sur le management des directeurs des soins ?

Dans le souci d'approfondir la réalité étudiée, alors que nous avons terminé ces entretiens, nous avons interrogé par mail notre promotion d'élèves directeurs des soins exerçant dans l'hexagone. Sur 46 élèves sollicités, nous avons eu 27 réponses⁷, soit un taux de réponse de 59 %. Sur ces 27 réponses, seules 5 personnes n'avaient jamais été confrontées à l'exercice multisites, soit 19 %. Les 21 autres répondants (plus de 80 %, soit 4 élèves DS sur 5) ont indiqué avoir été confrontés à ce type d'exercice. Autre résultat intéressant, la typologie des structures : les enquêtés nous apprennent que cette expérience concernait aussi bien les établissements de santé que les Instituts de formation. Dans les établissements de santé, ils considéraient également que l'exercice de directeur des soins en psychiatrie était concerné par cet exercice multisites du fait du grand nombre de services répartis pour certains sur l'ensemble d'un département (un élève cite 66 sites). Alors que nous avons concentré notre travail principalement sur l'étude des CHT, cette rapide enquête nous a ouvert à la fois sur la psychiatrie et les Instituts de formation. La réflexion ne peut en être que plus riche, car à l'issue de la formation de directeur des soins nous pouvons nous orienter soit en gestion soit en formation⁸.

Les données ainsi collectées sont riches. Elles permettent, dans un premier chapitre, de revenir tout d'abord sur le contexte hospitalier et ses évolutions externe et interne pour le directeur des soins, pour terminer par une définition du management à distance.

⁷ Annexe 3 : Tableau 2 - Enquête relative à la réalité de l'exercice multi sites de directeur des soins, réalisée auprès de la promotion 2014 d'élèves directeurs des soins.

⁸ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.

Le deuxième chapitre, plus long, permet de présenter l'enquête de terrain et les caractéristiques du management à distance. Croisant les récits de trois catégories socioprofessionnelles : les directeurs des soins, les directeurs d'hôpital et les cadres supérieurs de santé, nous reviendrons sur la manière dont elles le pratiquent concrètement au quotidien.

Le troisième chapitre permet d'analyser l'organisation et les outils mis en place par les directeurs des soins enquêtés dans le cadre de leur exercice multisite pour pallier à la distance.

Pour terminer, nourri des résultats de la présente étude, nous formulerons des préconisations relatives au management à distance. Fondées sur l'analyse des terrains étudiés, celles-ci pourraient toutefois s'avérer utiles à une possible expérience de directeur des soins confronté au management multisites.

1. LE CONTEXTE HOSPITALIER, SES EVOLUTIONS, ET LE MANAGEMENT A DISTANCE.

1.1. Le contexte hospitalier.

Depuis une quinzaine d'années, et en particulier depuis la loi portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, le territoire des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux se transforme, s'agrandit et devient multiforme. Cette organisation territoriale donne à voir des formes nouvelles : Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Communautés Hospitalières de Territoire, fusions d'établissements, directions communes, hôpital « hors les murs », rapprochements hôpital/soins de ville. Elle devient la règle et pèse sur l'organisation juridique et fonctionnelle des établissements.

L'environnement institutionnel se transforme profondément. Apparaissent et s'imposent les notions de territoire de santé, de territorialisation de la santé (concept nouveau promu par la stratégie nationale de santé).

Pour les établissements, les conséquences de cette nouvelle donne sont très fortes sur leurs personnels (directeurs, médecins et l'ensemble des salariés), leur organisation, leur fonctionnement, leur gouvernance.

En effet, les spécialistes⁹ ont décompté 35 plans de réforme depuis 1948, soit une réforme tous les 18 mois en moyenne. Elles visent principalement trois volets :

- L'organisation des établissements avec la définition de nouvelles formes de gouvernance entre médecins et gestionnaires, le projet d'établissement, la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la contractualisation interne, la formation des médecins à la gestion ou encore le redéploiement d'activités et les coopérations inter établissements ;
- Le financement de leur activité avec la mise en place du PMSI et de la Tarification à l'Activité (T2A) ;
- La qualité et la sécurité des soins avec notamment l'instauration de l'accréditation, et le développement d'indicateurs de qualité.

Dans ce chapitre, nous allons tout d'abord présenter les évolutions induites par cette nouvelle donne, en commençant par le contexte externe pour finir par le contexte interne en nous focalisant sur les incidences de ces évolutions sur l'exercice du métier de directeur des soins.

⁹ JONCOUR Y., Cabinet Axe Management, Séminaire Organisation et métiers à l'hôpital, M.S.H. Paris Nord, 19 juin 2008.

1.1.1. Evolutions du contexte externe des établissements de santé.

La volonté nationale de réorganisation de l'offre de santé sur les territoires et les difficultés financières rencontrées par de nombreux établissements publics conduisent la politique de santé vers un double objectif : l'optimisation du dispositif hospitalier en termes d'efficacité, d'efficience et de performance par une réorganisation structurelle sous la forme de coopérations ; et la recherche de l'amélioration de l'efficience de la prise en charge des usagers.

Parmi les formes de coopération, les Communautés Hospitalières de Territoire sont considérées comme un outil au service de l'efficience et des filières de soins. Préconisées par le Rapport LARCHER¹⁰, les CHT sont une innovation créée par la loi HPST du 21 juillet 2009. Celle-ci souligne que « *La CHT est l'un des vecteurs juridiques incontournables de rapprochement entre établissements publics de santé afin de définir une stratégie médicale commune s'appuyant sur la mutualisation des compétences et des fonctions supports. La CHT est un outil de recomposition de l'offre de soins au niveau d'un territoire.*¹¹ ». Les CHT ont pour objectif de développer les complémentarités entre établissements de santé au sein des territoires et d'associer, éventuellement, de établissements médico-sociaux afin d'optimiser la prise en charge des patients.

Elles permettent aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions. La loi HPST s'inscrit dans la continuité des réformes précédentes (loi du 31 décembre 1970, ordonnances du 24 avril 1996 et du 4 septembre 2003 notamment) qui plaçaient déjà les actions de coopération au cœur des politiques d'organisation des soins. Pour cela, la loi HPST a simplifié et gradué les outils de coopération à disposition des acteurs et favorisé leur mise en place, notamment par la création de mesures incitatives.

Au sein des Communautés Hospitalières de Territoire et des Groupements de Coopération Sanitaire se dessine un nouveau mode d'exercice. Depuis la loi HPST, on sort de l'exception des fusions et des Syndicats Interhospitaliers (SIH). Les coopérations sont devenues obligatoires. Le directeur des soins peut donc être affecté sur un regroupement d'établissements. Cet exercice professionnel nécessite d'intégrer une grande mobilité et la mise en place de relais dans les établissements membres, et demande un travail indispensable d'harmonisation des pratiques, sur le rapprochement des « cultures » et l'accompagnement des agents.

¹⁰ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, 2008, 102 p.

¹¹ Guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), La loi H.P.S.T., les clefs pour comprendre, p. 140.

Le gouvernement a décidé de remplacer ces communautés hospitalières de territoire, créées par la loi HPST, par des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et de rendre obligatoire l'adhésion à ces groupements d'ici au 31 décembre 2015 afin de conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée. C'est une opportunité offerte par la réforme aux acteurs institutionnels d'introduire et de consolider de nouvelles formes de management de l'hôpital.

1.1.2. Evolutions de l'organisation interne de l'établissement de santé.

La fonction de Directeur des soins est en constante évolution, notamment dans le contexte lié à la loi HPST. Véritable relais entre la direction et les médecins, il doit se positionner au sein de l'équipe de direction tout en restant proche du terrain, gérer les équipes et assurer l'organisation et la qualité des soins.

La loi HPST, dite Loi BACHELOT, introduit des changements dans le mode de gouvernance des hôpitaux. Elle consacre le directeur des soins, Coordonnateur général des soins et président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques comme membre de droit du Directoire. Les directeurs des soins voient ainsi resituer leurs missions à un niveau plus politique et stratégique. Le Coordonnateur général des soins a une place particulière au sein du directoire : ni médecin, ni directeur d'hôpital, mais il est membre de droit. Il a un rôle d'interface, de décodeur, car sa valeur ajoutée repose sur son regard transversal sur une organisation qui doit rester centrée sur le patient tout en gagnant en efficacité. En qualité de membre de l'équipe de direction, le directeur des soins peut assister le directeur au Conseil de Surveillance, mais sa participation est très établissement dépendant. Il présente le projet de soins dans le cadre du projet d'établissement, ou des dossiers que lui aura confié le directeur. Il peut, également, donner des informations aux membres du Conseil sur le fonctionnement des services et la prise en charge des patients.

Lors de la journée de présentation de la formation 2014 des élèves directeurs des soins¹², le responsable de la filière, Jean-René LEDOYEN¹³ citait à ce propos le président de l'Association des directeurs d'hôpital : « *Connaissant le quotidien des équipes grâce à son expérience de terrain, et sachant allier les préoccupations stratégiques et managériales, les nécessités de l'organisation, le directeur des soins fait un pont pertinent et utile entre l'activité clinique et le pilotage de l'établissement.* ».

Avant la loi HPST, le directeur des soins participait à la Commission Médicale d'Etablissement en qualité de cadre de direction assistant le chef d'établissement,

¹² Présentation de la formation des élèves directeurs des soins, Paris, le 10 décembre 2013.

¹³ Jean-René LEDOYEN, responsable formation des directeurs des soins, EHESP.

désormais le Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est membre de la CME avec voix consultative. On attend de lui la présentation du projet de soins, de protocoles, d'organisations ou de réorganisations de services et la participation aux débats et aux sous-commissions de la CME.¹⁴ Aujourd'hui, on parle de plus en plus de projet médico-soignant, et on attend donc une cohérence du projet de soins et du projet médical. Ce discours est également celui du président de la conférence des présidents de CME des CH, cité par Jean-René LEDOYEN le 10 décembre 2013¹⁵ : « *De par ses fonctions et sa responsabilité dans la qualité et la gestion des risques associés aux soins, le directeur des soins exerce dans nos établissements un rôle fondamental... Exercer ce métier nécessite une grande capacité d'intégration des sujets complexes d'animation d'un projet de soins en lien avec le président de CME, garant du projet médical.* ». On attend également de lui un travail sur l'adéquation des ressources à l'activité et une présentation des évolutions d'exercice des professionnels paramédicaux et des actions en matière de gestion des Ressources Humaines (recrutements...)

Les futurs GHT¹⁶ prévus dans l'avant-projet de loi de santé devraient avoir un impact important sur les politiques des ressources humaines (RH) dans les hôpitaux. Lors des journées organisées par la Fédération hospitalière de France (FHF), l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adrhess) et le ministère de la santé, à Montrouge en octobre 2014, la sous-directrice par intérim des ressources humaines du système de santé à la direction générale de l'offre de soins, Michèle LENOIR-SALFATI, a observé que le texte comprenait "*plusieurs mesures qui vont être structurantes pour la politique RH et le développement des compétences au sein des établissements hospitaliers*".

Elle a notamment cité la constitution des GHT. Dans ce cadre, les hôpitaux devront élaborer une "*stratégie médicale et soignante unique*" et mutualiser des fonctions administratives, techniques et logistiques, a indiqué la représentante de la DGOS.

L'établissement désigné comme pivot du GHT gèrerait plusieurs fonctions pour l'ensemble des établissements membres. Elle a notamment cité le système d'information hospitalier, le département de l'information médicale (DIM), la politique d'achat et la coordination des politiques de formation initiale, dont la coordination des politiques des instituts de formation relevant du GHT, et les plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC). "*La seule énumération de ces principes permet d'emblée d'appréhender que la constitution de ces groupements va interroger les*

¹⁴ ANTHONY-GERROLDT A., La place des directeurs des soins dans la nouvelle gouvernance, Séminaire préparation à l'oral, concours DS 2013, E.H.E.S.P., 23 octobre 2013.

¹⁵ Ibid. 11.

¹⁶ Article 27 du Projet de loi relatif à la santé.

politiques RH mises en œuvre", a-t-elle souligné. Ces GHT devraient impliquer un développement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) à l'échelle du territoire, une politique de recrutement coordonnée, une politique de formation conjointe et l'organisation des équipes sur un territoire.

Suite à la loi HPST et à la constitution des CHT, nous avons pu appréhender au travers de nos stages le fait que les directeurs des soins se sont retrouvés à gérer plusieurs sites. Nous pouvons penser à la suite du discours de Michèle LENOIR-SALFATI, et à l'obligation qui va être faite à tous les établissements de santé d'adhérer à des GHT avant le 31 décembre 2015, que cet état de fait va encore s'accroître et que la gestion multisites sera courante demain, rendant encore plus légitime ce travail de mémoire.

1.2. Le management à distance.

Dans le cadre de la mise en place des GHT, le management du directeur des soins sera d'autant plus complexe qu'il impliquera différents sites, mais également différents types de structures, sanitaires, sociales et médico-sociales. Chaque type de structure a développé des logiques, une culture, des organisations qui lui sont propres. Il s'agit ici de manager différents acteurs autour d'un objectif commun, de permettre au directeur des soins de remplir ses futures fonctions au sein de la GHT de la manière la plus efficiente possible.

Avant de voir ce que la littérature peut nous apprendre sur le management à distance, nous définissons chacun de ces deux termes séparément, en commençant donc par le management pour finir par la distance.

1.2.1. Le management.

*Les vocables « manager » et « management » dérivent des mots français ménager et ménagement qui veulent dire « régler avec soins » (Le Robert). Sachant conduire le ménage, comme un « bon père de famille » le manager est celui qui sait utiliser les moyens mis à sa disposition pour diriger au mieux la « maison ».*¹⁷

Définition :

« Le management est l'ensemble des techniques d'organisation des ressources qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une organisation, dont l'art de diriger les hommes, afin d'obtenir une performance satisfaisante. Ces ressources peuvent être

¹⁷ <http://hem.ac.ma/qu%E2%80%99est-ce-que-le-management>, visité le 12 juin 2014.

*financières, humaines, matérielles ou autres. On entend par organisation une entreprise, une administration ou même une association*¹⁸. »

Il y a deux horizons dans la conduite des organisations : l'horizon opérationnel et l'horizon stratégique :

- L'horizon stratégique se situe au niveau de la Direction qui fixe les grandes orientations de l'organisation, la politique d'ensemble, la conduite à long terme, le choix des stratégies, mène les études et met en place les prévisions. Nous avons vu précédemment que c'est à ce niveau que les missions du directeur des soins ont été resituées suite à la loi HPST.

- L'horizon opérationnel fait référence à la conduite, au jour le jour, des affaires courantes et à la mise en application, dans le détail, de la politique générale édictée par la Direction. Il est du rôle du directeur des soins de faire appliquer cette politique dans les services au travers de ses relais sur le terrain, les Cadres Supérieurs de santé, cadres de pôles.

Les cinq missions fondamentales du manager sont de diriger (mobiliser et fédérer toutes les intelligences de l'entreprise), piloter (faire de chaque collaborateur un acteur responsable et accroître son efficacité), animer (optimiser et exploiter le potentiel collectif de son équipe de travail), évaluer (mesurer la contribution et assurer la progression de ses collaborateurs) et stimuler (dynamiser et garantir l'implication de ses collaborateurs). En somme, le management consiste à prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer¹⁹.

Le rôle du manager a bien évolué ces dernières années. Le concept de rôle, d'après MINTZBERG, est un terme qui a fait son chemin du vocabulaire théâtral à la gestion, en passant par les sciences du comportement. Le rôle se définit ainsi : « *c'est un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable* » (SARBIN et ALLEN, 1968)²⁰. La personnalité individuelle peut avoir une influence sur la façon dont le rôle est tenu, mais ne peut empêcher que le rôle soit tenu. Ainsi, les directeurs des soins, les directeurs d'hôpital, les cadres supérieurs de santé, pour ne prendre que les acteurs principaux de notre sujet, sont les interprètes de rôles prédéterminés, mais individuellement ils les incarnent de façons différentes.

MINTZBERG range les activités des cadres en trois catégories : celles qui ont principalement trait respectivement aux relations interpersonnelles, au transfert

¹⁸ Ibid. 17.

¹⁹ Cours de Communication managériale, Groupe rgm (Conseil & Formation en management Hommes Organisation), E.H.E.S.P., 24 avril 2014.

²⁰ MINTZBERG H., Le manager au quotidien, Editions d'organisation, Lonrai, 2000, p. 65.

d'information et à la prise de décision. Les dix rôles sont donc répartis dans les trois sous-ensembles suivants :

- Trois rôles interpersonnels,
- Trois rôles liés à l'information,
- Quatre rôles décisionnels.

Nous nous attarderons ici sur le second sous-ensemble : la réception et la transmission d'informations, car il nous semble, à l'instar de MINTZBERG, que pour les directeurs d'hôpital et pour les Cadres supérieurs de santé, le directeur des soins occupe clairement la position centrale dans la circulation de certains types d'informations dans l'organisation. En fait, le directeur des soins est le « *centre nerveux* » de l'organisation des services de soins. Trois rôles le caractérisent comme centre nerveux : son rôle d'observateur actif (il acquiert des informations sur l'environnement et sur sa propre organisation) ; ses rôles de diffuseur et de porte-parole (il assure la diffusion de ces informations à d'autres personnes).

Le manager veille à ce qu'il y ait une cohérence d'ensemble dans toutes les actions qu'il entreprend. Il a pour mission de faire accepter toutes les choses nécessaires au bon fonctionnement de son organisation.

C'est pourquoi il doit, avant toute chose, obtenir la confiance de son équipe pour pouvoir gagner l'adhésion de la majorité. Mais pas seulement. Bien connaître ses collègues en étant sur le terrain afin de mieux cerner leurs attentes et leurs difficultés, leur consacrer du temps, vérifier que chacun reste au maximum de ses capacités est très important. Le manager est responsable du travail effectué, et garant de la cohésion du groupe.

Depuis le siècle dernier, les modèles culturels dominant reposent principalement sur un management direct, physiquement immédiat, et donc le contrôle de la présence et de la disponibilité. Suivant la conception traditionnelle du management issue du fonctionnement bureaucratique, les managers ont besoin, pour gérer, d'avoir leurs subordonnés à proximité. L'efficacité du management trouve alors son origine dans un management de proximité centré sur les relations verbales tel que le décrit MINTZBERG. La distance qui s'instaure entre employés et manager compromettrait alors les interactions nécessaires au travail du manager²¹.

Quand le directeur des soins est sur le même site que les Cadres supérieurs de santé, par exemple, ces derniers viennent régulièrement dans les locaux de la direction des soins. Le directeur des soins peut ainsi voir régulièrement ses collaborateurs, et

²¹ [http://romainburdeau.com/Comment animer et coordonner une équipe à distance.pdf](http://romainburdeau.com/Comment_animer_et_cooronner_une_equipe_a_distance.pdf), visité le 12 juin 2014.

dispose de nombreuses opportunités pour les observer, les conseiller et les réorienter. En outre, ils ont la possibilité d'échanger de manière formelle et informelle, et ces interactions favorisent la diffusion de la culture d'entreprise et de ses normes.

Le fait d'être sur plusieurs sites modifie la donne car ce que nous venons d'énoncer n'est plus possible. Avant de revenir sur les risques du travail à distance, par opposition justement avec ce qui existe dans un contexte de proximité, voyons tout d'abord ce que nous pouvons entendre par distance.

1.2.2. La distance.

Quand on parle de distance, nous vient à l'esprit la notion de « longueur qui sépare une chose d'une autre²² », donc la notion de distance géographique, la longueur de l'espace à parcourir pour aller d'un point à un autre. Mais la distance peut aussi être l'« espace qui sépare deux personnes²³ » ou encore l'« écart, la différence séparant des personnes ou des choses.²⁴ ».

Fort de ces définitions, essayons de décrire les différentes distances pouvant être mises en œuvre dans le management à distance :

Pour Pierre Emmanuel PERNET²⁵, la principale caractéristique des équipes réparties sur plusieurs sites repose sur la distance géographique, car pour lui « *au-delà de 15 mètres de séparation, on n'a plus de contacts réguliers avec nos collègues²⁶* ». Qu'en est-il, quand la distance se mesure en dizaines de kilomètres ? Si la distance géographique est la plus souvent évoquée quand on parle de management à distance, il ne faut pas oublier l'impact d'autres distances sur la relation entre le directeur des soins et ses collaborateurs. Il s'agit de :

La distance culturelle : considérée comme l'un des principaux facteurs d'échecs d'une équipe dispersée, la distance culturelle entre les membres de l'équipe est incarnée par des manières de penser, des pratiques professionnelles et des comportements différents. Nous pouvons avoir des difficultés à nous comprendre parce que nous n'avons pas les mêmes références, la même culture. Venant de la psychiatrie, nous avons ainsi été étonné par le nombre d'acronymes utilisés dans le secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) ou dans les Instituts de formation, synonymes d'appartenance à un groupe social bien particulier, le monde hospitalier ou celui de la formation, dont vous êtes exclu si vous ne comprenez pas le langage. La différence culturelle est davantage cause

²² Dictionnaire Le Robert illustré, 2013, p. 565.

²³ Ibid. 22.

²⁴ Ibid. 22.

²⁵ Événement Branche Nord de France de PMI, 24 mai 2012 à SKEMA Lille, « Equipes virtuelles distribuées : impacts sur le management de projet ».

²⁶ Ibid. 25.

de malentendus que de désaccords. Or, si l'on est toujours conscient d'un désaccord, les conséquences d'un malentendu peuvent s'avérer bien plus néfastes à l'organisation.

L'asynchronie constitue une autre forme de distance : les contraintes d'organisation créent aussi des barrières, ne serait-ce que parce que les temps de travail sont dissociés. L'application des 35 heures, par exemple, si on prend le cas de la CHT A, diffèrent d'un établissement à un autre. Nous pouvons aussi citer l'exemple de la certification, qui intervient à des temps différents selon les établissements.

La distance technologique : les membres d'une équipe à distance ne partagent pas tous les mêmes outils technologiques. A ce premier écueil s'ajoute parfois la non-compatibilité des systèmes entre eux ainsi que des niveaux de formation hétérogènes en fonction des utilisateurs. Lors de notre premier stage sur la CHT A, les différents hôpitaux la composant utilisaient des dossiers patients et des systèmes d'exploitation différents. Quand le directeur des soins se déplaçait d'un établissement à un autre, il lui était impossible de se connecter à distance sur son bureau et de récupérer ses dossiers. Il devait donc enregistrer le maximum de documents sur son ordinateur portable, avec le risque de ne pas avoir les dernières versions travaillées. Par contre, sur la CHT B, tous les directeurs des soins disposaient des mêmes outils et pouvaient se connecter quel que soit le lieu où ils se trouvaient. Aussi tous les directeurs des soins ne sont-ils pas tous au même niveau de confort dans l'utilisation des outils de communication à distance. Les collaborateurs des directeurs des soins n'ont pas non plus tous la même dextérité avec les nouveaux outils informatiques, aussi tous les membres d'une équipe ne sont-ils pas au même niveau de confort dans l'utilisation des outils de collaboration ou de communication à distance.

La « distance » s'entend aussi au sens figuré. La « distance » entre les gens est bien souvent due à des incompréhensions, des objectifs de travail qui manquent de clarté.

Les termes de management et de distance maintenant posés, voyons ce que le fait de les assembler peut nous apporter pour construire la présente réflexion.

1.2.3. Le management à distance.

Nous nous étions interrogé sur le concept à retenir : gestion multisites ou management à distance. La littérature canadienne utilise le vocable de « gestion multisites », alors que la littérature française retient celui de « management à distance », c'est donc ce terme que nous avons retenu pour notre travail.

La littérature française²⁷ sur le management à distance nous apprend que ce n'est pas un phénomène récent dans le monde de l'entreprise, et nous pouvons trouver beaucoup d'études réalisées autour du télétravail. Cependant, depuis quelques années, il prend une dimension nouvelle avec la mondialisation de l'économie et l'internationalisation des entreprises. Comme nous l'avons vu plus tôt, dans le domaine de la santé, le positionnement du directeur des soins sur plusieurs sites s'est également considérablement développé pour accompagner les évolutions de l'environnement externe et de l'organisation interne des établissements de santé, et les GHT ne feront qu'accentuer ce phénomène.

Définition du management à distance :

Pour Bernard LE CLECH²⁸, manager à distance c'est « *manager une équipe dispersée géographiquement* ». Nous pouvons donc considérer que le fait de devoir gérer des personnes réparties sur plusieurs sites répond à cette définition.

Il considère que « *les personnes communiquent principalement à distance au moyen des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)* ». Aujourd'hui, les smartphones et les mails font partie de notre quotidien à tous, auxquels s'ajoute la visioconférence sur certains établissements.

Il nous apprend également que « *le territoire peut être plus ou moins large* », ce que notre enquête²⁹ nous avait montré, les sites étant distants entre 5 et 200 kilomètres.

Pour lui, l'équipe que le manager a à gérer peut être constituée « *d'individus isolés ou de sous-groupes localisés sur des sites différents* ». Notre stage sur une Communauté Hospitalière de Territoire nous l'avait démontré, le directeur des soins s'appuie sur un groupe de Cadres supérieurs sur un site, d'un Cadre supérieur ou d'un Cadre de santé faisant fonction de Cadre supérieur sur d'autres sites.

Pour terminer, dans sa définition, Bernard LE CLECH note que « *le manager peut-être à côté d'une partie d'un sous-groupe de l'équipe, isolé sur un site ou encore nomade, rayonnant sur l'ensemble des sites sans point d'attache particulier* ». Notre expérience personnelle et nos différents stages nous ont amené à penser que le directeur des soins était le plus souvent basé sur un établissement (établissement siège de la CHT le plus souvent) auprès d'un sous-groupe de l'équipe.

²⁷ LEON E., Le management à distance : Résultats d'une étude exploratoire, Revue internationale sur le travail et la société, Octobre 2005, p. 116.

²⁸ LE CLECH B., Manager à distance, Editions JULHIET, 2013, p. 6.

²⁹ Ibid. 7.

La définition du management à distance de Bernard LE CLECH peut donc, pour nous, s'appliquer au directeur des soins multisites.

Manager à distance implique une animation différente de ce qui se faisait traditionnellement. A la différence de celui qui est sur un seul site, le directeur des soins qui est sur plusieurs sites n'a pas ses collaborateurs « *sous la main* ». Pour Hannah BESSER³⁰, de ce fait, « *il doit veiller à ce que ses consignes et ses messages parviennent aux destinataires concernés, soient bien compris, ... Pour cela, il doit avoir des contacts physiques réguliers avec ses collaborateurs (déplacements sur sites, réunions physiques). Une animation structurée (reporting, rythme de travail) lui permet de structurer le cadre de travail de ses collaborateurs. Les outils de communication à distance (échange par mails, contacts téléphoniques, visioconférences) peuvent compenser partiellement l'éloignement physique, à condition de les utiliser de manière adaptée. En fonction de la taille de son équipe, le manager à distance peut être amené à mettre en place des relais locaux, c'est-à-dire des animateurs sur sites chargés du management de proximité de l'équipe* ».

La gestion à distance comporte de nombreux défis, principalement en ce qui a trait à la coordination des activités et à la communication avec l'équipe. De plus, ce mode de gestion est accompagné de nombreux obstacles : perte de temps dans les déplacements, isolement, difficulté à disposer d'un endroit convenable pour s'installer et pour travailler dans chacun des sites, grands besoins d'organisation et de planification.

Le management à distance est donc plus complexe que le management traditionnel. Pour Bernard LE CLECH, manager à distance impose de relever 4 défis majeurs³¹ :

- « *Le défi managérial : comment faire converger l'équipe vers des objectifs communs, instaurer des méthodes de travail en groupe efficaces et fiabiliser le processus d'évaluation ?* ». Les formes d'ajustements mutuels et de régulation qui existent dans les équipes réunies géographiquement sont plus difficiles à reproduire. Les bureaux physiques permettent des échanges fréquents et non planifiés, les régulations peuvent s'opérer rapidement, sur le vif, sans trop de formalisme ; à distance, il faut recréer cet espace de coopération informelle autrement.
- « *Le défi organisationnel : programmer le travail, le suivre à distance et gérer le temps de l'équipe* ». La supervision directe n'est plus possible, le contrôle sur les réalisations peut difficilement s'exercer de visu. Il faut faire confiance tout en prélevant suffisamment d'informations pour suivre l'état d'avancement des travaux.

³⁰ BESSER H., *Manager à distance*, ESF éditeur, 2013, p. 10.

³¹ Annexe 3 - Figure 2 - 4 défis à relever pour manager à distance – LE CLECH B., *Manager à distance*, JULHIET, 2013, p. 10.

- « *Le défi relationnel : entretenir une présence à distance, créer du lien et mettre en place un soutien efficace* ». Bien communiquer au sein d'une équipe traditionnelle n'est pas chose aisée. Pour Hannah BESSER³², au sein d'une équipe à distance, cela constitue un véritable défi. Dans toute communication entre deux personnes, il existe une déperdition d'information importante. Ces phénomènes de déperdition d'information sont, toujours d'après Hannah BESSER, amplifiés dans les situations de management à distance, et ce pour différentes raisons : absence de perception de la communication non-verbale de son interlocuteur, difficulté à percevoir l'état d'esprit de son interlocuteur, manque de références culturelles communes, etc. Les conséquences observables peuvent être des malentendus, des conflits ou des rumeurs qui occasionnent une baisse de performance, de motivation et des erreurs. Les conversations de visu véhiculent, en effet, non seulement des informations de contexte précieuses mais renseignent également sur les niveaux de motivation et les préoccupations de chaque salarié. Partager un même espace physique avec ses collaborateurs permet des interactions informelles répétées, souvent impromptues, qui ont une valeur inestimable. Elles permettent de s'imprégner de leur façon de penser, leurs croyances, mais aussi de comprendre les contraintes qui sont les leurs. Se construit alors un socle de références partagées, qui sera la toile de fond permettant aux discussions futures d'être correctement interprétées. L'autre avantage de la collaboration en face-à-face est qu'elle offre la possibilité d'évacuer les ambiguïtés qui menacent toute communication humaine : froncements de sourcils, acquiescements, et autres expressions non-verbales sont autant de signaux qui permettront à chacun de s'ajuster et de clarifier ce qui doit l'être avant que ne grandisse le malentendu. Lorsque la collaboration se fait à distance, le socle commun est difficile à construire. Ignorant le contexte dans lequel évolue notre collaborateur, on émet des hypothèses sur le sens de certains de ses propos ou de ses actes. Les moments de convivialité sont plus difficiles à organiser, d'où l'absence de moments fédérateurs qui facilitent les relations
- « *Le défi technique : connaître les fonctionnalités des principaux outils du travail à distance et savoir en faire le meilleur usage* ». La relation entre les membres de l'équipe et le directeur des soins est médiatisée par un outil de communication. D'où une perte dans la qualité de la communication (le non-verbal, les expressions, les échanges informels). Les évolutions technologiques rendent le travail à distance potentiellement accessible au plus grand nombre. Les nouveaux outils collaboratifs et l'avènement des smartphones offrent aujourd'hui la possibilité d'une connexion permanente avec ses collaborateurs.

³² Ibid. 30, p. 39.

Une équipe, qu'elle soit à proximité ou à distance, est composée d'acteurs luttant pour la conservation ou le développement de leur pouvoir. Cette analyse stratégique, développée par FRIEDBERG et CROZIER³³, nous pousse à considérer une autre difficulté quant à la pratique du management d'une équipe à distance, à savoir l'existence de jeux de pouvoir. D'après ces auteurs, l'individu est un acteur qui joue avec les zones d'incertitude (c'est-à-dire les éléments qui ne sont pas formalisés) pour asseoir ou augmenter son pouvoir. De cette analyse et de la situation de travail à distance, l'importance et la difficulté que peut représenter la rétention d'information dans un tel mode d'organisation est facilement perceptible. « *Les comportements individualistes, corporatistes ou de compétition interne sont d'une importance cruciale puisque l'ajustement mutuel tiré de la rencontre quotidienne avec les autres acteurs de l'équipe au sein d'une équipe de proximité n'a pas cours dans le cadre d'une équipe à distance.*³⁴ »

Conclusion :

La loi portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST) du 21 juillet 2009 a supprimé un certain nombre de formules juridiques de coopération, et renforcé la palette des outils par de nouveaux dispositifs dont la Communauté Hospitalière de Territoire. Au sein de cette dernière se dessine un nouveau mode d'exercice pour le directeur des soins. Il nécessite d'intégrer une grande mobilité et la mise en place de relais dans les établissements membres, et demande un travail indispensable d'harmonisation des pratiques, sur le rapprochement des « cultures » et l'accompagnement des agents.

Les apports de la littérature nous permettent d'avoir une idée plus précise de l'incidence de la distance géographique sur le management des directeurs des soins. Tout d'abord, nous venons de voir que la distance peut avoir plusieurs sens. Ensuite, que le directeur des soins occupe une position centrale dans la circulation de certains types d'informations dans l'organisation. Il doit donc se positionner au sein de l'équipe de direction tout en restant proche du terrain, gérer les équipes et assurer l'organisation et la qualité des soins. Le fait de ne pas avoir ses collaborateurs « sous la main » implique une animation différente de ce qui se fait traditionnellement. De plus, ce mode de gestion est accompagné de nombreux obstacles : perte de temps dans les déplacements, isolement, difficulté à disposer d'un endroit convenable pour s'installer et pour travailler dans chacun des sites, grands besoins d'organisation et de planification. Il nécessite donc de relever quatre défis majeurs : les défis managérial, organisationnel, relationnel et technique.

³³CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le Système, Paris, Editions du Seuil, 1981, 448 p.

³⁴ Ibid. 30, p. 7.

2. L'ENQUETE ET LES CARACTERISTIQUES DU MANAGEMENT A DISTANCE

2.1. L'enquête de terrain.

2.1.1. Les objectifs.

Les objectifs de notre enquête de terrain sont d'identifier les incidences de la distance géographique sur le management des directeurs des soins. Nous venons de voir que le fait d'être sur plusieurs sites nécessite de relever quatre défis majeurs : le défi managérial, le défi organisationnel, le défi relationnel et le défi technique. Nous avons fait le choix d'analyser le corpus constitué sur les terrains enquêtés à partir de la grille de lecture qu'offrent ces quatre défis. Avant d'exposer les résultats ainsi mis en lumière, il convient de rendre compte de la méthodologie d'investigation retenue et des choix que nous avons posés en la matière.

2.1.2. La méthodologie et le terrain de la recherche :

Une recherche bibliographique nous a permis, dans un premier temps, de cerner les champs et les concepts à prendre en considération pour cette étude sur le management à distance. Une deuxième étape a consisté à définir le terrain d'enquête. Celui-ci portait au départ sur la Communauté Hospitalière de Territoire car, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire a entraîné la démultiplication des CHT et de ce fait les directeurs des soins se sont retrouvés positionnés sur plusieurs sites. Il nous avait donc semblé judicieux de recueillir des informations sur le management à distance des DS exerçant sur ces organisations, pour mettre en évidence leurs forces et leurs faiblesses au regard de notre sujet. Mais, alors que nous avons conduit l'ensemble de nos entretiens sur des CHT, notre enquête exploratoire menée auprès de nos collègues de promotion, pour mieux saisir la réalité de l'exercice multisites, nous a permis de mieux cibler les différents terrains à enquêter : les CHT, les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM), le secteur médico-social et les Instituts de formation. De plus, ces différents terrains d'enquête nous ont permis de nous pencher sur les deux exercices possibles de directeur des soins : en gestion et en formation. Nous les présentons maintenant :

La Communauté Hospitalière de Territoire A :

Sa capacité d'accueil est d'environ 1500 lits et places répartis sur cinq établissements publics de santé, distant d'une heure les uns des autres pour les trois principaux. Elle emploie 2200 équivalents temps plein (ETP).

Les professionnels enquêtés sont le directeur des soins (une femme), le directeur des ressources humaines (un homme), un directeur opérationnel (un homme), cinq cadres supérieurs de santé et un cadre de santé faisant fonction de cadre supérieur de santé (six femmes).

La Communauté Hospitalière de Territoire B :

Sa capacité d'accueil est d'environ 5379 lits et places répartis sur les six établissements publics de santé. Elle emploie presque 9300 ETP. Il faut une heure pour se rendre sur les sites les plus éloignés.

Les professionnels rencontrés sur ce second terrain d'enquête sont quatre directeurs des soins (trois sur le CHU, un homme, le coordonnateur général de soins, et deux femmes, et un homme sur un autre établissement de la CHT), deux directeurs d'hôpital (un homme et une femme), et un cadre supérieur de santé (une femme).

L'Institut de formation :

Il comprend deux sites de formation, situés à 45 minutes de route l'un de l'autre, et une direction commune depuis 2002. Sa capacité d'accueil est de 80 étudiants en soins infirmiers par promotion et par site, 35 élèves aides-soignants en formation longue par promotion et par site, 35 stagiaires auxiliaires de vie sociale.

Le professionnel rencontré sur cette structure est le directeur des soins (une femme).

L'Etablissement Public de Santé Mentale :

Sa capacité d'accueil est d'environ 675 lits et places répartis sur 5 sites pour ce qui est de l'hospitalisation, dont le plus loin est situé à 2 heures 30 (29 sites si nous comptons l'ensemble des structures extrahospitalières).

Le professionnel enquêté sur cet établissement est le directeur des soins (une femme)

Le Secteur Médico-social :

Sa capacité d'accueil est d'environ 580 lits et places répartis sur six sites, dont 416 d'hébergement. Il faut une demi-heure pour se rendre d'un site à l'autre.

Le directeur des soins (une femme) nous a livré sa vision et son expérience du management à distance.

2.1.3. La méthode :

Le choix de l'entretien semi-directif s'est imposé, de fait, comme l'outil de recueil des informations le plus adapté aux éléments recherchés. Il permet de recueillir des

informations sur les modes de fonctionnement des établissements, et de les faire expliciter par les personnes interviewées.

Pour répondre aux interrogations suscitées par ma situation et ma question de départ, il me faut recueillir des informations et des éléments de réflexion. Aussi l'entretien semi-directif me semble le plus adapté à ce recueil. En effet, d'après R. QUIVY et L. CAMPENHOUT³⁵, un « *des objectifs pour lequel la méthode convient particulièrement est l'analyse d'un problème précis : ses données, les points de vue en présence, ses enjeux, les systèmes de relations, le fonctionnement d'une organisation...* ». Lors du travail réalisé en mai dernier à l'occasion du Module Inter Professionnel de santé publique (MIP), l'animateur du groupe, le Professeur R. Freund³⁶, nous avait demandé de faire nos entretiens en nous basant sur la méthode d'enquête C.A.P. : « *Une enquête CAP signifie Connaissances, Attitudes et Pratiques. Afin de pouvoir mener à bien ce type d'enquête, il est important d'établir un postulat de départ et de donner des définitions pour chaque mot.*³⁷

C : La connaissance représente un ensemble de choses connues, du savoir, de « la science ». C'est aussi la capacité de se représenter, sa façon de percevoir.

A : L'attitude est une manière d'être, une posture. Ce sont des tendances, des « dispositions à ». Il s'agit d'une variable intermédiaire entre la situation et la réponse à cette situation. Elle permet d'expliquer que, parmi les pratiques possibles d'un sujet soumis à un stimulus, celui-ci adopte telle pratique et non pas telle autre.

P : Les pratiques ou comportements sont des actions observables d'un individu en réponse à un stimulus. C'est ce qui concerne le concret, c'est le faire. »

Dans l'approche qualitative de ce type d'enquête, les deux qualités essentielles sont la diversité de l'expression et la présence dans l'échantillon d'individus présentant les caractéristiques très liées aux phénomènes étudiés. L'approche qualitative décrit et explique les phénomènes de façon détaillée à partir d'un nombre limité d'observations.

C'est donc cette méthode, après l'avoir testée en mai dernier, que nous avons décidé d'utiliser pour bâtir notre guide d'entretien³⁸

³⁵ Manuel de recherche en sciences sociales, DUNOD, 1998, p. 196.

³⁶ Robert Jean FREUND, Pr Honoraire, Département Bio statistique et Epidémiologie, E.H.E.S.P. Rennes.

³⁷ <http://www.medecinsdumonde.org/Publications/Guides-a-l-usage-des-professionnels-de-l-humanitaire/Collecte-de-donnees-methodes-quantitatives-l-exemple-des-enquetes-CAP-connaissances-attitudes-pratiques>, visité le 29 avril 2014.

³⁸ Annexe 5 : Guide d'entretien à destination des directeurs.

2.1.2. La population cible.

La population ciblée par la présente recherche est donc constituée des directeurs des soins et deux de leurs collaborateurs : les directeurs d'hôpital (DH) et les Cadres supérieurs de santé (CSS).

Au total, ont été réalisées dix-neuf entretiens semi-directifs : huit avec des directeurs des soins et onze avec deux de leurs principaux collaborateurs : les directeurs d'hôpital et les Cadres supérieurs de santé.

Les directeurs des soins sollicités pour l'enquête sont tous, ou ont tous été positionnés, à un moment ou à un autre sur plusieurs sites. Le nombre de sites sur lesquels ils sont, ou ont été positionnés, vont de deux à six.

Les entretiens ont eu lieu en face-en-face ou par téléphone (seize en face-à-face et trois par téléphone). Ils ont duré en moyenne une heure. Tous ont été enregistrés afin d'être retranscrits le plus fidèlement possible sur traitement de texte ensuite.

Pour exploiter ces quelques dix-sept heures d'entretien et 143 pages de retranscriptions, nous avons d'abord procédé à plusieurs lectures successives des récits, puis une analyse entretien par entretien à partir des axes indiqués dans la première partie, pour terminer par une analyse transversale du corpus.

2.1.3. Les limites.

Les limites de ce travail sont nombreuses : la taille réduite des échantillons, que ce soit au niveau des directeurs des soins ou de leurs collaborateurs, l'organisation des entretiens sur un temps relativement réduit dû à des difficultés de déplacement, ne permettant pas la prise de recul et l'ajustement des guides d'entretien. Mais nous notons la richesse et la diversité du matériau récolté, qui compense largement ces limites.

Une autre limite repose sur le format demandé (50 pages) et le temps imparti pour la réalisation de ce travail qui ne permet pas une exploitation exhaustive des entretiens. De ce fait, nous avons été obligé de sélectionner ce qui nous semblait le plus pertinent au regard de notre question de recherche. Afin de rester le plus fidèle possible aux contenus des entretiens, nous les avons analysés et les contenus distribués suite à l'identification d'axes pertinents issus de la littérature sur le sujet. Nous présentons donc les résultats les plus significatifs au regard de ces axes de lecture du corpus. Enfin, afin de restituer les modes de pensée des personnes enquêtées, nous avons fait le choix de fonder les résultats de la présente étude en nous appuyant largement sur des extraits d'entretiens. Si certains de ces verbatim sont longuement restitués, nous le faisons pour donner à

entendre les expériences collectées, avec le souci de ne pas dénaturer les propos de leurs auteurs.

2.2. Les caractéristiques du management à distance.

2.2.1. Les attentes vis-à-vis des directeurs des soins.

Pour commencer la restitution des résultats, il nous semble important de revenir sur les attentes des directeurs d'hôpital à l'égard des directeurs des soins. Nous avons choisi de présenter un extrait de l'entretien de la directrice d'hôpital de la CHT B, ce dernier apparaissant comme emblématique du discours de cette catégorie socio-professionnelle :

« *Moi je l'attends dans **la connaissance de l'établissement et des équipes et des cadres**³⁹. Je veux qu'il sache comment ça marche, **comment l'hôpital fonctionne**, je l'attends vraiment sur ça. On ne fait rien si on n'a pas **la connaissance du terrain et des organisations**. Il sait ce qu'il se fait sur le terrain. Du coup, **une expertise**, mais pour moi **une expertise** ça veut dire concrètement qu'est-ce qu'il faut pour que nos objectifs de PEC de la douleur sur le terrain ? C'est ça que j'appelle de l'expertise, ce n'est pas tant la rédaction du projet de soins si vous voulez que la déclinaison concrète. Donc moi je l'attends dans des aspects très très opérationnels, le directeur des soins, je l'attends dans, justement, là où il me manque, je l'attends dans **la prise en compte de l'ensemble de l'établissement**. C'est-à-dire que quand on a des pôles avec des CSS qui sont très différents, à un moment il faut du lien entre les CSS, dans les objectifs de PEC, il faut de l'arbitrage entre CSS, il faut de la coordination entre CSS, je l'attends vraiment dans **son rôle d'animateur, d'animateur d'équipes soignantes**. Mais après voilà moi quand je dis de **l'expertise**, c'est par exemple le jour où je dis ben tiens si on rajoutait 2 lits dans le service de médecine, et qu'on ne mettait pas un seul, une seule infirmière, une seule aide-soignante en plus : ça passe ou ça ne passe pas ? C'est possible ou ce n'est pas possible ? Et du coup, j'ai les cadres et les CSS pour donner leur avis, mais le directeur des soins pour moi c'est **l'interlocuteur du quotidien** qui est capable de dire oui bon là il exagère un peu, il n'y a pas besoin d'autant, si là je t'assure, voilà c'est **une relation de confiance**, je t'assure s'il demande une aide-soignante de plus le week-end, je t'assure qu'il la faut. Voilà parce que ça moi je ne peux pas le savoir. Et si je n'ai pas cette relation très très proche avec le directeur des soins, il est aussi au-dessus, il a une vision globale de l'établissement, oui dans ce pôle-là, il te dit ce qu'il faut, mais dans tous les pôles à côté ils font sans, voilà il met à niveau, **il assure aussi une équité** je dirais entre les pôles de l'établissement. Voilà, plus que de l'expertise, mais c'est forcément basé sur de*

³⁹ Les mots en gras correspondent aux axes issus de la littérature et nous ayant servi à analyser les entretiens

*l'expertise, mais moi c'est pas de l'expertise tout seul dans son coin, à faire des calculs de postes, c'est vraiment **un échange quotidien**, avec **son éclairage soignant**, un échange quotidien avec le directeur, avec le DRH, sur les projets, tout ça dans le but justement de faire au mieux, c'est-à-dire d'être le plus efficient possible, mais pour autant sans dégrader la PEC, le climat social. Voilà j'attends qu'il me dise là stop, là c'est trop, ce n'est pas une bonne idée, ça va faire économiser mais ce n'est pas une bonne idée, on va être perdant si on ne le fait pas. Ou parce que ce n'est pas le moment, écoute, on y revient dans 3 mois, mais là si je fais ça, les équipes, les gens y sont démoralisés.»*

Cet extrait est riche et met en évidence la question centrale de notre travail : la distance. Au travers de son discours, on comprend très bien que cette directrice attend du directeur des soins une expertise basée sur la connaissance du terrain et des organisations soignantes tout autant que dans un rôle d'animateur.

Plus loin dans l'entretien, elle revient sur ses attentes et souligne la présence au quotidien dans l'établissement que requiert l'exercice de la fonction de directeur des soins : « *Parce qu'il y a **une valeur ajoutée que si on connaît son site, et on ne connaît son site que si on y passe du temps.** »*

Le DRH de la CHT A tient également le même discours : « *Le directeur des soins a une **véritable expertise technique, il a un savoir-faire, une légitimité qui vient du terrain** »*

Nous avons présenté, dans la première partie, le DS comme positionné d'un point de vue statutaire au niveau des différentes instances de l'établissement de santé. Les notions de « *rôle et de statut permettent d'opérer un lien entre l'individu et la société et de passer du registre du comportement individuel à celui de la conduite sociale*⁴⁰ ». Les deux concepts sont complémentaires. Mais le statut fait plutôt référence aux positions occupées dans la structure sociale, tandis que le rôle sert à décrire les comportements des individus qui occupent ces positions. Aussi à la lecture de ces extraits d'entretiens, nous nous apercevons que plus que le statut, pour les DH, c'est la façon dont il incarne ce rôle, c'est-à-dire sa connaissance du terrain (connaissance de l'établissement, des équipes et des cadres) que l'on attend de lui, un savoir-faire et une expertise techniques reposant sur son éclairage de soignant. Sa valeur ajoutée (en tant que DS) repose sur cette connaissance du terrain, connaissance qui ne peut s'acquérir que par la présence répétée, l'échange au quotidien avec les personnels sur le terrain. Le DRH précise même que sa légitimité vient justement de ce terrain.

⁴⁰ ETIENNE J., BLOESS F., NORECK J.-P., ROUX J.-P., Dictionnaire de sociologie, 3^{ème} édition, Domont, 2013, p. 369.

D'une manière générale, l'information a une importance stratégique. « Elle est un outil de communication interne et externe (transmission d'informations), un outil d'aide à la décision (recueil d'informations) et de travail collaboratif (partage d'informations) ⁴¹ ». Le concept d'information est : « l'ensemble organisé de données qui constitue un message sur un phénomène ou un événement donné. L'information permet de résoudre des problèmes et de prendre des décisions, étant donné que son usage rationnel est la base de la connaissance⁴² ». A la lecture de cette définition, on comprend mieux les attentes des deux DH : ils ont besoin de cette connaissance, sous-entendu l'information comme ensemble organisé de données sur l'organisation, pour pouvoir résoudre les problèmes et prendre des décisions.

Pour comprendre comment ils récupèrent cette information, nous pouvons nous appuyer sur le discours de la directrice des soins de l'EPSM quand elle parle de ses attentes vis-à-vis des CSS : « Il faut qu'il y ait moi je dirais, si on reprend Mintzberg, ce qu'on attend c'est voilà observateur actif, diffuseur d'informations, régulateur, répartiteur des ressources, tout ça j'attends. Entrepreneur aussi. Tu prends les 10 rôles du cadre, voilà, ce sont les compétences qui sont attendues. C'est les 10 rôles du cadre, ça c'est vraiment, avec un focus sur observateur actif, et diffuseur d'informations. C'est-à-dire je regarde, je pressens, et attention il y a alerte, je sonne, je mets le voyant lumineux. Et j'agis, et entrepreneur, leader, voilà. Mais ça c'est sûr que les compétences les plus importantes pour moi, c'est ça. C'est quand c'est loin. »

Nous pouvons faire le parallèle entre ce discours et celui de la DH de la CHT B à propos de ses attentes vis-à-vis du DS. Il nous semble que les discours sont très proches et que les attentes du DS vis-à-vis de ses collaborateurs découlent de ceux du DH vis-à-vis de lui. Nous voyons bien l'accent qui est mis sur la nécessité de récupérer de l'information pour avoir la connaissance du terrain attendue de lui (observateur actif, diffuseur d'informations)

2.2.2. Légitimité et crédibilité.

Lorsqu'on les interroge sur la conception qu'ils ont de leur exercice, les directeurs des soins ne disent pas autre chose. Les extraits d'entretiens qui suivent soulignent cet ancrage sur le terrain.

L'une des directrices des soins du CHU fait remarquer qu' « il faut **garder un pied sur le terrain**, on ne peut pas être que des acteurs stratégiques, quoi. Mais pour être un acteur stratégique et opérationnel, il faut **être sur le terrain**, on ne peut pas être

⁴¹ <http://www.intellego.fr/soutien-scolaire-1ere-stmg-communication/l-information-et-les-concepts-associes/45388>, visité le 16 septembre 2014.

⁴² <http://lesdefinitions.fr/information>, visité le 26 septembre 2014.

*stratégique dans un bureau sans savoir comment ça marche sur le terrain. C'est notre mode d'emploi, c'est d'aller voir, j'allais dire c'est une notice, tu vois, pour faire fonctionner le bazar là. Ben là tu as une notice, on a pas le temps, moi, ma notice d'emploi, de restructuration, de réorganisation des services, d'efficience dans les unités, mon mode d'emploi c'est **d'aller voir sur le terrain comment ça marche**. Et de **comprendre**, et de **parler avec les gens, comprendre aussi les limites**. Ce que je dis souvent, c'est que de la qualité je peux aussi en faire dans mon bureau à X., faire des chemins cliniques, je peux tout faire de mon bureau, faire des logigrammes, des modes opératoires, mais ça ne marchera pas, et puis pour que les gens s'approprient la qualité, les réorganisations, il faut qu'ils aient vu le directeur des soins, que le directeur des soins leur parle, leur explique. »*

Cette DS confirme le discours des DH. Elle insiste sur la nécessité d'aller « voir sur le terrain » pour être un acteur stratégique et opérationnel. Elle précise même que tout autant que d'aller voir sur le terrain, il faut parler avec les gens pour comprendre, et comprendre en particulier les limites, mais aussi leur expliquer ce que l'on peut attendre d'eux. Dans les extraits d'entretiens ci-dessous, les personnes interrogées introduisent les notions de légitimité et de crédibilité en lien avec cette connaissance ou non du terrain.

La directrice des soins de la CHT A revient sur cette question de la légitimité : « *Il y a plein de moment où je ne me sens **pas légitime** à le faire puisque je n'ai pas eu l'occasion de les rencontrer, les soignants, ou **d'avoir suffisamment d'informations** pour être pertinente dans mes arguments. Donc, très souvent, **je suis en difficulté** pendant les instances, parce que je suis présente mais **je ne peux pas argumenter** sur les sujets **avec la parole des soignants** du site. Parce que je n'ai pas pu préalablement en savoir davantage sur ce qu'il se passait et pouvoir intervenir ou agir. Donc, c'est très très compliqué, et c'est ce qui fait que je préfère quelquefois ne pas y aller, plutôt que d'y aller et de faire potiche, on va dire, **je préfère ne pas y aller**. Parce que je n'ai pas l'occasion, je n'ai pas assez de temps, justement, pour **savoir exactement ce qu'il se passe sur les établissements**.» Elle complète aussitôt son propos par : « *Je demande à un CSS de me remplacer quand il y a un CSS. Il y a toujours une représentation de la direction des soins. Sauf au directoire où là je suis membre de droit.* »*

Le coordonnateur général des soins du CHU ne dit pas autre chose : « *Une perte de contact avec la réalité du quotidien qui peut être problématique ne serait-ce qu'en terme de **crédibilité*** ». Evoquant son expérience de management à distance d'un autre site, il poursuit : « *J'avais, en tout cas lorsque j'étais sur C, l'impression de n'être dans l'institution que pour assister aux instances Parce que c'est vrai, les instances on les connaît tous, elles sont nombreuses CME, CTE, CHSCT, Commissions de soins, réunions de directions, donc je n'allais sur le site que pour ça et pas du tout pour avoir un*

*temps de travail sur place avec les CSS ou avec des cadres en direct. Donc, voilà, **réelle enfin difficulté au bout d'un moment de crédibilité** ».*

Pour ces deux directeurs, la légitimité et la crédibilité sont fondés en fait sur l'expérience, sur le fait d'avoir vu la réalité de terrain, de pouvoir rapporter le quotidien des soignants pour appuyer une décision. L'expertise technique seule ne suffit pas. Elle doit être confortée par la connaissance concrète de l'établissement.

Le coordonnateur général des soins du CHU passe ensuite à la légitimité des CSS : « *Comme on ne peut pas être à toutes les instances, voilà, c'est eux qui y seront. Il y a eu quand même toute une phase un peu d'inquiétude chez les CSS par rapport à ça, parce que justement ils n'avaient pas l'habitude d'assister au CHSCT parce que c'était le directeur de soins. Il y avait forcément un petit peu d'inquiétude, **légitime**, est-ce que je vais savoir, ben oui écoutez **c'est vous qui maîtrisez, vous connaissez mieux que moi de toute façon l'organisation de vos unités**, pour répondre aux partenaires sociaux. Je pense que bon **la place du CSS est légitime**. »*

Légitimité et crédibilité sont deux concepts que nous n'avons pas abordés dans la première partie. Mais les deux DS cités nous apportent des précisions sur le management à distance au travers de l'utilisation de ces deux termes qu'il convient donc de définir.

La crédibilité : Définition⁴³ : d'un point de vue étymologique, crédible est issu du latin « *credere* » qui veut dire croire. L'adjectif "crédible" qualifie ce qui est digne de foi, ce que l'on peut croire. La crédibilité est donc le caractère de ce qui est crédible, c'est-à-dire de ce que l'on peut croire, de ce qui est susceptible d'être cru, de quelque chose ou de quelqu'un auquel l'on peut faire crédit, qui est fiable, digne de confiance.

La légitimité : Définition⁴⁴ : d'un point de vue étymologique, légitimité vient du latin « *legitimus* », fixé par les lois, conforme aux lois, légitime, légal, venant de « *lex* », loi, droit écrit. La légitimité est le caractère de ce qui est légitime, c'est-à-dire :

- fondé en droit ou en justice, reconnu par la loi (Ex : un enfant légitime),
- conforme à la loi, légal,
- conforme à la Constitution ou aux traditions politiques (ex : un gouvernement légitime),
- conforme à l'équité, à la morale, à la raison;
- qui est justifié, bien-fondé (ex : une inquiétude légitime).

La légitimité est la capacité d'une personne ou d'un groupe à faire admettre sa domination, son autorité sur les membres d'une communauté ou d'une société.

⁴³ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Credibilite.htm>, visité le 26 septembre 2014.

⁴⁴ <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Legitimite.htm>, visité le 26 septembre 2014.

La légitimité ne se fonde pas uniquement sur le droit, mais peut mettre en œuvre différents critères comme le sexe, l'âge, les origines, la tradition, la richesse, le statut, les titres, les appuis, la force, la connaissance, l'expertise.

A la suite de ces définitions, nous pouvons estimer que dans le monde sanitaire, elle est conférée par la formation, les diplômes et le positionnement statutaire dans l'établissement.

Peu présents sur les établissements managés à distance, on voit que ces deux DS ne se sentent pas légitimes, rejoignant par là les propos des DH. Si d'un point de vue statutaire, ils sont légitimes dans ces instances, eux ne se perçoivent pas comme tels car ils estiment ne pas avoir la connaissance suffisante pour remplir le rôle que l'on attend d'eux. Quand le coordonnateur parle de légitimité des CSS, c'est bien parce que leur crédit provient de leur connaissance des organisations. D'un point de vue statutaire, ce serait effectivement au DS de participer aux instances, mais le discours précédent nous apprend que plus qu'une participation, le fait de ne pas maîtriser les dossiers aboutirait à une représentation. Le coordonnateur des soins du CHU dit qu'il ne va que là où il apporte une valeur ajoutée. Toutefois, la DS précise bien que là où elle est membre de droit elle ne se fait pas remplacer, c'est-à-dire au Directoire.

2.2.3. Le périmètre d'action.

Nous venons de voir que les directeurs des soins n'ont pas toujours la possibilité de savoir ce qui se passe sur le terrain. Regardons de plus près pourquoi.

La directrice des soins de le CHT A revient sur cet aspect du management à distance : « *La première chose que cela évoque, c'est que le **multisite** en soit n'a pas vraiment de sens si on ne définit pas le **périmètre géographique**. C'est-à-dire qu'un directeur des soins multisites, quand les sites sont très rapprochés les uns des autres, ce n'est pas la même chose qu'un directeur des soins multi sites quand les sites sont très éloignés les uns des autres. Donc il me semblerait que la première des choses à faire, c'est de **définir un périmètre**. Donc après, deuxième élément, c'est que **multisites au sein d'un même établissement, plus facile que multisites sur des établissements qui ont chacun leur autonomie**. ».*

Elle précise sa pensée, plus loin dans l'entretien : « *Au sein d'un même établissement, même politique, même règle de gestion, même direction, même culture, pas de soucis. Au sein d'un **multisite**, quand il y a des établissements qui ont chacun leur autonomie, ça veut dire que le directeur de soins doit faire sa place partout, dans chaque établissement, et ça c'est **extrêmement chronophage**, et **extrêmement épuisant** sur le plan de l'énergie. Sur un même établissement, on a des relais, c'est la même politique,*

*c'est les mêmes réunions, on ne multiplie pas, on a les mêmes interlocuteurs, la même politique, moi ça ne me pose pas de soucis. Mais là, vous avez eu l'occasion de vous en rendre compte, c'est autant d'établissement, autant de CME, autant de Commissions de soins, autant de CTE, autant de CHSCT, et donc **on multiplie, on multiplie les instances, on multiplie les réunions**, et c'est extrêmement difficile de créer de la transversalité dans des établissements qui gardent leur autonomie. »*

Elle met un point d'honneur à terminer l'entretien sur ce sujet : « **Il est indispensable que le périmètre ne soit pas trop grand. Le nombre d'établissements, la taille des établissements, il faut une cohérence dans la taille des établissements, quand il y a trop d'écart entre la taille des établissements c'est ingérable, quand le nombre est trop important c'est ingérable, et quand ils sont trop éloignés sur le plan géographique c'est également ingérable. On ne peut pas atteindre l'objectif. »**

Le coordonnateur général des soins du CHU aborde également ces notions de nombre et de taille : « *Si je devais me positionner sur **l'exercice multisites**, je dirais, en gardant quand même une certaine cohérence, c'est-à-dire que, en deçà d'un certain pourcentage, on va dire, de présence, de journée, ce n'est pas viable, ça n'a plus d'intérêt. Je pense, par exemple à 20, 30 %, l'hôpital de Z., pour moi c'est insuffisant. Aujourd'hui je dirais à la louche que le minimum effectivement que l'on puisse avoir sur un centre hospitalier pour vraiment travailler sur des organisations de fond avec les CSS c'est au moins **3 jours par semaine sur place**. Ce qui fait qu'on ne peut pas multiplier les sites. Je pense qu'un directeur des soins qui est sur **2 sites maximum**, même si c'est des centres hospitaliers de taille, de petites tailles ou c'est bien le grand maximum. »*. Cette posture du coordonnateur général des soins vient faire écho au discours du directeur des soins précédent pour lequel l'efficience ne peut être effective que si le nombre de sites reste limité.

Tous les DS enquêtés sont unanimes par rapport à la nécessité de bien délimiter le périmètre d'action car celui-ci a une incidence sur leur management. Le premier point sur lequel ils insistent est de faire la différence entre multisites avec une seule entité juridique et multisites avec plusieurs entités juridiques. Dans le premier cas, une seule entité juridique signifie des instances uniques, des projets, des modalités de gestion partagés, un seul projet d'établissement, un seul projet de soins, une même politique, une même règle de gestion, une même direction, une même culture, ce qui n'est pas le cas pour des établissements juridiquement différents. Le second point sur lequel ils s'arrêtent est celui de la distance géographique. Ils spécifient que si celle-ci est trop importante, le management en devient ingérable. Le troisième point est celui de la taille : d'après eux, les établissements doivent avoir une cohérence à ce niveau. Enfin, le dernier point souligné est celui du nombre, le coordonnateur des soins du CHU avançant même le

nombre maximum de deux. Nous avons pu observer dans la pratique qu'il mettait ses actes en rapport avec son discours.

2.2.4. La variété, la brièveté et la fragmentation.

Mais une autre caractéristique du management à distance apparaît dans les récits collectés : le management multisites introduit la diversité, rompt la possible routine d'un exercice en site unique.

L'une des directrices des soins du CHU : « *Moi des fois quand je saute d'une réunion à l'autre, je passe de la psychiatrie à C. à mon débrayage à la maternité, là justement avec les effectifs, avec les auxiliaires de puériculture qui me disent qu'elles ne peuvent pas donner 3 tétées dans la matinée. Du coup c'est très varié, c'est très diversifié, on n'a pas la routine, la rengaine.* »

La directrice des soins du secteur médico-social : « **Une capacité d'adaptabilité très rapide, être capable de passer d'un fonctionnement à un autre et vraiment en très peu de temps.** Ça, cette gymnastique de l'esprit faut être capable, faut être capable de, faut avoir une très bonne mémoire je pense, parce que du coup ça vous permet aussi de, comment je veux dire, de pouvoir tout rebrancher, ça aide bien, la mémoire ça aide bien », ou, plus loin dans l'entretien : « *Moi je vois je me programme, j'ai mon agenda, je programme certaines choses, très souvent tout est bousculé, donc il faut être capable de s'adapter très rapidement et d'accepter, de bouger toutes vos lignes et, au final, à la fin de la journée, c'était peut-être pas exactement comme ça que vous l'aviez prévu, mais ça ne fait rien, c'est fait et c'est bien fait, vous avez pu répondre et faire ce qu'on attendait de vous* ».

La directrice des soins de l'EPSM met ces arguments en avant : « *L'un des avantages c'est quelque chose qui ne te permet pas de te maintenir dans une routine. C'est un casse-routine, je ne sais pas comment on pourrait dire. Une obligation d'adaptation constante* ». Plus loin, dans l'entretien, elle évoque toutefois le caractère ambigu de ce « casse-routine ». Si le management à distance permet la diversité, le changement, il est également à l'origine d'un possible : « **sentiment d'être articulé, tu as un sentiment d'éparpillement, voilà d'éparpillement, et il faut que tu te remettes dans des logiques de sites.** »

Ces discours nous montrent que le travail des DS, et à fortiori sur plusieurs sites, est caractérisé par une charge de travail importante, un rythme soutenu, mais surtout par la variété, la brièveté et la fragmentation. Cette caractéristique constitue un des traits de la fonction des cadres que Mintzberg avait démontré. Il nous semble toutefois, qu'à travers de ces discours, elle est davantage marquée chez les DS. Ils présentent celle-ci

comme un avantage, comme un « casse routine ». Par contre, une directrice des soins du CHU dit aussi l'incidence plus négative de ce type de fonctionnement : « **On passe sur des choses, de l'un à l'autre, on est tous humain, 2 têtes, enfin une tête, lapsus j'ai dit 2 têtes, mais justement il faudrait 2 têtes, donc il y a une gymnastique intellectuelle qui est épuisante** » ou encore, plus problématique : « *Il y a des choses que je zappe et je me rends compte qu'il y a des informations, alors les interlocuteurs, même si c'est pas des informations très importantes, ça agace les interlocuteurs, ils disent enfin on a parlé de ça avant-hier, elle est pas au courant. Mais eux ils ne mesurent pas la gymnastique qu'on fait, ils ne mesurent pas les kilomètres qu'on fait, ils ne mesurent pas la diversité des projets qu'on mène, et ils ne mesurent pas non plus la diversité des acteurs avec lesquels on travaille. Moi je dois passer d'une culture à une autre en une demi-heure de route, alors ce n'est pas infaisable, ce n'est pas inintéressant, mais il y a des moments où l'être humain a ses limites.* »

Comme nous venons de le voir, le travail des DS est caractérisé par la variété, la brièveté et la fragmentation. Si certains des professionnels enquêtés nous présentent cette caractéristique comme un avantage, comme un « casse-routine », nécessitant malgré tout une capacité d'adaptabilité très rapide, il faut effectivement être capable de passer d'un fonctionnement à un autre en très peu de temps, le dernier extrait d'entretien en souligne également les inconvénients. Pour cette directrice des soins, la diversité des projets et des acteurs, le fait de passer d'une culture à une autre a des limites. Même si elle dit que ce n'est pas infaisable, elle commence à « zapper » certaines choses. D'où l'importance de respecter un périmètre d'action qui soit digne de ce nom, car bien qu'elle ne soit que sur deux sites, elle n'a matériellement pas la possibilité d'être trois jours sur chaque site, et répondre ainsi aux attentes que l'on met en elle. Peut-être manque-t-elle de mémoire, alors que c'est important afin de pouvoir tout « rebrancher », mais nous ne le pensons pas, et nous orientons plutôt notre analyse vers un risque possible de burn-out. La vraie difficulté pour cette DS est d'être sur deux établissements avec deux cultures diamétralement opposées : la psychiatrie et le secteur MCO. Nous savons par expérience que la notion de temps n'est pas la même sur chacun des sites. Même chez les DS, il est nécessaire de tenir compte des risques psycho-sociaux.

2.2.5. Les déplacements.

Une des conséquences du positionnement sur plusieurs sites est l'obligation de se déplacer. Voyons ce que les entretiens peuvent nous apprendre sur le sujet.

La directrice des soins de la CHT A revient sur la raison de ces déplacements : « *Le directeur des soins s'il veut **rester en contact** un minimum avec les gens de terrain, faut quand même qu'il aille à la **rencontre** des équipes et à la **rencontre** des cadres, et*

pour ça faut qu'il se déplace. Et si les sites sont trop éloignés, cet éclatement est quand même préjudiciable à une forme de productivité managériale. »

La directrice des soins de l'EPSM insiste sur les conséquences du déplacement : « **Le temps de déplacement, c'est le plus pesant. C'est pesant, c'est chronophage, c'est fatigant, fatigant. Quand tu dois aller à E, que tu sais qu'avant de commencer à travailler tu as 2 heures et demie de route. Et tu n'as pas commencé à travailler. Tu travailles dans ta tête, mais ce que je veux dire ... mais après tu sais, une fois que tu as fini, tu as encore 2 heures et demie de route. Rien que ça, tu n'as plus envie d'y aller.** »

Nous avons vu précédemment que pour que le DS soit crédible, il faut qu'il aille sur le terrain récupérer les informations. Mais nous voyons que le temps de déplacement est chronophage, et qu'il a aussi un impact sur la motivation des DS à se rendre sur certains sites du fait de leur éloignement. Cet aspect renforce encore le fait que le DS doit être positionné sur des sites en nombre limité et proches géographiquement

La directrice de l'Institut de formation ajoute un élément supplémentaire quand elle parle des déplacements : « **Il faut payer les déplacements, et il faut payer dans ces déplacements les frais, un déplacement de cadre ça coûte.** » Les cadres formateurs sont amenés à se rendre d'un site à l'autre, et elle nous fait remarquer, à juste titre, que ces déplacements ont un coût. Tous les autres directeurs nous avaient parlé de ces déplacements en termes de temps, mais c'est la seule qui l'évoque en termes de coût financier.

Nous venons de voir certaines caractéristiques du travail des DS positionnés sur plusieurs sites, aussi maintenant que nous connaissons les attentes et le périmètre d'action penchons-nous sur l'organisation et les outils mis en place pour rester connecter malgré la distance.

3 L'ORGANISATION ET LES OUTILS DU MANAGEMENT A DISTANCE.

Pour assurer la gestion de ces équipes réparties sur plusieurs sites, la réponse apportée est fortement basée sur l'organisation et le principe de communication, mais une communication particulière car effectuée par le biais d'outils technologiques. Voyons d'abord l'organisation qui est mise en place pour récupérer l'information nécessaire à son exercice multisites.

3.1. L'organisation.

Pour la directrice des soins de l'EPSM, organiser : « *c'est la priorité. Tu **t'organises** pour ne pas oublier quelqu'un. C'est-à-dire que chacun dans la balance vaut un. C'est-à-dire qu'en fait chaque site a le même poids, a le même poids dans la préoccupation. C'est-à-dire que tu ne peux pas dire ah ben c'est D, ça passera après C. Non, D, c'est comme C, et si E c'est le feu, eh bien E passera devant. Chaque site a le même poids, tu **t'organises** comme ça, après tu mets des temps. Donc tu as mis l'organisation, tu mets chacun vaut pour un, tu mets **l'organisation**, et après tu réponds, si après quand même il y a la réponse à l'urgence que tu dois prioriser, c'est-à-dire l'urgence fait loi quand même. Mais la vraie urgence, la vraie urgence, c'est-à-dire les situations nécessitant une réponse, une réponse urgente, et bien doivent être traitées de façon prioritaire. Et doivent peser plus dans **l'organisation**, mais sur le temps de l'urgence.* ». Plus loin elle rajoute : « *Parce que sinon le site oublié un moment va devenir le site principal.* ».

La directrice de l'Institut de formation fait remarquer que : « *Ça demande **une organisation** à la fois du directeur des soins, mais à la fois qu'elle soit connue de l'ensemble du personnel, pour qu'il puisse bien savoir à quel moment vous êtes là.* ».

Le coordonnateur général des soins du CHU aborde quant à lui le sujet des rencontres : « *Organiser des **rencontres** plutôt de groupe parce qu'**individuelles** je ne pense pas car dès lors que vous êtes multisites, vous avez plus d'un CSS sur chaque site. Ca me semble difficile de le faire en **individuel**, mais au moins organiser des temps de **rencontre** en tout cas hebdomadaire, pour chacun des sites, avec les CSS qui sont présents toutes les semaines sur le site.* ».

La directrice d'hôpital confirme cette nécessité de se rencontrer : « *Pour moi il faut un **temps de coordination** spécifique au site entre les différents directeurs pour **échanger**, et après il faut pouvoir avoir des temps de travail en plus parce que du coup ce que tout le monde privilégie c'est les instances, mais comme dirait le DG, ce n'est pas en instance que l'on bosse, et que l'on fait avancer les dossiers, ça se saurait. Les instances,*

il faut les travailler avant, et quand vous courrez d'une réunion à l'autre et que vous avez jamais le temps de vous poser, de prendre votre crayon et d'écrire, ni de réfléchir. ».

Le premier extrait d'entretien introduit un facteur qui avait déjà été cité mais que nous n'avions pas mis en valeur : le principe d'équité entre les sites, dont la DH de la CHT B parlait et qui apparaissait aussi dans la définition de la légitimité. Le second point important, c'est que le management à distance demande une organisation particulière, et que celle-ci doit être connue de toute l'équipe.

Le coordonnateur général des soins du CHU dit dans cet extrait d'entretien qu'il faut organiser plutôt des temps de rencontre de groupe, car il lui semble difficile de le faire en individuel. Cette nécessité de temps de rencontre s'avère importante, que ce soit pour les directeurs des soins, ou, comme nous le dit cette directrice d'hôpital, pour les DH également. Elle nous amène un élément nouveau, car à l'échange d'informations, elle introduit le temps de « coordination », qui est effectivement primordial quand les personnes n'ont que très peu d'occasions de se rencontrer.

La directrice des soins de l'EPSM aborde un autre objectif de ces réunions : « Une fois par semaine avec les CSS. Des fois même c'est trop. Mais oui là c'est important parce qu'il y a des nouveaux, et qu'il faut qu'il y ait un esprit de corps qui se fasse. Enfin, l'objectif c'est que le collègue CSS ait un esprit de corps, un esprit d'entraide. Pour ça, il faut se voir, **se connaître, échanger** et puis développer des valeurs communes, faire un **collectif**. Faire un sentiment d'appartenance à un **collectif**. Ça c'est sûr, pour un directeur des soins, un collègue CSS qui est bien, qui n'est pas un béni oui-oui, au contraire, qui est des fois dans l'alerte et tout, c'est vachement intéressant, parce que du coup tu peux faire remonter les points de vue au directeur ».

La directrice des soins de la CHT A revient sur cette question des échanges : « Ces **échanges informels**, sont très très riches en termes de circulation d'**informations**, et de **perception** de ce qui se passe dans les établissements. Ils sont indispensables ces **échanges informels**, après, attention, parce que **échanges informels** égal forcément informations qui méritent quand même d'être vérifiées. C'est-à-dire que très vite, on se rend compte aussi que les relais sur les établissements souffrent du manque de présence de la direction des soins sur site. Voilà, mais oui, ces **échanges informels sont indispensables**, oui on en fait plus quelquefois dans une discussion d'une demi-heure que sur un tableau qu'on remplit, ça c'est clair, et ça, ça nécessite de la part du directeur des soins énormément de **déplacements**. Voilà. Ou de faire venir les gens, mais **ces échanges sont indispensables**. ».

Le coordonnateur général des soins du CHU confirme le discours précédent : « La difficulté aussi du coup je trouve moi, c'est par rapport aux collègues donc, qu'ils soient

*directeur de soins ou directeur d'hôpital, le fait d'être en exercice multisites fait que justement on se perd de vue un petit peu, on n'a plus ces contacts **informels** qui permettent des fois des **échanges** de fond. Ainsi, en allant déjeuner avec des collègues, qu'ils soient directeur des soins ou directeur d'hôpital d'ailleurs, peu importe, **on récupère des infos sur la vie de l'établissement**, qu'on n'a pas forcément quand on change de sites. On a aussi une impression **d'être déconnecté** de la réalité d'un établissement ».*

Les directeurs des soins ajoutent qu'outre le fait de passer de l'information, le but de ces réunions est de créer un « collectif », c'est-à-dire que pour que les CSS en viennent à échanger, ils doivent se voir et se connaître. Et qu'avoir un collectif fort est intéressant car dans la capacité à tirer la sonnette d'alarme. Ce qui a pour effet de leur permettre de faire remonter les points de vue au directeur : ils auront ainsi la possibilité de répondre aux attentes de notre DH citée en début de la partie analyse.

Le discours des CSS contredit ce point de vue, ils disent être limité par ce qu'ils peuvent dire en réunion: « *On n'a pas le temps en réunion CSS de parler d'autres choses que des problèmes que nous rencontrons et pour lesquels nous avons besoin de l'arbitrage de la Direction des soins* », ou encore : « *Dans les CODIR Soins, on réceptionne des infos, on entend parler trop longtemps d'un sujet qui ne nous apporte rien. Le temps de parole des CSS est très très réduit, difficile de prendre la parole. Du coup, on trie les infos, on sélectionne énormément. De ce fait, le directeur des soins n'a pas toujours toutes les infos de ce qui se met en place en temps réel. On va chercher des éléments de réponse à une problématique donnée, mais pas forcément pour faire remonter ce qu'on fait.* ».

A la lecture de ces quelques lignes, il apparaît que les CSS ont peu d'espace de parole dans ces réunions, et que plutôt que de remonter des informations, ils sélectionnent celles dont ils ont besoin d'un arbitrage. On peut donc légitimement penser que ce n'est pas lors de ces temps de rencontres que les DS vont récolter la connaissance des organisations dont ils ont besoin.

Les CSS disent aussi que : « *La DS a essayé de faire venir 1 fois/mois le CSS du O., mais au bout d'un certain temps elle n'est plus venue, elle avait l'impression de perdre une ½ journée à écouter les problématiques de P.* » Quand c'est possible, il ne doit pas inviter tous les CSS, car l'augmentation de leur charge de travail, suite aux multiples sollicitations du DS, justifie en effet de les ménager et de préserver leur emploi du temps. Rien de plus frustrant pour les CSS que de suivre un échange qui ne les concerne pas et où leur présence n'est pas indispensable.

En complément de ces temps de réunion, qui ne répondent pas à ce que les DS pourraient réellement en attendre, il faut donc privilégier les échanges informels. Comme

ils se déplacent, ils sont là essentiellement pour des temps formalisés, et leur échappe en fait toute une partie de la vie de l'organisation et un peu des éléments de feeling qui sont importants pour la compréhension de la vie des établissements et auxquels ils n'ont plus accès. Ils sont donc indispensables pour récupérer de l'information, information qui mérite d'être vérifiée⁴⁵. Mais aussi pour avoir la « perception de ce qui se passe dans les établissements », la seule difficulté réside dans le fait de devoir se déplacer. Ces temps d'échanges informels sont tout aussi importants avec les DH qu'avec les CSS, car c'est auprès de l'ensemble des acteurs de l'institution qu'il faut récupérer à la fois les informations et la perception de la vie de l'établissement, sinon nous disent-ils de nouveau il y a un risque de déconnection de la réalité.

Il faut donc trouver des temps d'échanges informels, mais ceux-ci sont difficiles à trouver. La directrice de l'Institut de formation leur apporte un début de solution pour en créer : « *Un autre outil sur lequel je me suis énormément appuyé, c'est la formation **collective**, la formation continue **collective** de l'équipe. Parce que comment on peut **fédérer** une équipe autour d'un projet, c'est bien parce qu'elles sont **ensemble**, elles travaillent **ensemble**, elles se **connaissent** mieux. Donc maintenant ça fait quand même 2, 3 ans où on a une formation sur l'ensemble des formatrices, tout le monde, donc ce qui fait qu'on fait des repas **ensemble**, on se **connait** mieux.* » Mais aussi, ailleurs dans l'entretien : « *Parce que bon une **réunion** pédagogique autour d'un café et d'un gâteau tous ensemble, eh bien ça, ça **fédère**. Elles discutent entre elles, elles prennent du temps.* »

Ces échanges sont précieux, nous disent-ils tous, mais nous venons de le voir, ils sont rares, et l'idée d'une formation collective apparaît comme un début de réponse à cette rareté. Ils demandent donc d'être associés aux nouveaux outils de communication pour enrichir la circulation d'informations.

3.2. Les outils du management à distance.

3.2.1. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

Le directeur des soins de l'établissement de santé de la CHT B nous dit que : « *Tous les outils actuels sont utilisés, pas **la visioconférence** parce qu'on n'a pas un éloignement qui le justifie à ce point-là. Mais, oui, on utilise notamment **le mail**. Mais **le mail c'est un peu brut de décoffrage**, dans la qualité de l'échange quelquefois il est trop extrait de réalité... Dans les mails il y a quelquefois des problèmes de listes de diffusion. C'est-à-dire que le clic est tellement facile, qu'on voit bien sur une institution, des choses qui se faisaient, qui pouvaient se faire avant par courrier, et/ou par coup de téléphone, qui du coup était quelque chose de singulier : je voulais vous écrire, je vous écrivais,*

⁴⁵ Apparaît la notion de contrôle que nous traiterons plus loin.

maintenant je vous écris et je mets copie à Dupont, à Durand. Mais du coup ça perd de la relation, faut faire attention à ça, je pense, avec ce type d'outil.»

Le coordonnateur général des soins du CHU ne dit pas autre chose : « C'est simple **le mail** parce qu'on peut toujours augmenter le nombre d'interlocuteurs auxquels on adresse le message, mais je trouve que du coup il y a une très large diffusion de l'information, et est-ce que tout le monde a besoin de tout savoir. Et en plus on finit par noyer les gens dans l'information aussi ». Il rajoute : « On les reçoit en plus sur **le smartphone** donc c'est vrai qu'au début c'était toute la journée dessus. C'est que finalement on est déjà éparpillé, parce qu'on passe d'un site à l'autre, mais en plus **quand on est sur un site on est en train de lire un mail qui concerne l'autre site, un des autres sites, donc du coup finalement vous êtes partout et nulle part, quoi.** »

La directrice des soins de l'EPSM : « Je trouve qu'il y a une chose qui doit se développer c'est **la visioconférence**. Et je pense que développer **la visioconférence** avec les cadres à distance, ça c'est un moyen qui **peut ramener de la proximité**. Je vois maintenant on commence à faire des choses en **visioconférence**, ça permet de **mieux se connaître** et de travailler des sujets. Et je pense que ça avec les cadres, par exemple quand ils ont une difficulté, on pourrait dire on se met en **visioconférence** et on le fait à distance. Ça raccourcirait le temps de résolution. »

Tous les directeurs, d'hôpital ou des soins, et tous les cadres supérieurs de santé interrogés nous ont fait part de l'utilisation aujourd'hui quotidienne des nouveaux outils de l'information et de la communication, et en particulier des mails et du téléphone. Ils disent aussi combien il faut rester prudent avec les mails, car ils ne sont pas sans présenter quelques inconvénients. Il y a ainsi pour eux, dans l'usage de ce mode de communication, une perte par rapport au téléphone dans la qualité des échanges, mais aussi un usage abusif qui en est fait aujourd'hui. Nous sommes destinataires de toutes sortes d'informations et pas uniquement de celles nous concernant directement. Avec l'avènement des NTIC est apparue une surabondance d'informations, appelée « infobésité ». Toutes les personnes interrogées nous ont fait part de la multitude de mails reçus chaque jour et de la difficulté de retrouver l'information utile (« *trop d'infos tue l'info* »). Une des difficultés également de ces nouveaux outils réside dans le fait que nous pouvons nous connecter n'importe où, avec le risque de ne plus être disponible à l'endroit où nous nous trouvons. La visioconférence est encore peu utilisée, mais cet outil doit pouvoir ramener de la proximité, car il permettrait de gommer certains défauts de la communication à distance en permettant aux personnes de se voir et de présenter le non-verbal.

Une première approche du concept de communication peut être faite en ayant pour point de départ son étymologie. « *Le mot provient du verbe latin *communicare* qui veut dire partager quelque chose, mettre en commun⁴⁶* ». A l'origine, la communication est un phénomène inhérent à la relation que les êtres vivants entretiennent quand ils se rencontrent en groupe. Aujourd'hui, à la suite de l'avènement des NTIC., il n'est plus nécessaire de se rencontrer pour communiquer. Au contraire, c'est surtout grâce à ces nouveaux outils de communication que les D.S. positionnés sur plusieurs sites obtiennent des informations sur leurs organisations.

Une communication par le biais d'outils technologique est nécessaire mais reste insuffisante, comme nous l'avons vu précédemment. En effet, « *l'utilisation accrue des médias a pour effet de nous passer sur un mode de communication asynchrone, mais également de nous faire perdre 55% des informations communicationnelles initialement transmises par le langage corporel, 38% des éléments liés aux intonations du langage et 7% des éléments liés au vocabulaire. Dans ce cas l'usage de la vidéoconférence permet de supprimer les 55% de perte d'information corporelle dans le cadre d'équipes distribuées.⁴⁷* »

Quand on évoque les outils relatifs au management à distance, les personnes interrogées ne se limitent pas aux nouveaux outils de l'information et de la communication. Certains parlent également de reporting, de tableaux de bord ou encore de logiciels.

3.2.2. Les outils de reporting et de pilotage.

La directrice des soins de la CHT A est la seule à nous avoir parlé d'outil de reporting : « *Il m'appartiendrait aussi, et c'est parmi les outils qu'il faut que je mette en place, de concevoir **des outils de reporting**. C'est-à-dire que je construisse un outil que je transmette aux référents identifiés des sites, **afin qu'ils me fassent remonter des informations**, avec les grandes thématiques qui concernent mon domaine de compétence. Ça, ça fait partie des choses qu'il faudrait que je fasse, que je n'ai pas encore fait, mais qui sont à mon sens **indispensables**. C'est-à-dire envoyer régulièrement, et demander régulièrement aux référents identifiés de sites, de remplir cet outil avec les informations qui concernent, à une fréquence qu'il s'agit de déterminer, qui est probablement le mois, je pense que c'est encore ce qu'il y a de mieux, tous les mois, voilà, quels sont **les éléments marquants** en matière de situations concernant les GRH, de situations concernant l'activité, situations concernant les événements indésirables. Faire comme ça une espèce de listing de tous les éléments **qui concernent mon***

⁴⁶ <http://lesdefinitions.fr/communication>, visité le 26 septembre 2014.

⁴⁷ Événement Branche Nord de France de PMI - 24 mai 2012 à SKEMA Lille « Equipes virtuelles distribuées : impacts sur le management de projet ».

domaine de compétence et que je dois, on va dire contrôler et surveiller, et que les référents identifiés de site me renvoient les éléments marquants du mois qui concernent tous ces éléments. Voilà, ça il faudrait construire l'outil. Aujourd'hui, ça n'existe pas. »

Le coordonnateur général des soins du CHU parle lui de tableaux de bord : « **Tous les indicateurs, tous les indicateurs IPAQSS, tous les tableaux de bord qu'on peut avoir sur la gestion des RH ou autres, sont des outils.** » Il précise plus loin que ce « **sont des outils de contrôle quand même du travail du CSS** ».

Ces deux DS disent qu'aujourd'hui ils ont besoin d'un outil de reporting, pour l'un, et de tableau de bord, pour l'autre, et que c'est même indispensable pour connaître l'activité de l'établissement, pour que les référents identifiés des sites, les CSS en l'occurrence, fassent remonter les informations et renvoient les éléments marquants. Pour l'encyclopédie Larousse, le tableau de bord est « *un ensemble d'indicateurs [...] permettant dans une entreprise de vérifier la bonne marche des services et d'en assurer le pilotage*⁴⁸ »

Le tableau de bord est un ensemble d'indicateurs de pilotage, construits de façon périodique, à l'intention du responsable, afin de guider ses décisions et ses actions en vue d'atteindre les objectifs de performance.

Le tableau de bord :

- permet le contrôle de gestion en mettant en évidence les performances réelles et potentielles et les dysfonctionnements ;
- est un support de communication entre responsables ;
- favorise la prise de décision, après analyse des valeurs remarquables, et la mise en œuvre des actions correctives ;
- peut être un instrument de veille permettant de déceler les opportunités et risques nouveaux.

La structure et le contenu du tableau de bord dépendent : de l'entreprise, son activité, sa taille ; de l'environnement : marché, concurrence, conjoncture ; du responsable auquel il s'adresse : son champ de responsabilité et d'intervention.

Le reporting est un ensemble d'indicateurs de résultat, construit *a posteriori*, de façon périodique, afin d'informer la hiérarchie des performances de l'unité. Dans le cadre d'une gestion décentralisée, le reporting permet de vérifier que les centres de responsabilité respectent leurs engagements contractuels.

Le tableau de bord est un outil de pilotage, le reporting est un outil de contrôle.

⁴⁸ <http://www.larousse.fr/encyclopédie>, visité le 28 septembre 2014 ;

Nous avons vu que la légitimité du DS passe inévitablement par une connaissance de l'information concernant les établissements sur lesquels il est positionné. Aujourd'hui plus que jamais, avec les nouvelles technologies, il n'a plus d'excuses pour ne pas savoir ce qui se passe, instantanément et d'un clic. Cette connaissance, si elle est canalisée (abus de mails), est en soi un avantage. *« Né d'une volonté de mieux gérer, le tableau de bord de gestion permet aux dirigeants de voir et d'entendre, de suivre et d'évaluer l'évolution des cibles de son plan stratégique par des indicateurs spécifiques. Les paramètres convenus sont constamment mis à jour selon les sources d'information disponibles ou conçues spécialement pour l'alimenter. Il en résulte soit la quiétude du dirigeant, soit la proactivité en toute connaissance de cause ⁴⁹».*

La directrice de l'Institut de formation parle elle d'un outil spécifique : *« J'ai un outil, le logiciel que l'on a, qui s'appelle pour nous le Winlfsi, donc dans le Winlfsi moi aussi **ça fait partie à la fois du contrôle** mais à la fois de plein de choses, **c'est une source d'informations**. Moi j'ai le Winlfsi, le logiciel aussi bien des étudiants de M. que de N., des formations infirmières ou aides-soignantes, et j'ai toutes les appréciations, j'ai tout ce qui se passe auprès des étudiants, les historiques et tout.»*

Nous avons vu que le fait de détenir des informations sur le fonctionnement des établissements permettait aux DS d'être légitimes dans leur fonction. La rareté des échanges informels rendent les outils, quels qu'ils soient, comme indispensables pour obtenir les informations, les éléments marquants dont ils vont avoir besoin pour la suite, quel que soit leur lieu d'exercice, en gestion ou en formation. Mais ces outils leur servent aussi comme outils de contrôle du travail des CSS, mais qu'est-ce qu'ils contrôlent ?

3.2.3. Délégation, contrôle et confiance.

Le coordonnateur général des soins du CHU fait remarquer une autre conséquence du management à distance : *« Il y a une particularité, c'est que cela a accéléré **la délégation** au niveau des CSS, par exemple, ne serait-ce que sur le recrutement. L'exercice multi sites a fait qu'il y a plein de commissions de recrutement qui se font, du coup, là clairement, sans le directeur de soins. Bon alors ça se fait ailleurs parce que c'est aussi un petit peu la tendance, on dit qu'il faut **déléguer** aux CSS, etc. Moi je suis tout à fait dans **la délégation** CSS, ce n'est pas **un rapport de confiance**, c'est-à-dire que je leur fais **confiance** pour le recrutement, aucun souci là-dessus, mais je trouve que là encore ça remet en cause la place de la direction des soins parce que, le directeur des soins, finalement, il y a des agents qui ne l'ont jamais vu. On ne sait pas qui c'est. Et après c'est un petit peu **la légitimité**, du coup c'est le regard des soignants en*

⁴⁹ <http://www.manager-go.com/finance/tableau-de-bord.htm>, visité le 4 septembre 2014.

*tout cas sur le directeur de soins qui lui fait perdre **une certaine crédibilité** quand les agents ne nous connaissent pas. »*

Nous avons vu qu'à distance, le DS ne peut pas être au quotidien aux côtés de son équipe pour suivre la réalisation de ses actes. Son rôle sera donc d'adapter son système de délégation aux compétences de ses équipes. La délégation fait partie des compétences du DS⁵⁰. Un bon système de délégation commence par une analyse de sa propre mission : quelles sont les activités qui sont au cœur de notre mission et que nous devons impérativement réaliser, et quelles sont celles que nous pouvons déléguer aux CSS ? Mais le risque de cette délégation pour le DS du CHU repose sur le fait de perdre en légitimité et en crédibilité auprès de personnes pour lesquelles le DS « n'existe pas ». Une fois de plus, exister c'est bel et bien avoir un corps, une présence visible. La délégation est un gain de temps, mais elle permet également de faire monter en compétences les CSS et de les valoriser. Déléguer, c'est accepter qu'ils fassent différemment, ou même moins bien que nous, des activités dont nous avons la charge jusqu'à présent. Prenons le cas par exemple de la DS de la CHT A, qui du fait de ses missions sur la CHT, a dû déléguer toute une partie de sa participation à certaines instances aux CSS (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Comité de Vigilance et des Risques, Conseil Pédagogique, Commission d'attribution des crédits...).

Il n'est pas inintéressant de voir ce que les CSS disent de cette délégation : « *Le directeur des soins est moins disponible et moins présent. Nous devons encore plus filtrer les sollicitations. Cela a donc un impact direct dans les relations avec la Direction des soins. Notre Charge de travail a augmenté avec la mise en place de la CHT et la multiplication des sollicitations du directeur des soins sur la CHT l'a conduit à déléguer certaines instances : CLAN, COVIRIS, ... »*

Un autre CSS de la CHT A ne dit pas autre chose : « *Le directeur des soins est moins disponible, je vais devoir aller plusieurs fois à la Direction des soins avant de pouvoir la rencontrer. Parfois, nous avons besoin de réactivité, d'une proximité importante. Avec la CHT, nous avons perdu la disponibilité des acteurs (le DS, mais pas seulement, aussi les autres directeurs ; exemple d'une situation exceptionnelle grave : nous n'avons plus les interlocuteurs sur place, ce qui est source de difficulté). Nous avons une charge de travail supplémentaire avec la mise en place de la CHT : représentation de la Direction des soins au niveau des instances mais aussi mise en place de staffs avec les services qui font la même activité sur la CHT. »*

⁵⁰ Compétence 2 – Structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux – Référentiel de compétences des directeurs des soins, Direction des études, Filière de formation des directeurs des soins, EHESP, mise à jour décembre 2013.

Tous les CSS parlent d'une augmentation de leur charge de travail comme conséquence du positionnement du directeur des soins sur plusieurs sites et de la nécessaire délégation qu'elle induit, et la majorité d'entre eux associe l'adjectif supplémentaire à charge de travail. Aussi, le directeur des soins doit être attentif au nombre de missions qu'il délègue et à qui, il doit essayer de ne pas surcharger les CSS sinon ceux-ci ne pourront pas rendre leur travail en temps voulu. Nous avons dit, plus haut, que le fait de déléguer pouvait être une forme de reconnaissance ou de valorisation du travail des CSS, mais nous ne l'avons pas retrouvé dans le discours de ces derniers.

En parallèle à toute délégation, et au vu de ce ressenti, il apparaît nécessaire de mettre en place un soutien efficace. A distance, le soutien du DS en cas de problèmes prend une importance particulière, car les CSS peuvent vite se sentir isolés face aux difficultés. L'une des DS de la CHT B revient sur cette nécessité de soutien : *« Il faut prendre le temps de décrocher son téléphone quand ils demandent à nous parler, il faut prendre le temps de leur répondre à un mail quand ils nous interpellent sur un mail, même si ça nous semble dérisoire par rapport à la quantité de travail que l'on a à faire par jour, c'est des petits plus, ça prend 2 minutes de répondre à quelqu'un au téléphone. Alors voilà, il faut une grande adaptabilité de son planning et de son agenda, mais il faut aussi **qu'on reste proche des équipes d'encadrement** »*. Ce que confirme la directrice des soins de la CHT A : *« Cette proximité relationnelle, il faut que je l'entretienne, et elle passe par le fait que je réponde à leurs questions quand ils me les posent. C'est-à-dire qu'il faut que je sois là quand ils ont besoin de moi. Si je les fais attendre, après, très vite, la distance s'installe, très très vite. »*

Les avantages de la délégation concernent d'abord le DS qui va pouvoir se concentrer sur d'autres activités, qu'il juge plus importantes, mais aussi pour les CSS qui vont se sentir reconnus dans leurs compétences. Pour autant le DS reste responsable de la mission qu'il aura déléguée, qu'il devra suivre. Les DS nous disent lors des entretiens que le corollaire à la délégation est le contrôle.

La directrice des soins de l'EPSM insiste sur cette notion de contrôle: *« C'est surtout les missions transversales, et puis le suivi **des délégations**, on peut dire ça. Donc **les manières de contrôle** et de régulation, donc une des manières de **contrôle**, par rapport aux dossiers, aux missions transversales du dossier de soin, c'est tous les 6 mois, on fait un point, des rapports d'étapes réguliers, et puis les résultats, les résultats d'audits, c'est des **contrôles** aussi. La régulation, elle se fait souvent en réunion de CSS, réunion de CSS ou alors quand ça dépasse, je demande au CSS de venir dans le bureau. Mais la régulation elle se fait très souvent lors des réunions de CCS. La régulation avec le directeur se fait au moment du suivi de dossier, d'ailleurs c'est ce que j'attends de lui, c'est **contrôle**, c'est ça. Responsabilisation, **délégation**, **contrôle** et régulation, en suivi*

de dossier avec le directeur, c'est l'un des endroits qui me permettent de voir que je suis bien dans les clous de la politique qu'il souhaite. »

La directrice des soins de le CHT A ne dit pas autre chose : « Cette fonction de **contrôle** demande, et c'est ça qui est fatigant, c'est-à-dire que ça demande au directeur des soins d'aller questionner, questionner, questionner. Les informations ne viennent pas toutes seules. Il faut aller chercher, il faut aller chercher toutes les informations qu'on a besoin d'avoir. Et c'est ce qui est très fatigant. Donc, soit on fait la politique de l'autruche, et puis ben tant pis on ne sait pas, on n'agit pas parce qu'on ne sait pas, soit on estime qu'on doit quand même à minima maîtriser les choses, et je pense qu'il faut se doter d'un outil, genre une check-list, d'un outil de reporting qu'on impose aux gens de remplir, voilà. Et qu'on s'impose, nous, pour le **contrôle**. ». Elle ajoute plus loin dans l'entretien : « On n'a pas besoin de faire du **contrôle** sur tout, non plus, faut quand même un minimum **faire confiance** aux gens, donc c'est compliqué. C'est bien souvent très aléatoire, c'est de façon inopinée, à l'occasion d'un événement on se rend compte que, et hop, du coup on réajuste. C'est très difficile d'avoir un **contrôle** exhaustif des choses. »

Apparaît un nouvel élément à prendre en compte quand les DS parlent de contrôle : la confiance. Lénine ne disait-il pas : « La confiance n'exclut pas le contrôle ». Ce que la directrice des soins de de l'EPSM traduit par : « Pour **oser la confiance**, il faut avoir vérifié qu'on peut faire **confiance**. Et ne pas se contenter d'un retour, de la communication, il faut passer par **le contrôle, contrôle, supervision**. Et pour **la confiance**, c'est ça. ». Elle explique pourquoi plus loin dans l'entretien : « Je considère que chaque fois que le CSS est dans le site, il représente la direction. Ça veut dire que plus le site est éloigné, plus le relais doit être **compétent**. C'est-à-dire que la relation de **confiance** doit être à 150 %. »

La directrice des soins du secteur médico-social parle de la confiance différemment : « Je ne suis pas tous les jours à demander où ils en sont. Ça c'est impossible, je leur **fais confiance**, si je les ai choisies pour travailler avec moi, c'est que je pensais que... ils ont une marge de créativité, de réalisation, donc moi je fais très attention à ne surtout pas empiéter sur leurs plates-bandes en permanence. »

En psychologie sociale et en sociologie⁵¹, la confiance est « une hypothèse faite sur le futur comportement d'autrui. Il s'agit d'une conviction selon laquelle une personne serait capable d'agir d'une certaine manière face à une situation donnée [...] En ce sens, la confiance peut être renforcée ou affaiblie en fonction des actions de l'autre personne. » Cette définition donne du sens au discours de la DS de l'EPSM sur le fait que pour oser faire confiance il fallait avoir vérifié que l'on pouvait faire confiance, c'est-à-dire ne pas se

⁵¹ <http://lesdefinitions.fr/confiance>, visité le 26 septembre 2014.

limiter à la communication et passer par le contrôle et la supervision. En effet, « *lorsqu'un individu a confiance en l'autre, il est certain de pouvoir prédire ses actions et ses comportements*⁵² » et c'est bien ce qui est compliqué pour la DS de la CHT A. On peut ainsi voir que la confiance n'exclut pas le contrôle, ce dernier pouvant se voir comme la première étape d'une évaluation. La démarche de contrôle est binaire : fait ou pas fait, atteint ou pas atteint, dans les temps ou pas... L'évaluation est l'étape suivante. Elle consiste à recueillir les informations nécessaires à la compréhension du résultat, et c'est cette compréhension qui donnera au DS sa valeur ajoutée au niveau des instances. La dernière étape consiste à analyser ces informations de manière à en faire une synthèse qui sera présentée aux instances. Le dernier extrait d'entretien est particulièrement important, car il ajoute la marge de manœuvre qui va avec la confiance et souligne le juste positionnement entre contrôle et liberté. On peut penser, qu'avant d'arriver à cette marge de manœuvre, instituer de la confiance nécessite de l'observation et du temps.

A la suite de l'analyse de ces différents entretiens, où nous retrouvons les quatre défis que les managers à distance doivent relever selon B. LE CLECH : technique, managérial, organisationnel et relationnel, nous pouvons dire que le management à distance ne s'improvise pas. Il faut savoir faire vivre une organisation, nouer des relations humaines, et exploiter judicieusement les outils technologiques. Un management spécifique doit être mis en place pour favoriser les échanges et coordonner les activités.

⁵² Ibid. 42.

4 LES PRECONISATIONS.

Les directeurs des soins sont aujourd'hui repositionnés sur un rôle plus stratégique. Nous venons de voir au travers de l'analyse des entretiens que pour le remplir ils devaient avoir une bonne connaissance du terrain, connaissance qu'ils ne peuvent acquérir qu'en étant justement présents sur le terrain. La présence sur le terrain et l'expertise qu'elle permet leur confère légitimité et crédibilité.

La littérature consultée lors de la réalisation du présent mémoire souligne que la distance a une incidence indéniable sur le management du directeur des soins, ce que confirme notre analyse. Cette dernière met également en évidence qu'en plus de la distance, il convient de tenir compte du nombre et de la spécificité des établissements de santé. Avec la mise en place prochaine des GHT, dans la continuité des CHT, et compte tenu de l'obligation d'y adhérer, les directeurs des soins, mais pas seulement, seront amenés à travailler sur plusieurs sites. Il nous semble donc important, dans cette optique, d'envisager les préconisations qui découlent des résultats des deux chapitres relatifs à l'incidence de la distance sur leur management.

Piloter des équipes à distance nous semble tout à fait possible, à condition de respecter certaines règles que nous avons choisi d'énoncer à travers une formation à destination des personnes concernées par le management à distance.

Formation au management à distance.

Le management sur sites s'aborde de manière différente du management en présentiel. Aujourd'hui, le directeur des soins confronté à cette situation n'a pas de formation spécifique, alors que l'on conçoit aisément que manager une équipe de proximité et en manager une répartie sur plusieurs sites constituent des expériences sensiblement différentes. A la suite de ce travail de recherche, des apports théoriques mobilisés mais surtout du corpus des entretiens qui s'est avéré très riche, il nous semble judicieux de proposer une formation sur le thème du management à distance dont le contenu constituera la base de nos préconisations. Nous en déclinons les contenus dans les pages qui suivent :

Titre : Le management à distance

Public : les directeurs d'hôpital et de structures sociales et médico-sociales, les directeurs des soins (gestion et formation), qui gèrent des équipes distantes géographiquement. Nous sommes convaincus qu'une réflexion sur ce sujet est indispensable avant de pratiquer ce type de management de manière à bien en percevoir les enjeux et les limites. Il nous semble indispensable également de réunir l'équipe de

direction amené à travailler de manière conjointe car, comme nous l'avons souligné dans l'analyse des entretiens, le fait de faire une formation commune permet aux participants de mieux se connaître et facilite le fait de travailler ensemble ensuite. Ce fait rejoint aussi le souci de l'EHESP de réunir ces différents corps pendant la formation, et en particulier lors du module interprofessionnel, qui outre le fait de réfléchir à un sujet de santé publique, permet aux différents stagiaires de se connaître et ainsi de mieux appréhender le fait de travailler collectivement demain.

Résultats attendus : gagner en efficacité managériale en sachant tirer le meilleur parti des collaborateurs répartis sur plusieurs sites en renforçant leur engagement et en entretenant leur motivation.

Contenu :

4.1. Analyser les enjeux et les spécificités du management à distance : Le premier temps de la formation consiste à repérer les enjeux et les spécificités du management à distance. Nous pouvons donc reprendre ici tous les enseignements issus aussi bien des apports théoriques que de l'analyse des entretiens. Ces derniers permettront de répondre aux questions suivantes : Quels sont les différents contextes du management à distance ? Quelles sont les particularités du travail à distance ? Quels sont les risques et les difficultés du management à distance ?

4.2. Relever le défi du management à distance : Le second temps de la formation demande à mettre en place une organisation et des outils pour pallier l'incidence de la distance sur le management des différents directeurs. C'est dans cette partie que nous trouverons nos préconisations en lien avec cette problématique.

4.2.1. Définir le périmètre d'action et ses enjeux.

Nous avons montré dans l'introduction et dans le premier chapitre que les directeurs des soins peuvent être positionnés sur plusieurs établissements. Suite à l'analyse des entretiens, il nous apparaît important de définir le périmètre d'action car les différentes personnes interrogées ont toutes souligné qu'il était très difficile de gérer plusieurs sites et que certaines caractéristiques pouvaient avoir une incidence sur leur management : le nombre de sites, leur taille, l'éloignement géographique et le fait de faire partie ou non d'une même entité juridique. Dans un contexte de plus en plus contraint, la réduction des coûts est une des composantes que la direction doit prendre en compte. Aussi, un autre avantage tient au fait que la proximité géographique permet de limiter les temps et les coûts de transport. Il en découle la proposition suivante :

Première préconisation : le directeur des soins doit être positionné sur deux établissements maximum. Dans l'idéal, ces établissements doivent être proches géographiquement et de même nature de manière à mutualiser les dossiers et les compétences.

Cette première préconisation est cruciale car les directeurs des soins au cours de leurs entretiens ont montré lors des entretiens que leur management est impacté par ces caractéristiques. L'avantage de travailler sur des sites qui ont la même activité repose sur la transversalité des dossiers et la limitation des déplacements.

Les déplacements.

Les déplacements sur sites demandent du temps et de l'énergie pour le directeur des soins multisites. De nombreuses contraintes sont à prendre en compte : les coûts liés aux déplacements, le temps passé dans les transports, le risque routier à prendre en compte et la fatigue liée aux trajets. En outre, les personnes enquêtées soulignent la difficulté à travailler sur des dossiers de fond lorsqu'elles sont en déplacement sur sites en raison de l'incompatibilité des différents systèmes d'information hospitalière et en l'absence de bureau physique dédié sur chacun des établissements. Ces éléments sont cependant indispensables, et donc importants à intégrer dans l'organisation de l'activité du directeur des soins.

L'éloignement, la charge de travail, les déplacements, et les contraintes propres à leur activité conduisent parfois certains directeurs des soins à ne pas se rendre assez souvent sur le terrain. Il est pourtant primordial de se déplacer pour rencontrer ses collaborateurs, pour collecter l'information afin de ne pas s'éloigner de la réalité de terrain, pour être en mesure de tenir son rôle dans les différentes instances, d'y garder sa valeur ajoutée et de se rendre compte des difficultés rencontrées. Pour toutes ces raisons, il est donc essentiel de limiter le nombre de sites.

L'organisation.

Le fait de se retrouver positionné sur plusieurs sites demande de mettre en place dès la prise de fonction un cadre de travail et une planification sur l'année, qui auront pour objectifs de structurer l'activité et de diminuer le sentiment d'isolement des collaborateurs.

Il convient tout d'abord de fixer un certain nombre de rencontres : rendez-vous hebdomadaires avec les membres de l'équipe, où les visites sont donc programmées afin que les collaborateurs puissent s'organiser et préparer les différents éléments attendus : dossiers, rencontre avec les agents... Le fait de les programmer à l'avance ne désorganise ni l'emploi du temps du directeur des soins, ni celui de ses collaborateurs. Même s'il peut être difficile de se rendre sur tous les sites, au vu de la distance, il faut

respecter une certaine équité et veiller à ce que certains ne se sentent pas oublier. Ils auraient tendance à se démotiver et à fixer eux-mêmes leurs priorités. L'important est de montrer à tous que les directeurs des soins sont présents sur le terrain. Il faut mettre à profit ces déplacements pour s'immerger dans la réalité de terrain, et également en profiter pour participer à une réunion de travail. C'est l'occasion d'échanges informels avec les CSS. Cela permet également de les voir à l'action et de faire le point avec eux sur leurs compétences et leurs activités. Enfin, s'ils ne parviennent pas à se livrer au téléphone, ils peuvent se sentir plus à l'aise pour confier leurs éventuelles difficultés lors de ces rencontres. Dans tous les cas, un contact physique régulier est irremplaçable pour maintenir le lien.

En parallèle à ces rendez-vous hebdomadaires, il convient de fixer des réunions mensuelles et/ou trimestrielles suivant la taille des équipes et le nombre de sites. La difficulté d'avoir des collaborateurs répartis sur plusieurs sites repose sur la difficulté de les réunir. C'est souvent un casse-tête pour eux comme pour le directeur des soins, car une réunion génère des contraintes. Il faut pouvoir y consacrer un créneau dans sa journée de travail et il faut parfois se déplacer, donc perdre du temps. Il est donc primordial de les programmer à l'année.

La première priorité du directeur des soins multisites qui organise une réunion est de faire une liste sélective. Quand cela est possible, il ne doit pas inviter tous les CSS. Comme ces derniers l'ont dit dans les entretiens, cette pratique est le meilleur moyen pour les décourager. L'augmentation de leur charge de travail, suite aux multiples sollicitations du DS, justifie en effet de les ménager et de préserver leur emploi du temps. Comme dans toute réunion, il n'est pas judicieux d'y inviter ceux qui n'ont rien à y dire : le compte-rendu leur suffira. Rien de plus frustrant, pour les collaborateurs, que de suivre un échange qui ne les concerne pas et où leur présence n'est pas indispensable.

Pour mettre en place un peu d'informel dans toute cette formalisation, le DS peut prévoir des séminaires ou des journées de formation, comme l'a suggéré la DS de l'Institut de formation. Il regroupera alors l'ensemble de ses collaborateurs, leur donnant ainsi la possibilité de se voir, de se connaître et d'échanger pour apprendre à travailler ensemble, tout autant que de créer un collectif.

Le directeur des soins doit également, dès son arrivée, fixer des règles simples : du fait de l'éloignement, le directeur des soins et ses collaborateurs ont besoin de s'appuyer sur des règles de bonnes pratiques et des objectifs clairs et explicites.

Nous avons vu, dans l'analyse, que le directeur des soins doit afficher et délimiter ses disponibilités auprès de ses collaborateurs : si un collaborateur le sollicite, il doit être

sûr que tous les moyens sont bons (téléphone mobile ou e-mail) pour le faire et avoir conscience des degrés d'urgence.

Deuxième préconisation : le directeur des soins doit mettre en place, dès son arrivée, un cadre de travail et une organisation prenant en compte les différents temps de rencontre, fixer des règles simples et afficher sa disponibilité.

4.2.2. Se positionner en tant que manager à distance : clarifier les missions de chacun, cerner les causes de motivation/démotivation, responsabiliser, stimuler et développer l'autonomie des collaborateurs distants.

La forte organisation que requiert le management à distance, en particulier quand il concerne plus de deux établissements, ne doit pas éclipser l'importance des relations humaines. Leur qualité dépend parfois de petites choses qui ont souvent du mal à s'épanouir dans un cadre trop contraignant. L'objectif de cette organisation est aussi de permettre à chacun de se connaître et de préciser quels sont les rôles et les responsabilités de chacun. Ce temps, en face-à-face, permet aussi de s'assurer de la compréhension des consignes. Quel que soit le niveau de compétence et l'autonomie des collaborateurs, ils ont besoin de rencontrer le directeur des soins à échéance régulière, pour conserver leur motivation et faire le point sur leur activité. Cette fréquence peut, bien entendu, varier si l'un d'entre eux rencontre des difficultés ou traite un projet complexe.

La délégation.

A distance, le directeur des soins ne peut pas être au quotidien auprès de chacun de ses collaborateurs pour suivre la réalisation de leurs activités. Il sera donc amené à déléguer.

Bien déléguer, suppose de bien connaître son équipe afin de savoir ce qu'il est possible de lui déléguer, et dans quelles conditions. Le choix du délégataire conditionne une grande partie la réussite de la délégation. Il dépend :

- Des compétences requises pour la tâche, et en particulier des compétences du collaborateur ou de ses capacités à les acquérir ;
- Des motivations de ce dernier ;
- De sa disponibilité.

L'autre point important est de définir avec les collaborateurs le cadre de la délégation :

- Clarifier les rôles : le directeur doit s'engager à confier durablement la délégation, à l'assister tout au long de celle-ci mais aussi à lui rappeler ses devoirs si nécessaire.

- Définir les objectifs : ils doivent être explicites et sans ambiguïté pour éviter les malentendus, mesurables, limités, programmés dans le temps afin de garantir une évaluation, réalistes mais surtout réalisables, c'est-à-dire qu'ils doivent tenir compte des compétences réelles des collaborateurs.
- Préciser les moyens : en termes financiers, matériels et humains.
- Garantir l'autonomie.

Il est souvent plus facile de déléguer des activités récurrentes pour lesquelles il existe des procédures établies que des activités nouvelles. De plus, il faut déléguer une activité que l'on maîtrise. Aussi, avant de déléguer un dossier, il faut prendre le temps de se l'approprier. Enfin, on ne délègue jamais totalement une activité, la stratégie, le pilotage, le reporting et le suivi appartiennent au directeur des soins.

Troisième préconisation : le directeur des soins doit déléguer une mission à une personne qui a les compétences requises, la motivation et la disponibilité nécessaires pour l'exécuter. La délégation doit se faire dans un cadre précis, ce qui sous-entend de clarifier les rôles de chacun, de définir les objectifs, de préciser les moyens, d'en garantir l'autonomie et d'assister le collaborateur.

Les collaborateurs du directeur des soins doivent lui communiquer les résultats des missions qu'ils ont entreprises dans le cadre de cette délégation et c'est par le reporting, comme nous l'avons vu dans l'analyse, qu'ils peuvent communiquer les éléments de résultats. Le reporting est un système vertical de remontée d'informations, informations que le directeur des soins va ensuite synthétiser afin de les présenter à la direction générale pour que cette dernière puisse prendre les bonnes décisions.

4.2.3. Organiser le travail de ses équipes : définir les missions et les objectifs de chacun, les modes de communication et le rythme des relations à l'intérieur de l'équipe, mettre en place les outils de suivi et les tableaux de bord.

Les tableaux de bord.

Pour suivre ces délégations, mais surtout pour collecter l'information dont ils ont besoin, et donc la connaissance émanant du terrain, source de leur légitimité et leur crédibilité, les directeurs, quels qu'ils soient, doivent s'appuyer sur des tableaux de bord.

Préparer un tableau de bord demande du temps. Il est donc essentiel pour les directeurs, quels qu'ils soient, d'avoir réfléchi aux contenus. Ils devront être adaptés aux exigences de chaque poste, donc réalisés en concertation avec tous les utilisateurs et alignés sur les objectifs des établissements. Un tableau de bord est un outil diagnostique qui permet de mesurer la performance des organisations par rapport aux objectifs établis, de communiquer efficacement entre les différents services, d'anticiper sur ce qui ne

fonctionne pas, donc de mettre en place des mesures correctives et surtout d'aider à la prise de décisions.

Quatrième préconisation : le directeur des soins doit mettre en place un système de reporting et de pilotage réalisé à partir d'indicateurs permettant de suivre la réalisation des objectifs fixés et en particulier des délégations.

Nous avons vu que les outils, quels qu'ils soient, restaient insuffisants pour connaître la réalité de la vie d'un établissement. Cependant, l'utilisation des NTIC peut s'avérer utile pour collecter un certain type d'informations.

La maîtrise de l'information.

Avec l'avènement des NTIC, l'accès à l'information n'a jamais paru aussi simple et rapide. Mais nous l'avons vu dans la partie analyse, la surabondance d'informations risque de mener au découragement tant trouver les données utiles dans cette « infobésité » peut s'avérer difficile. Pourtant les DH attendent des DS cette connaissance pour résoudre des problèmes et prendre des décisions.

Il convient tout d'abord de revenir sur la maîtrise de l'information. Celle-ci est définie dans le texte de La Proclamation d'Alexandrie⁵³ adoptée en novembre 2005 comme un moyen de « *permettre aux gens, sur tous les chemins de la vie, de chercher, d'évaluer, d'utiliser et de créer l'information pour des objectifs personnels, sociaux, professionnels et éducationnels* ». Cela signifie qu'à l'ère du numérique « *ce que tout un chacun doit aussi faire, c'est apprendre à utiliser effectivement et efficacement ces technologies incroyablement diverses pour rechercher, extraire, organiser, analyser et évaluer, puis utiliser à des fins concrètes de prise des décisions et de solutions des problèmes* ».

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) définit ainsi onze étapes du cycle d'acquisition de la maîtrise de l'information⁵⁴ :

1. Prendre conscience de l'existence d'un besoin ou problème dont la solution nécessite de l'information
2. Savoir identifier et définir avec précision l'information nécessaire pour satisfaire le besoin ou résoudre le problème
3. Savoir déterminer si l'information nécessaire existe ou non et, dans la négative, passer à l'étape 5

⁵³ Annexe C, Principales déclarations, proclamations et thèmes débattus et promulgués par des réunions internationales et régionales d'experts sur la maîtrise de l'information, in « Introduction à la maîtrise de l'information », Edité par la Division de la Société de l'information, Secteur de la communication et l'information, Paris : UNESCO, 2007, p. 80.

⁵⁴ Annexe B, Comprendre le cycle d'acquisition de la maîtrise de l'information, in « Introduction à la maîtrise de l'information », Edité par la Division de la Société de l'information, Secteur de la communication et l'information, Paris : UNESCO, 2007, p. 75.

4. Savoir trouver l'information nécessaire quand on sait qu'elle existe, puis passer à l'étape 6
5. Savoir créer, ou faire créer, l'information qui n'est pas disponible (créer de nouvelles connaissances)
6. Savoir bien comprendre l'information trouvée, ou à qui faire appel pour cela, si besoin est
7. Savoir organiser, analyser, interpréter et évaluer l'information, y compris la fiabilité des sources
8. Savoir communiquer et présenter l'information à autrui sur des formats/ supports appropriés/utilisables
9. Savoir utiliser l'information pour résoudre un problème, prendre une décision, satisfaire un besoin
10. Savoir préserver, stocker, réutiliser, enregistrer et archiver l'information pour une utilisation future
11. Savoir se défaire de l'information qui n'est plus nécessaire et préserver celle qui doit être protégée

L'information permet aux directeurs, quels qu'ils soient, d'analyser et d'anticiper les situations auxquelles ils doivent faire face. Nous avons vu dans l'analyse des résultats qu'interprétée et structurée elle devient connaissance, connaissance sur laquelle les directeurs des soins sont attendus par les directeurs d'hôpital. Détenir l'information adéquate et l'utiliser au bon moment et à bon escient représente donc un enjeu majeur pour le directeur des soins. L'utilisation exclusive des NTIC ne permet pas d'avoir l'exhaustivité des informations, en particulier celles relatives à la vie de l'établissement, aussi est-il nécessaire d'entrer en contact de manière régulière avec chacun de nos collaborateurs. Utiliser le téléphone présente trois avantages : le directeur des soins, en parlant à son collaborateur, lui « insuffle » de l'énergie et, par conséquent, le motive. Ce dernier peut, s'il le souhaite, confier ses problèmes à son supérieur. Il peut, aussi, solliciter en direct son avis sur une difficulté du quotidien qu'il vient de rencontrer.

L'utilisation judicieuse et efficace des NTIC ne remplacera jamais les rencontres en face-à-face en mode individuel ou collectif. Elle peut toutefois grandement atténuer la sensation de distance ressentie par les collaborateurs par rapport au directeur des soins, ce que la visioconférence semble pouvoir améliorer.

Cinquième préconisation : le directeur des soins doit maîtriser les bases des NTIC et connaître les limites et les avantages de chaque moyen de communication. Il doit choisir le moyen le plus adapté au contexte de l'échange. Il doit prendre le temps de communiquer au moins une fois par semaine avec chacun de ses collaborateurs.

L'ensemble de ces préconisations montre que pour pallier à l'incidence de la distance sur son management, le directeur des soins doit être positionné sur un nombre limité d'établissement. Pour relever le défi de ce type de management, il doit être en capacité de se positionner en tant que manager à distance, et d'organiser le travail de ses équipes, notamment au travers de la mise en place d'un cadre d'organisation, de la délégation, d'un système de reporting et de pilotage et de la maîtrise de l'information.

Toutefois, les terrains enquêtés démontrent la difficulté de respecter un nombre limité de sites. Hormis la CHT B et l'Institut de formation, ceux-ci sont composés par un nombre minimum de cinq sites, notre prérequis relatif au périmètre d'action ne tient donc pas. Il semble pourtant, au terme de ce travail, important de les restreindre afin de garder la plus-value de la fonction de directeur des soins.

Il est tout aussi difficile de poser un cadre d'organisation et de s'y tenir, la directrice du secteur médico-social ne disait-elle pas : « *Moi je vois je me programme, j'ai mon agenda, je programme certaines choses, très souvent tout est bousculé, donc il faut être capable de s'adapter très rapidement et d'accepter de bouger toutes vos lignes* ». Effectivement, il faut tout revoir, mais si rien n'avait été prévu à l'avance, qu'en serait-il exactement ? Il est donc d'autant plus important de programmer le maximum de choses, sachant que, de toute façon, une certaine partie d'entre elles vont forcément bouger.

Nous pouvons ainsi trouver des freins et des obstacles à la mise en œuvre de toutes les préconisations faites précédemment, mais leur application semble nécessaire pour compenser l'incidence de la distance sur le management des directeurs des soins.

Conclusion

L'identification des enjeux du management à distance permet de comprendre que l'animation d'une équipe à distance est plus complexe et plus délicate à réaliser que la gestion d'une équipe de proximité. Cependant, le management à distance ne change pas les fondamentaux de la gestion d'équipe. Toutefois, la distance révèle et rend plus aigus certains problèmes qui existent dans toutes les équipes, tels que l'absence de communication ou le manque de proximité, par exemple.

Au terme de ce mémoire, nous comprenons davantage l'importance du périmètre d'action du directeur des soins. Selon le nombre, la taille et l'activité des sites, et surtout sur l'appartenance ou non à un même établissement, il aura une importance primordiale sur le management à distance. En introduction, nous citons Jean DEBEAUPUIS qui rapportait que certaines CHT comprenaient jusqu'à dix sites. Nous espérons qu'ils font partie du même établissement et qu'ils ont des instances communes, sinon les directeurs vont passer leur temps en réunions, sans parler du temps de déplacement. Quelle sera alors leur crédibilité au niveau des décisions s'ils ne peuvent être présents sur le terrain ?

En raison de la distance et de ses incidences, le directeur des soins doit soigner certains aspects de sa communication et être plus rigoureux dans le suivi de ses reportings, ce qu'il a peut-être moins tendance à faire de manière systématique lorsque ses équipes sont proches. Les moments d'échanges en présentiel sur le terrain sont aussi de meilleure qualité. Les conflits au sein des équipes à distance sont plus rares : le fait de se voir moins souvent évite la promiscuité et les phénomènes d'agacement.

Le management à distance est professionnalisant pour le manager, qui pourra ensuite transposer cette expérience dans d'autres situations. Il l'est aussi pour son équipe qui est encouragée à devenir plus autonome.

La fonction de directeur des soins s'exercera de manière différente suivant la personnalité du professionnel. Nous l'avons vu dans le premier chapitre, la personnalité individuelle peut avoir une influence sur la façon dont le rôle est tenu, mais ne peut empêcher que le rôle soit tenu. Toutefois, il faut être extrêmement vigilant à le tenir en fonction des attentes des collaborateurs. Pour pallier la distance et le remplir de la manière la plus efficiente, le management à distance impose, quel que soit le lieu d'exercice, d'appréhender certains points essentiels qui sont ressortis de notre analyse : les caractéristiques, l'organisation et les outils du management à distance. Positionné sur un nombre limité d'établissement, le directeur des soins doit mettre en place dès sa prise de fonction : un cadre d'organisation, la délégation, un système de reporting et de pilotage et la maîtrise de l'information.

Nous n'avons pas abordé l'une des difficultés de l'exercice de directeurs des soins multisites qui est celle de la gestion d'une équipe qui ne lui est plus entièrement dédiée. Expliquons-nous : les CSS, suite à la nouvelle gouvernance, hormis ceux qui sont en mission transversale sur la direction des soins, sont d'abord et avant tout cadres de pôle, la mission demandée par le directeur des soins peut de ce fait ne pas être nécessairement prioritaire pour eux et leur « seconde autorité », l'autorité fonctionnelle des chefs de pôle. Nous ne l'avons pas abordé car nous ne l'avons pas retrouvé dans la littérature, ni dans les entretiens, mais à la suite de ce travail de recherche cela nous semble un élément suffisamment important pour être cité.

Nous ne pouvons pas terminer ce travail sur l'incidence de la distance sur le management des directeurs des soins sans rappeler le discours de la directrice de la CHT A : *« Il est indispensable que le périmètre ne soit pas trop grand. Le nombre d'établissements, la taille des établissements, il faut une cohérence dans la taille des établissements, quand il y a trop d'écart entre la taille des établissements c'est ingérable, quand le nombre est trop important c'est ingérable, et quand ils sont trop éloignés sur le plan géographique c'est également ingérable. On ne peut pas atteindre l'objectif. Voilà. »*

Mais le mot de la fin est pour la directrice des soins du secteur médico-social, car son discours résume la finalité du management à distance : *« Je crois que c'est ça, en fait, être multisites c'est aussi sortir complètement des sentiers battus, et c'est accepter de ne surtout pas être lié à un dispositif mais d'être au service de, et voilà je pense que pour être directeur des soins multisites il faut accepter d'être au service de, de l'utilisateur notamment et de l'entourage, en fait sur un territoire donné, je crois que c'est ça qui est important. Plus je vous en parle et plus je pense que c'est ça. »*

Bien qu'il y ait des CHT un peu partout en France, les directeurs des soins que nous avons rencontrés se sentaient démunis par rapport au management à distance d'équipes réparties sur plusieurs sites. Ils étaient en demande d'informations sur ce sujet et se trouvaient assez isolés. Ils avaient tous une charge de travail très importantes et faisaient pour le mieux en fonction de leurs capacités et de leur ressenti. Ils sont preneurs d'informations susceptibles de les aider à remplir leurs missions. L'un d'entre eux était sur le point de rupture, le temps de travail empiétant de plus en plus sur le temps personnel. J'espère que ce travail leur apportera un début de réponse. Au jour où l'on parle de plus en plus de prévention des risques psycho-sociaux, il deviendra peut-être urgent de se pencher sur ce phénomène chez, entre autres, les directeurs des soins.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

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

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

Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Rapports, guides et études

Guide A.N.A.P., La loi H.P.S.T., les clefs pour comprendre, 160 p.

Introduction à la maîtrise de l'information, Edité par la Division de la Société de l'information, Secteur de la communication et l'information, Paris : UNESCO, 2007, 102 p.

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER, 2008, 102 p.

Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années? - Inspection générale des affaires sociales RM2012-020P – 273 p.

Référentiel de compétences des directeurs des soins, Direction des études, Filière de formation des directeurs des soins, EHESP, mise à jour décembre 2013, 28 p.

Ouvrages

BARNI M., Manager une équipe à distance, Editions d'organisation, 2003, 223 p.

BESSER H., Manager à distance, ESF éditeur, 2013, 126 p.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le Système, Paris, Editions du Seuil, 1981, 448 p.

ETIENNE J., BLOESS F., NORECK J.-P., ROUX J.-P., Dictionnaire de sociologie, 3ème édition, Domont, 2013, 448 p.

LE CLECH B., Manager à distance, Editions JULHIET, 2013, 48 p.

MINTZBERG H., Le manager au quotidien, Editions d'organisation, 2000, Lonrai, 220 p.

QUIVY (Raymond), VAN CAMPENHOUDT (Luc), 1998, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 288 p.

Articles de revues

LEON E., Le management à distance : Résultats d'une étude exploratoire, Revue internationale sur le travail et la société, Octobre 2005, Volume 3, Numéro 2, p. 114 à 144.

ZAYNAB R., mai-juin 2009, « Managers de santé », Le magazine du Syndicat national des cadres hospitaliers, n° 84, p. 14 à 17

Conférences, séminaires

68ème Congrès national du Syndicat des managers publics de santé, Paris, 16 et 17 octobre 2014

Événement Branche Nord de France de PMI, 24 mai 2012 à SKEMA Lille, « Equipes virtuelles distribuées : impacts sur le management de projet »

JONCOUR Y., Cabinet Axe Management, Séminaire Organisation et métiers à l'hôpital, M.S.H. Paris Nord, 19 juin 2008

Cours

ANTHONY-GERROLDT A., La place des directeurs des soins dans la nouvelle gouvernance, Séminaire préparation à l'oral, concours DS 2013, E.H.E.S.P., 23 octobre 2013

Cours de Communication managériale, Groupe rgm (Conseil & Formation en management Hommes Organisation), E.H.E.S.P., 24 avril 2014

Sites Internet

<http://blog.francetvinfo.fr/open-space/2014/05/10/comment-manager-a-distance.html>,

visité le 24 juillet 2014

<http://hem.ac.ma/qu%E2%80%99est-ce-que-le-management>, visité le 12 juin 2014

<http://www.intellego.fr/soutien-scolaire-1ere-stmg-communication/l-information-et-les-concepts-associes/45388>, visité le 16 septembre 2014

<http://lesdefinitions.fr/communication>, visité le 26 septembre 2014

<http://lesdefinitions.fr/confiance>, visité le 26 septembre 2014

<http://lesdefinitions.fr/information>, visité le 26 septembre 2014

<http://www.manager-go.com/finance/tableau-de-bord.htm>, visité le 4 septembre 2014

http://romainburdeau.com/Comment_animer_et_coordonner_une_équipe_à_distance.pdf, visité le 12 juin 2014

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Credibilite.htm>, visité le 26 septembre 2014

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Legitimite.htm>, visité le 26 septembre 2014

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau 1 - Nombre d'instances qu'il convient d'assurer sur l'ensemble de la CHT A pour respecter la réglementation

Annexe 2 : Figure 1 - Distribution du temps et des activités, basé sur deux semaines d'observation du travail du directeur des soins.

Annexe 3 : Tableau 2 – Enquête relative à la réalité de l'exercice multi sites de directeur des soins, réalisée auprès de la promotion 2014 d'élèves directeurs des soins

Annexe 4 : Figure 2 - 4 défis à relever pour manager à distance – LE CLECH B., Manager à distance, Julhiet, 2013, p. 10

Annexe 5 : Grille d'entretien - Entretien C.A.P. (Connaissances – Attitudes – Pratiques)

Annexe 6 : Tableau 3 – Les préconisations

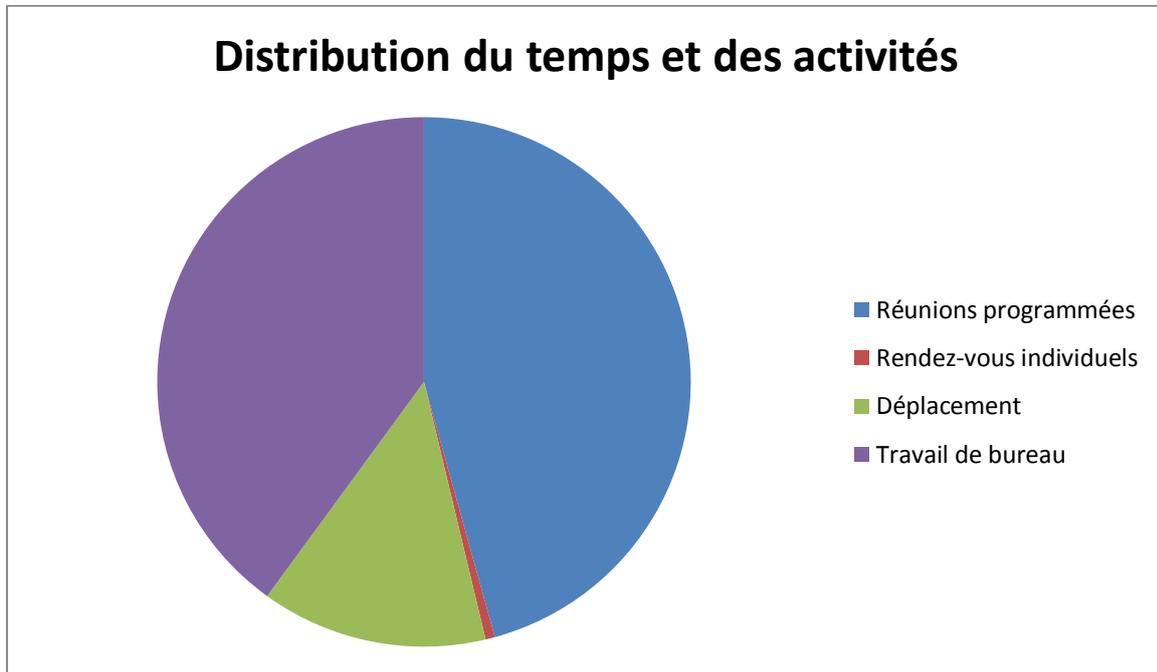
Annexe 1

Tableau 1 - Nombre d'instances qu'il convient d'assurer à l'année sur l'ensemble de la C.H.T. A pour respecter la réglementation

Instances	Articles : code de la santé publique, convention constitutive de la C.H.T. A	Nombre de réunions par an
C.H.T. A		
Directoire	Article 12 de la convention	3
Commission de communauté	Article 10 de la convention	2
	Sous/total	5
Centre hospitalier		
Directoire	Article D6143-35-5	8
C.M.E.	Article D6144-6	4
C.T.E.	Article D6144-69	4
Conseil de surveillance	Article D6143-8	4
C.S.I.R.M.T.	Article D6146-14	3
C.H.S.C.T.	Règlement intérieur	4
	Sous/total	27/E.S.
	Total C.H.T.	140

Annexe 2

Figure 1 - Distribution du temps et des activités, basée sur deux semaines d'observation du travail du directeur des soins.



	Heures	Pourcentage
Réunions programmées	40	46 %
Rendez-vous individuels	0,5	0,005 %
Déplacement	12	14 %
Travail de bureau	35	40 %
Appels téléphoniques	0,5	0,005 %

Annexe 3

Tableau 2 – Enquête relative à la réalité de l'exercice multi sites de directeur des soins, réalisée auprès de la promotion 2014 d'élèves directeurs des soins

N°	Oui	Non	Nombre	Précisions
1	X		Etablissements + Sites	
2	X		Instituts (100 kms)	
3	X		Etablissements	
4	X		Etablissements (5-20)	CH-EPHAD-HLocal
5	X		Instituts + E.S.	
6	X		Etablissements	
7	X		Etablissements	CH-HLocal
8	X		Etablissements	CH-EHPAD-SSR
9		X		
10	X		Instituts	
11		X		
12		X		
13	X		Etablissements	
14		X		
15	X		Etablissements 66 Sites	
16	X		Etablissements	
17	X		Etablissements	
18		X		
19	X		Instituts	
20	X		Instituts (200 kms)	
21	X		Etablissements	
22	X		Etablissements	
23	X		Sites de psychiatrie	
24	X		Etablissements	
25	X		Instituts	
26	X		Etablissements	
27	X		Instituts	

Annexe 4

Figure 2 - 4 défis à relever pour manager à distance – LE CLECH B., Manager à distance, Julhiet, 2013, p. 10

Défi organisationnel

Coordonner

Distribuer les rôles

Orchestrer les contributions

Défi relationnel

Communiquer

Ecouter, informer

Entretenir une relation



Défi technique

Manager le travail

En équipe avec les T.I.C.



Collaborer

Travailler ensemble

Résoudre des problèmes en groupe

Coopérer

S'ajuster mutuellement

Défi managérial

Annexe 5

Grille d'entretien : Entretien C.A.P. (Connaissances – Attitudes – Pratiques)

Années d'expérience :
Nombre de sites :
Distance moyenne entre les sites :
Fréquence des communications : rencontres de groupes
rencontres individuelles

Informations ne concernant pas les
C.S.S.

« Le directeur des soins multi sites »

1. Qu'est-ce que vous en savez ?

- Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?
- Est-ce quelque chose de récent ? D'ancien ?
- A quoi pouvez-vous rattacher ce fait ?

2. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- Les avantages de la gestion multi sites ?
- Les inconvénients de la gestion multi sites ?
-

3. Quelle est votre pratique ?

- En matière d'organisation ?
- En matière de communication ?
- En matière de responsabilisation et de délégation ?
- En matière de contrôle et de régulation ?

Annexe 6

Tableau 3 : Les préconisations

<p>Première préconisation : le directeur des soins doit être positionné sur deux établissements maximum. Dans l'idéal, ces établissements doivent être proches géographiquement et de même nature de manière à mutualiser les dossiers et les compétences.</p>
<p>Deuxième préconisation : le directeur des soins doit mettre en place, dès son arrivée, un cadre de travail et une organisation prenant en compte les différents temps de rencontre, fixer des règles simples et afficher sa disponibilité.</p>
<p>Troisième préconisation : le directeur des soins doit déléguer une mission à une personne qui a les compétences requises, la motivation et la disponibilité nécessaires pour l'exécuter. La délégation doit se faire dans un cadre précis, ce qui sous-entend de clarifier les rôles de chacun, de définir les objectifs, de préciser les moyens, d'en garantir l'autonomie et d'assister le collaborateur.</p>
<p>Quatrième préconisation : le directeur des soins doit mettre en place un système de reporting et de pilotage réalisé à partir d'indicateurs permettant de suivre la réalisation des objectifs fixés et en particulier les délégations.</p>
<p>Cinquième préconisation : le directeur des soins doit maîtriser les bases des NTIC et connaître les limites et les avantages de chaque moyen de communication. Il doit choisir le moyen le plus adapté au contexte de l'échange. Il doit prendre le temps de communiquer au moins une fois par semaine avec chacun de ses collaborateurs.</p>

LEHMANN

Patrick

Décembre 2014

Directeur des soins

Promotion 2014

L'incidence de la distance sur le management des directeurs des soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Diderot PARIS 7

Résumé :

La loi portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST) du 21 juillet 2009 a supprimé un certain nombre de formules juridiques de coopération et renforcé la palette des outils par de nouveaux dispositifs dont la Communauté Hospitalière de Territoire. Au sein de cette dernière se dessine un nouveau mode d'exercice pour le directeur des soins. Il nécessite d'intégrer une grande mobilité et la mise en place de relais dans les établissements membres, et demande un travail indispensable d'harmonisation des pratiques, sur le rapprochement des « cultures » et l'accompagnement des agents.

Le directeur des soins doit se positionner au sein de l'équipe de direction tout en restant proche du terrain, gérer les équipes et assurer l'organisation et la qualité des soins. Le fait de ne pas avoir ses collaborateurs « sous la main » implique une animation différente de ce qui se fait traditionnellement. De plus, ce mode de gestion est accompagné de nombreux obstacles : perte de temps dans les déplacements, isolement, difficulté à disposer d'un endroit convenable pour s'installer et pour travailler dans chacun des sites, grands besoins d'organisation et de planification. Il nécessite donc de relever quatre défis majeurs : les défis managérial, organisationnel, relationnel et technique.

Les objectifs de notre enquête de terrain étaient d'identifier les incidences de la distance géographique sur le management des directeurs des soins. En croisant les récits des trois catégories socioprofessionnelles enquêtées : les directeurs des soins, les directeurs d'hôpital et les cadres supérieurs de santé, nous avons un bon aperçu de la manière dont ils pratiquent au quotidien.

Pour pallier à la distance et permettre au directeur des soins de remplir son rôle de la manière la plus efficiente, le management à distance impose, quel que soit son lieu d'exercice, d'avoir appréhendé certains points essentiels : les caractéristiques, l'organisation et les outils du management à distance. Pour relever le défi de ce type de management, il doit être en capacité de se positionner en tant que manager à distance et d'organiser le travail de ses équipes, notamment au travers de la mise en place d'un cadre d'organisation, de la délégation, d'un système de reporting et de pilotage et de la maîtrise de l'information.

Mots clés :

Cadres supérieurs de santé, confiance, contrôle, crédibilité, délégation, directeur des soins, distance, légitimité, management, management à distance, multisites, organisation, NTIC, reporting, tableau de bord

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.