



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**Gouvernance hospitalière : évolution
de l'accompagnement des cadres de
pôles par le directeur des soins**

Nathalie PROVOST

Remerciements

Par ces quelques mots, je tiens à remercier :

- Les professionnels des établissements de santé, directeurs, chefs de pôles, cadres de pôles, qui ont eu la gentillesse de m'accorder leur temps, ont renvoyé des questionnements et m'ont aidé à cheminer.
- Aux directeurs des soins qui ont partagé leur expérience, et en particulier à Franck, mon maître de stage pour l'écoute et les encouragements, et Anne, Tuteur de positionnement.
- A l'équipe pédagogique et intervenants de l'EHESP.

A Claude, Roxane et Amélie

Sommaire

Introduction	1
1 La gouvernance : nouveau mode de management au service de l'efficience	1
1.1 Le contexte et les réformes à l'hôpital	1
1.1.1 Les réformes successives : vers une réorganisation des établissements de santé impactant la fonction d'encadrement	1
1.1.2 Une demande croissante de performance médico-économique	4
1.1.3 L'état des lieux des pôles au plan national	5
1.2 L'impact de la gouvernance.....	6
1.2.1 Une évolution des missions des acteurs.....	7
1.2.2 La nécessité d'une stratégie managériale définie au plan institutionnel.....	13
2 L'exploration de terrain dans des contextes différents	15
2.1 La méthodologie de recherche	15
2.1.1 Présentation des établissements et des personnes interviewées	16
2.1.2 Les points forts et limites de l'enquête.....	18
2.2 Point de vue des acteurs : analyse thématique	19
2.2.1 Les organisations posées par les directeurs d'hôpitaux et leurs attentes vis-à-vis des acteurs	19
2.2.2 Les missions confiées aux chefs de pôles et leurs attentes.....	22
2.2.3 Les missions confiées aux cadres de pôles et leurs attentes.....	25
2.2.4 Les organisations proposées par les directeurs des soins et leurs attentes vis-à-vis des cadres de pôles	31
2.3 Synthèse de ce que l'enquête nous a appris	33
3 Les préconisations pour un accompagnement des cadres de pôles.....	35
3.1 Positionner l'équipe d'encadrement dans une approche transversale	35
3.1.1 Le positionnement des cadres de pôles par un projet managérial concerté	36
3.1.2 L'élaboration d'une fiche de poste des cadres de pôles	37
3.1.3 La rédaction d'une charte de fonctionnement des dirigeants.....	38
3.2 Fédérer et mobiliser l'encadrement par la définition d'orientations et une politique de communication.....	39

3.2.1	Le développement d'une démarche projet et d'une culture d'objectifs et de résultats	39
3.2.2	Des manifestations fédératrices de l'encadrement.....	40
3.3	Accompagner et former l'encadrement	42
3.3.1	Le recrutement et le dispositif d'accompagnement du nouveau cadre de pôle	42
3.3.2	L'accompagnement et le suivi des cadres de pôles	43
3.3.3	La formation continue des cadres de pôles.....	45
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

DRH : Direction des Ressources Humaines

ETP : Equivalent Temps Plein

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PSIRMT : Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

Les réformes hospitalières successives ont profondément modifiées les modalités de fonctionnement des établissements de santé. Les lignes hiérarchiques et les pratiques managériales sont bouleversées. Les champs d'intervention des directions et des personnels d'encadrement sont questionnés par la mise en place des pôles d'activité, niveau d'organisation reconnu comme adapté pour l'optimisation des prestations. En rapprochant les processus de décisions du terrain, et par l'intervention d'un nouvel acteur, le chef de pôle, les relations professionnelles se sont modifiées. L'ensemble de ces changements structurels et l'évolution des demandes sociétales ont conduit chacun à s'adapter à de nouvelles missions et mode d'exercice. La gestion pyramidale et centralisée est remplacée par une contractualisation avec les pôles qui responsabilise les équipes hospitalières. Le pilotage devient partagé entre les différents acteurs administratifs et médico-soignants et les demandes de ressources sont argumentées. Le développement de nouveaux projets prend en compte les aspects médico-économiques. La contractualisation répond à un besoin d'efficience et permet de s'interroger sur la cohérence des projets en interne et en externe, dans le cadre des orientations stratégiques. Le directoire est responsable de cette politique de contractualisation et les managers de pôles assurent un pilotage des activités avec une plus grande latitude. Cela oblige donc chacun à s'interroger sur son rôle et son fonctionnement en co-responsabilité. Ainsi, on voit apparaître la nécessité d'un management plus centré sur des collaborations pluri professionnelles, sur le développement d'une compétence collective au service de l'organisation et de la qualité des soins.

Ces exigences en matière de gestion et la nécessaire projection sur l'avenir de l'hôpital confèrent aux cadres de pôles une dimension plus stratégique dans la mesure où ils sont directement impliqués dans la prise de décision. Les relations de travail avec les directeurs, notamment le directeur des soins, et médecins se voient transformées par une double autorité hiérarchique et fonctionnelle. La gouvernance nécessite de s'approprier ces nouvelles fonctions de responsable direct dans un environnement mouvant. Les cadres de pôles, engagés dans une dynamique polaire et institutionnelle, doivent procéder à une analyse systémique et être force de proposition.

Les directions fonctionnelles, pour leur part, investissent un nouveau rôle de conseil et d'expertise. La réactivité et la performance de cette organisation dépend de la capacité de la direction à procéder au transfert des responsabilités, à développer l'autonomie des acteurs à prendre des décisions au plus près du terrain. En outre, l'équipe de direction créée du lien entre les pôles d'activité pour donner de la cohérence

aux projets et atteindre des objectifs collectifs. La capacité de leadership du directeur, va permettre de mobiliser et entraîner les responsables dans ce nouveau mode de fonctionnement basé sur la collaboration, la responsabilisation et la confiance.

Dans cette même logique, le directeur des soins, membre du directoire, et porteur des orientations stratégiques, donne l'impulsion à l'équipe d'encadrement. Il travaille avec les cadres de pôles et en collaboration avec le corps médical. Il veille à une circulation et à une transparence des informations par des échanges réguliers. Parce qu'il a une vision globale de la politique d'établissement, il a un rôle de soutien auprès des cadres de pôles dans la mise en œuvre de projets multiples et complexes. Son rôle de coordination est indispensable dans ce contexte de contractualisation où le risque de voir se balkaniser les pôles est grand. Le directeur des soins favorise la définition d'un langage commun par l'élaboration d'une politique de soins afin de donner du sens aux actions. Il fixe une politique managériale qui vise à développer les complémentarités et la compétence collective. Le cadre de pôle doit s'approprier les fondamentaux de la loi HPST¹ pour mieux s'inscrire dans cet objectif de décloisonnement. Le directeur des soins organise et structure l'équipe d'encadrement pour atteindre les objectifs d'efficience. La question de la cohésion d'équipe de direction des soins, de collectif et de valeurs partagées est un enjeu pour le directeur des soins. A ce titre, il veille à l'harmonisation des pratiques managériales au sein de l'établissement. Il fédère les énergies et repère les talents. Il vise un équilibre entre l'implication des cadres au sein de leurs pôles et aux collaborations inter-pôles. Il s'attache à développer et valoriser la compétence collective au bénéfice d'une gestion de projets. Faire participer ceux qui savent, de par leur vision de terrain, permet d'adapter des modes d'organisation pertinents et de voir évoluer les pratiques professionnelles. L'encadrement identifie les leviers d'action et les éventuels écueils au développement des projets. Ces changements organisationnels étant sources d'incertitude pour l'encadrement, le directeur des soins veille à établir une relation de confiance et favoriser la transparence des échanges. Il se positionne en leader pour mobiliser les cadres de pôles et les cadres de proximité porteurs de projets auprès des équipes. Il fait prévaloir des arguments pertinents et cohérents plutôt qu'une autorité. La confiance établie entre le manager et le managé reste un facteur d'engagement de l'équipe d'encadrement. Ces axes s'inscrivent dans une étroite collaboration avec les directions fonctionnelles, le président de la CME pour garantir une cohérence institutionnelle, tout en prenant en compte les spécificités de chaque pôle. La circulation d'informations et la concertation sont donc un enjeu pour le directeur de soins.

Au-delà de l'expression directe et d'un fonctionnement collectif, le directeur des soins veille à mener une politique de formations des cadres de pôles adaptée à leurs

¹ HPST : Hôpital Patients, Santé et Territoire

parcours et besoins. Il constitue une équipe ayant une diversité professionnelle et des compétences multiples, source d'enrichissement et de performance. La nature et la qualité de l'accompagnement proposé aux cadres de pôles est à définir dans le cadre d'un projet managérial.

L'organisation matricielle a donc modifié le positionnement des acteurs les uns vis-à-vis des autres. Dès la mise en place de la gouvernance, les cadres de pôles ont eu un rôle pivot dans l'organisation du fait de leur présence à temps plein et d'une bonne connaissance de l'environnement et des équipes. Au cours de notre expérience professionnelle, nous avons pu observer que les cadres de pôles ont acquis une plus grande autonomie et marge de manœuvre, voire d'indépendance dans la prise de décision. Ils sont investis de manière très hétérogène dans le développement des projets transversaux. Or, la reconnaissance de leur zone d'autonomie ne doit pas méconnaître la nécessité d'un travail prenant en compte la dimension institutionnelle. Par ailleurs, nous avons constaté que lorsque le contexte budgétaire de l'établissement est contraint, leurs missions sont essentiellement centrées sur des activités de gestion, notamment en matière de ressources humaines et d'investissement matériel. La difficulté pour les cadres de pôles réside alors dans le fait qu'ils doivent concilier des exigences fortes de qualité et des impératifs de performance économique. Lorsqu'ils n'arrivent plus à trouver de ressources, ils sont alors en demande d'arbitrage. Afin d'aider le cadre de pôle à transformer ces contraintes en opportunité pour une optimisation des pratiques et des conditions de travail, la direction des soins doit alors reposer les fondamentaux des missions hospitalières. En période contrainte, le risque est grand de voir les pôles se centrer sur leurs propres projets et de minimiser l'aspect transversal. La direction des soins doit alors porter des valeurs fortes d'efficacité des organisations, de sécurité des prises en charges et du respect des conditions de travail des agents.

Cet appui aux cadres de pôles est construit et défini dans un projet managérial partagé et traduit en actions. Les attentes institutionnelles et la définition des responsabilités doivent être suffisamment explicitées pour conserver une ligne de conduite homogène et équitable sur l'ensemble de l'établissement. Le directeur des soins, de par son expertise managériale et en organisation des soins propose un accompagnement aux cadres de pôles sans se substituer à leurs responsabilités.

Plusieurs questions préalables à ces affirmations nous sont d'emblée apparues et ont nourries la réflexion :

Les cadres de pôles se sont-ils approprié les principes de la gouvernance, à savoir, autonomie, responsabilisation et prise de décision ?

Les attentes respectives des acteurs et leurs missions sont-elles suffisamment explicitées pour permettre à chacun de trouver son juste positionnement ?

Comment le directeur des soins doit-il adapter sa stratégie managériale au regard des missions respectives, du positionnement des acteurs et de la nécessaire transversalité ?

Les cadres de pôles bénéficient-ils d'une formation et d'un accompagnement suffisants pour mener à bien leurs missions complexes ?

Il nous a semblé en première intention, que le directeur des soins, doit veiller à un positionnement des cadres de pôles au sein d'une politique d'établissement. Leurs missions, leurs champs de responsabilité sont à exposer clairement en regard des missions des directions fonctionnelles et des chefs de pôles. L'autonomie dont ils disposent ne doit pas faire négliger une posture institutionnelle. Les actions du cadre de pôle sont inscrites dans une dynamique projet sans se trouver absorbé par une unique gestion de dysfonctionnements. La délégation de gestion est accompagnée et ne se limite pas à un contrôle de l'atteinte des objectifs. Elle repose sur des engagements contractuels. Des arbitrages sont nécessaires dans un objectif institutionnel et de partage équitable des ressources.

A partir de ces réflexions, la question centrale qui a nourri ce travail est :

En quoi la gouvernance et le transfert de responsabilité fait-il évoluer la place des acteurs et nécessite un nouvel accompagnement des cadres de pôles par le directeur des soins ?

La première partie de ce travail sera consacrée à des apports théoriques, conceptuels, pour mieux cerner le sujet du management dans un établissement de santé et l'incidence des nouvelles organisations matricielles. L'impact sur la fonction managériale sera décrit de manière à cerner les compétences à conforter et la nécessaire évolution du positionnement des acteurs. En effet la qualité de la réponse au changement réside dans la capacité des managers, équipes de directions et responsables de pôles, à mettre en place de nouveaux dispositifs, à piloter, à donner sens et cohérence.

Puis, nous procéderons à l'analyse de données collectées auprès des acteurs exerçant dans deux établissements de santé, un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un Centre Hospitalier (CH) afin de mieux cerner leurs attentes relatives au management et à l'accompagnement des cadres de pôles par le directeur des soins.

Enfin, la troisième partie sera consacrée à des propositions d'actions à mettre en œuvre par le directeur des soins et les leviers possibles pour accompagner les cadres de pôles, conforter leurs compétences dans l'objectif d'un positionnement transversal polaire.

1 La gouvernance : nouveau mode de management au service de l'efficience

1.1 Le contexte et les réformes à l'hôpital

La croissance des dépenses de santé a conduit à un développement de politiques de maîtrise des coûts, avec pour objectif le respect des moyens alloués et leur utilisation optimale. Depuis 1970 jusqu'à la loi HPST², l'accent est posé sur un système de régulation des dépenses dans un budget de plus en plus contraint, actuellement défini par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Au cœur des lois de financement de la sécurité sociale depuis 1996, il constitue une cible et le cadre financier des politiques de maîtrise médicalisée. La planification³ dans le domaine sanitaire est basée sur un système de contractualisation dans le respect d'un cadrage national. De nouveaux circuits de décisions apparaissent et impactent l'ensemble des acteurs des établissements de santé et la fonction d'encadrement en particulier. Les professionnels vont s'adapter à ces réformes successives.

1.1.1 Les réformes successives : vers une réorganisation des établissements de santé impactant la fonction d'encadrement

En 1970⁴, une planification est instituée avec la carte sanitaire. La notion de service public hospitalier est déclinée et les hôpitaux deviennent pivot du système de santé. La volonté des pouvoirs publics est de les recentrer sur les plateaux techniques au détriment de la mission hôtelière ancestrale.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991⁵, dite réforme Evin, propose des outils de management comme le projet d'établissement et les contrats pluriannuels. Les coûts hospitaliers devenant de plus en plus élevés, son objectif est de réduire le nombre de lits en s'appuyant sur une planification de plus en plus contraignante.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST. JO n°0167 du 22 juillet 2009, 12184

³ « La planification est un processus d'aide à la décision qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir les ressources et les services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi d'autres alternatives » HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE, Actualités et dossiers en santé publique, 1995

⁴ Loi n°70-318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JO n° 70-318 du 3 janvier 1971

⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JO n°179 du 2 août 1991, 10255

L'ordonnance de 1996⁶ détermine une régulation régionale de l'activité des établissements par la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). L'amélioration de l'offre hospitalière et de la qualité est prégnante avec la mise en place de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). La certification des établissements de santé engage les professionnels dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins. Elle vise surtout le décloisonnement des services hospitaliers par la qualité de la coordination entre les services cliniques, médico-techniques, administratifs et logistiques.

Le plan de modernisation de l'hôpital dit « hôpital 2007⁷ » initié au regard de l'évolution de la démographie médicale, de la transformation des attentes des patients et de l'intensité des progrès technologiques, vise à accentuer le contrôle de l'état sur la gestion des établissements de santé. Dans la logique des programmes précédents, il s'agit de contenir l'évolution des dépenses de santé publique. La création d'un régime de financement à l'activité est basée sur la volonté des pouvoirs publics d'analyser et rationaliser les dépenses hospitalières. La réforme du mode de financement par la Tarification à l'Activité (T2A)⁸ introduit un lien direct entre l'activité, les recettes et le budget de fonctionnement du pôle. Cela impose aux établissements de santé de mettre en place un système d'évaluation de leur activité mais également à développer une logique d'autonomisation et responsabilisation des professionnels. L'organisation hospitalière est transformée par le développement de la contractualisation et d'une délégation de gestion vers les acteurs du soin.

La gouvernance⁹, constitue un système de déconcentration de la prise de décision par les chefs de pôles en prenant en compte les problèmes de management des services, le financement de l'activité et la satisfaction des patients. L'activité au sein des pôles n'est plus uniquement évaluée sur les bonnes pratiques médicales et de soins mais aussi sur la base des recettes générées par le pôle. Des restructurations s'imposent dans les établissements, la mise en place des pôles a permis de revoir les organisations de travail, les filières de soins, et de mutualiser les compétences afin d'assurer une meilleure adéquation des moyens humains aux besoins. Ce décloisonnement des logiques médicales, soignantes et administratives a pour finalité l'amélioration de la prise en charge des patients. La gouvernance a donc pour objet une plus grande réactivité de

⁶. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. JO n° 98 du 25 avril 1996, 6311

⁷ Initié le 20 novembre 2002 par le plan MATTEI

⁸ Ordonnances n°2005-1087 du 1^{er} septembre 2005, relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine et ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.

⁹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

l'institution, et une responsabilisation des professionnels à la maîtrise des dépenses. Elle rénove l'organisation intra-hospitalière par :

« L'affirmation de la priorité donnée au pilotage médico-économique dans un contexte de mise en place de la T2A, pilotage auquel les médecins doivent désormais être étroitement associés.

Le principe de subsidiarité : la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins¹⁰ »

Enfin, la loi HPST¹¹ renforce le rôle du chef d'établissement et donne plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital en associant le président de la CME à la coordination de la politique médicale. Elle conforte la déconcentration des décisions et la délégation de certaines enveloppes budgétaires. La loi précise le rôle et les responsabilités du chef de pôle, la nature du champ de la délégation de gestion. Les établissements ont, le plus souvent, optés pour une délégation limitée à la gestion des remplacements et des formations des effectifs non médicaux des pôles. Les marges de manœuvre accordées doivent permettre une prise de décision adaptée à la mise en œuvre du contrat de pôle et au bon fonctionnement du pôle. La modernisation des établissements de santé a pour objectif de mieux assumer leurs missions au service des patients en assouplissant les règles de fonctionnement. La proximité des décisions favorise l'amélioration du service rendu et une plus grande efficacité au service de la qualité des prises en charge et des parcours patients.

Ces principes bouleversent les pratiques des soignants et de l'encadrement en particulier. Le contexte évoluant rapidement génère de l'incertitude et nécessite une adaptation et une appropriation des professionnels. Selon le rapport Mission Hôpital Public¹² « Les hospitaliers demandent de la stabilité juridique, afin de ne pas remettre l'ouvrage organisationnel trop fréquemment sur le métier du quotidien, et de pouvoir achever correctement les réorganisations internes de la gouvernance afin de les rendre efficaces opérantes et de les évaluer. »

Les équipes de pilotage, au regard de ces évolutions ont pour mission d'élaborer une stratégie pour l'appropriation des réformes et leur déclinaison opérationnelles par les

¹⁰ ZEGGAR H. ; VALLET G, « Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans établissements de santé ». Rapport IGAS, Février 2010 p 3

¹¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST. JO n°0167 du 22 juillet 2009, 12184

¹² FELLINGER F., BOIRON F. Rapport « Mission hôpital public » Juin 2011- Janvier 2012 p 62

équipes. « Les réformes survenues ces dernières années sont un réel progrès conceptuel, qu'il faut maintenant amener sur le terrain¹³ »

1.1.2 Une demande croissante de performance médico-économique

La gouvernance préside d'une logique de résultats et de performance économique. Lors du dialogue de gestion, l'atteinte des objectifs est mesurée. « En terme d'efficience, l'objectif des hôpitaux peut se formuler comme la préservation sur le long terme, du capital santé de la population au meilleur cout possible, avec des contraintes fortes liées en particulier à l'accès aux soins et à leur qualité¹⁴. La performance à l'hôpital est donc globale et multidimensionnelle, elle concerne la qualité et la sécurité des soins, l'utilisation optimale des ressources et la satisfaction du patient. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la performance repose sur la prise en compte des différentes contraintes : qualité, innovation, efficience, mise en adéquation des compétences, contraintes financières, attractivité.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) identifie 6 leviers d'amélioration de la performance : transformer de manière durable et globale un établissement dans son ensemble, offrir la qualité au meilleur cout, optimiser le parcours du patient, favoriser les investissements efficaces, promouvoir la culture de la performance, améliorer la gestion des ressources humaines et développer les compétences des acteurs du système de santé.

Nous observons donc que l'atteinte de ces objectifs n'est réalisable que par une mobilisation forte de l'ensemble des acteurs. L'enjeu pour le directeur des soins est de développer les compétences individuelles et collectives des cadres de pôles au service de la performance des pôles et de l'établissement. Les indicateurs de performance et leur suivi ne doivent pas inciter les unités à un repli sur soi. La recherche de l'efficience est possible dans l'optimisation des organisations de soins, dans l'adéquation des ressources à l'activité. Toutefois, les modalités de pilotage, les pratiques managériales, participant à la construction collective, à l'innovation, sont à analyser car elles participent de la motivation des acteurs à donner le meilleur d'eux mêmes. Pour assurer leurs fonctions de responsables, les trios de pôles doivent donc comprendre les évolutions en cours, s'initier au langage économique et au pilotage d'une organisation.

¹³ Ibidem

¹⁴ VALLENCIEN G. Rapport « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire » Juillet 2008

1.1.3 L'état des lieux des pôles au plan national

Au plan réglementaire, la notion de gouvernance est explicite. Mais en pratique, comment cela est-il mis en œuvre ? La modernisation et le changement souhaité est-il à la hauteur des réformes ?

En mai 2013, une mission d'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics¹⁵ a fait l'objet de plusieurs constats :

« Le premier élément marquant ressortant du bilan de fonctionnement des pôles est la généralisation de l'organisation en pôles et le consensus des décideurs sur son intérêt ». « L'organisation en pôle s'est appuyée, dans une très large mesure, sur une base médicale cohérente, centrée sur la prise en soins des patients ». La plus-value des pôles constitués selon une en logique médicale, autour de parcours de soins complémentaires est fortement mise en exergue par les professionnels interviewés, avant une logique de gestion, de management ou architecturale.

« Il n'existe pas véritablement de taille optimale de pôle, bien que des pôles trop importants (comprenant plus de 300 ETP par exemple) pouvaient présenter certaines difficultés de management et un risque de balkanisation¹⁶ ». Les professionnels entendus apprécient les pôles de cette envergure car cela facilite une gestion de proximité basée sur des relations plus directes. En revanche, la mutualisation des ressources est plus aisée sur des pôles ayant une taille plus conséquente, en particulier ceux qui ont des métiers rares.

L'organisation polaire a « été généralisée au plus près des professionnels du soin, mais le contenu des délégations de gestion est variable. Les contrats de pôles font état des objectifs d'activité, d'efficience médico-économique, de qualité ou encore de management et d'organisation ». On peut donc penser que, dans un contexte budgétaire contraint où la nécessité de coordination et d'arbitrage est prégnante, la délégation est plus restreinte. Le fait de limiter cette délégation permet sans doute de préserver un équilibre au niveau de l'établissement. « La régulation est de la responsabilité de la gouvernance de l'établissement qui doit garder la possibilité de redistribuer les moyens entre les pôles ». L'objectif est de conserver une possibilité de répartition équitable des ressources. On peut alors se poser la question des moyens attribués aux pôles pour atteindre ses objectifs. Pour optimiser cette délégation de gestion, l'ensemble des acteurs

¹⁵ DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D. et Al « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » Rapport des conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Mai 2013

¹⁶ Ibidem

souligne la nécessité de disposer d'outils homogènes. La participation des assistants de gestion est jugée primordiale, même si les cadres de pôles ont été formés.

« Les contrats de pôles ont contribué à la diffusion d'une culture d'établissement par l'évocation de valeurs et de projets communs, ainsi que d'objectifs fédérateurs. » Les professionnels ont évoqué le partage des projets essentiellement entre les unités, et font état du décloisonnement occasionné par cette organisation. Ils soulignent par ailleurs la nécessité de travailler plus souvent entre pôles.

« La mise en œuvre des projets de pôles a permis une responsabilisation des acteurs qui se sont pleinement investis dans le développement des parcours de soins et de la qualité. » Les cadres de pôles utilisent en ce domaine le projet de soins qu'ils déclinent avec les cadres de proximité dans le projet de pôles selon des priorités qu'ils ont définies.

Les missions confiées aux équipes de directions ont évolué : « les directions fonctionnelles sont davantage des « prestataires » pour les équipes dirigeantes des pôles, adoptant un rôle de conseil et d'accompagnement en fonction du niveau des délégations de gestion ». Les équipes de direction sont également garantes de la cohérence institutionnelle. Il est souhaité une coordination des actions notamment entre la DRH et la direction des soins.

Concernant le fonctionnement interne des pôles, on note une concertation relative des professionnels : « une insatisfaction partagée par tous les acteurs quant aux modalités de représentation et d'association au sein des pôles. ». S'inscrire dans une dynamique projet peut faciliter l'appropriation par les équipes, la concertation et la participation.

Nous voyons donc ici l'importance de fixer des orientations stratégiques partagées et concertées avec les pôles. Par son expertise, la direction a une responsabilité dans la construction d'outils de pilotage mais aussi de suivi et d'accompagnement des animateurs de pôles. L'accent doit être mis sur la concertation et l'expression des équipes pour renforcer l'idée de subsidiarité et de pertinence des orientations choisies.

1.2 L'impact de la gouvernance

La gouvernance hospitalière s'inscrit dans un mouvement de responsabilisation, de meilleure gestion et contrôle. Sont adoptés les principes de transparence et concertation. « La gouvernance d'entreprise est une forme de pilotage multi parties prenantes. Les décisions ne sont plus le fait d'un unique décideur, mais bien le fruit de la concertation après avoir soigneusement pesé le pour et le contre selon les différents

intérêts des parties prenantes¹⁷ ». La complexité à l'hôpital réside dans le fait que les parties prenantes sont multiples. Ce sont les personnels médicaux et non médicaux, les managers, mais aussi les financeurs publics et les usagers. La gouvernance clinique se caractérise par la délégation de l'organisation et d'optimisation du processus de soins à ceux qui sont directement impliqués. Les directions fonctionnelles se situent dans l'accompagnement, l'encouragement et la reconnaissance des acteurs. « Toute structuration organisationnelle, quelle qu'elle soit et où qu'elle se passe, nous semble mettre en jeu trois rubriques : la délégation des tâches, la coordination et l'évaluation¹⁸. »

1.2.1 Une évolution des missions des acteurs

Le passage d'une gestion centralisée à un modèle partagé, matriciel, est un véritable changement culturel. Ce mode de fonctionnement génère une implication de chacun dans les choix collectifs et la prise de décisions. Outre les changements d'organisation liés aux remaniements polaires, de nombreux changements d'ordre relationnel se sont opérés. Le directeur des soins doit donc adapter sa stratégie managériale et penser de nouvelles modalités de travail avec ses interlocuteurs que sont les chefs de pôles et les cadres de pôles. Il amène les professionnels à collaborer entre eux, à échanger dans une perspective d'efficacité institutionnelle. Si la plus-value en termes d'optimisation des moyens et de proximité de la décision est visible, elle doit apparaître de la même manière auprès des soignants en termes de qualité et d'organisation de prises en charge.

La contractualisation doit s'inscrire dans une logique de cohérence et de respect du projet stratégique de l'établissement. Les acteurs s'interrogent sur le transfert de la responsabilité de la direction vers les pôles. La gouvernance amène à se questionner sur les rôles de chacun et suppose de clarifier les processus décisionnels. Dans ce contexte de changement, se fait sentir le besoin de positionner l'encadrement, notamment en affirmant leur responsabilité dans le pilotage médico-économique et l'animation des équipes. Ce management de subsidiarité s'appuie sur une culture de résultats et d'évaluation. Il s'agit de réaffirmer les enjeux institutionnels de solidarité et d'équité afin d'éviter une balkanisation des pôles.

Les missions des acteurs clairement définies et affirmées constituent des repères structurants pour les équipes. Le découpage en pôles d'activité et les nouvelles lignes hiérarchiques sont des réorganisations majeures qu'ils doivent s'approprier. Il s'agit de concilier logiques administratives, médicales et soignantes, de partager les expertises et de créer une identité collective. Cela suppose de favoriser le dialogue et la concertation.

¹⁷ FERNANDEZ. A www.piloter.org/gouvernance-entreprise

¹⁸ MOISDON J., TONNEAU D. « La démarche gestionnaire à l'hôpital ». Tome 1 Editions 1999

C'est par une meilleure compréhension des objectifs du projet stratégique de l'établissement et d'une participation effective à sa construction que la mobilisation des professionnels sera plus forte. Le dialogue instauré avec les dirigeants du pôle facilite l'adhésion à des projets collectifs. Une meilleure connaissance mutuelle et plus une grande confiance sont des ressources certaines dans la mobilisation des acteurs. Cette gestion de proximité permet une souplesse et une meilleure réactivité dans l'utilisation des moyens mais aussi des innovations. Elle légitime davantage les décisions prises. Pourtant, à ce jour, « Les modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissent souvent insuffisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels étant perçus comme insuffisants. »¹⁹

Le rôle d'un manager défini par H. Mintzberg est un leader qui motive, qui assure les coordinations afin d'atteindre des objectifs partagés : « C'est un diffuseur d'informations, voire un porte-parole. C'est un régulateur, un négociateur, un répartiteur des ressources, un évaluateur qui sait se saisir des opportunités et innover. Enfin, c'est un gestionnaire de la complexité²⁰ ».

En référence à ces bases, nous tenterons de clarifier les attendus envers les acteurs du pilotage de l'établissement afin de mieux concevoir l'accompagnement nécessaire :

A) Le chef de pôle, un manager

Selon la loi HPST²¹, « Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés aux pôles. Il organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle... » L'autorité fonctionnelle est définie : « L'autorité fonctionnelle présente les caractéristiques du pouvoir hiérarchique avec ses trois composantes traditionnelles : le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel il s'exerce, le pouvoir d'annuler les décisions prises par les collaborateurs ainsi que le pouvoir de réformer leur décision²². »

¹⁹ DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D. et Al « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » Rapport des conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. 2013

²⁰ FERMON B., JANCOURT D., « Manager les établissements de santé : des compétences fortes en pleine évolution ». Revue hospitalière de France n° 542 Septembre – octobre 2011, p 18

²¹ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Art. 1

²² GUIDE ANAP. « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre » Novembre 2010

Le chef de pôle, nommé par le directeur, signe un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens alloués au pôle. Il met en œuvre la politique du pôle en cohérence avec la politique de l'établissement. La fonction de chef de pôle a donc été renforcée auprès de la direction et des équipes médicales et non médicales. Investi d'une autorité déconcentrée, c'est un acteur majeur de la gouvernance, il est à la fois praticien et manager de pôle. Son rôle décisionnel est prépondérant puisqu'il est responsable de l'ensemble du fonctionnement du pôle. Il est assisté des collaborateurs de son choix, le plus souvent un assistant de gestion et un cadre de santé, qui lui apporteront conseils et expertises nécessaires. Ce trio doit être solide pour piloter le changement.

« L'un des principaux dangers de la fonction de chef de pôle est un isolement qui s'avérerait nuisible au pilotage du pôle. Ce risque doit conduire à associer étroitement l'ensemble des personnels concernés à cette démarche²³ ».

B) Le cadres soignant de pôle, fédérateur, gestionnaire et porteur de projets

La fonction d'encadrement a profondément évolué ces 10 dernières années. La gouvernance a contribué à faire évoluer le contexte d'exercice des cadres et affirmé la nécessité de la valorisation de ceux-ci. Aujourd'hui le terme collaborateur est inscrit dans la loi. La composition de l'équipe de pilotage dépend du chef de pôle. En pratique, le trio de pôle demeure mais « le trio de pôle est en réalité un binôme entre le médecin et le cadre de santé²⁴ ». Le chef de pôle et le cadre de pôle forment une véritable équipe partageant des objectifs communs sur le développement des projets et de l'activité. Ils contribuent à l'amélioration du service rendu au patient, tout en respectant les crédits délégués et les objectifs fixés. Le cadre de pôle optimise des ressources qui ne se limitent plus au service, tout en recherchant une meilleure qualité des soins. Il organise, gère et évalue les activités et peut prendre des initiatives dans un périmètre plus large. « Les cadres de pôles sont amenés à compenser l'absence très fréquente de moyens humains de gestion dans le pôle²⁵ »

Actuellement, la collaboration et la complémentarité du cadre de pôle et du cadre assistant de gestion en font des personnes ressources au sein de leur pôle pour analyser et expliquer l'information médico-économique qu'ils utilisent comme un moyen de pilotage de l'activité médicale et soignante. La compétence collective du trio de pôle est reconnue

²³ NOBRE T., LAMBERT P. « Management des pôles. Regards croisés, enjeux et défis » BENDEIRA J, CALMES G, GLARDON Ph « Quel (re)découpage pour les pôles ? » Santé social, Dunod 2012

²⁴ ZEGGAR H. ; VALLET G « Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans établissements de santé. » Rapport IGAS Février 2010

²⁵ ZEGGAR H. ; VALLET G « Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans établissements de santé. » Rapport IGAS Février 2010

Le cadre soignant de pôle, au cœur du dispositif de la gouvernance, voit sa place renforcée dans les processus de décision stratégique et opérationnelle. Il est un acteur incontournable pour la direction et le chef de pôle. Il est partie prenante pour les projets d'amélioration des organisations, de la démarche qualité et gestion des risques en prenant en compte les composantes de performance et de gestion.

Certains sont associés à l'élaboration et à la négociation des contrats de pôles avec les médecins. Les notions de performance médico-économiques sont intégrées par la mise en œuvre du contrat et du projet de pôle. La culture du résultat attendu mobilise l'encadrement. « Les missions semblent plus claires pour les cadres de pôle lorsqu'ils sont soumis à l'obligation de résultats observés et observables²⁶ ». Il existe, à contrario, de fortes attentes relatives aux marges de manœuvre accordées aux chefs et cadres de pôles en matière de délégation budgétaire, de recrutement et fidélisation des compétences, de sécurisation des prises en charge. Aussi, les attributions des différents acteurs doivent être clarifiées pour éviter les désillusions.

Les cadres sont des leviers majeurs pour accompagner et promouvoir le changement. Dans son rapport sur la mission des cadres hospitaliers, Chantal de Singly fait part en septembre 2009 des constats suivants « Maillon central ; pilier du service, clef du changement, référence permanente et solide²⁷ ». Le cadre de pôle doit avoir des capacités à gérer et accompagner le changement. Il est un vecteur de la politique de soins, et en communique les orientations. Il impulse auprès de l'encadrement de proximité une dynamique de mise en œuvre des projets institutionnels et notamment le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (PSIRMT) pour faire évoluer l'organisation des activités. Il anime l'équipe de cadres de manière à favoriser l'expression des spécificités autour d'un projet commun. Etre en responsabilité directe nécessite charisme et autorité pour prendre des décisions et être capable d'influencer les cadres de santé et les soignants. Cela requiert du savoir-faire dans la conduite du changement dans un environnement complexe et mouvant et nécessite d'intégrer les contraintes multiples : humaines relationnelles, administratives, économiques, technologiques, médicales et réglementaires. De solides capacités d'adaptation et de mise en cohérence de logiques très différentes sont nécessaires.

La définition des responsabilités et des missions reste essentiel pour légitimer et reconnaître la fonction de cadre de pôle. L'hétérogénéité des activités et responsabilités du cadre de pôle implique la maîtrise de connaissances et des compétences managériales. Il se retrouve en position de responsabilité et non plus d'application des

²⁶ GUILLON A., « Vers une nouvelle identité professionnelle pour les cadres supérieurs de santé ? », Soins cadres n° 86 mai 2013

²⁷ de SINGLY C., « Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers », 11 septembre 2009

décisions prises au niveau de la direction des soins. Les nécessaires capacités d'initiatives, d'autonomie et de prise de recul requièrent un accompagnement.

C) Le directeur des soins, une dimension politique et stratégique, un rôle d'accompagnement

Le directeur des soins mobilise l'encadrement sur lequel repose la réussite du changement, car ce sont les cadres qui vont démultiplier les messages auprès des équipes. « La loi HPST introduit des changements importants dans le système de soins... L'organisation à l'hôpital évolue vers un mode plus managérial où les relations au sein de l'établissement deviennent plus contractuelles passant par la définition d'objectifs et d'évaluation des résultats²⁸ ». Le directeur des soins « anime et coordonne l'activité des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats²⁹ ». Cette loi positionne le directeur des soins comme membre de droit du directoire. Il y est porteur des orientations et de la politique de soins. Il est question de l'adaptation de l'offre de soins à la population, de la pertinence des soins, des organisations et des parcours patient.

Les directeurs des soins ont repensé leur organisation vers un fonctionnement plus matriciel. Le positionnement du directeur des soins se situe en appui méthodologique, il laisse une plus grande autonomie aux cadres de pôles dans la gestion et le management. Sa mission consiste à mettre en cohérence les initiatives du pôle avec le projet d'établissement, à assurer un arbitrage. La nature du lien entre les managers de pôles et les directions fonctionnelles est à penser. Les directions fonctionnelles ont un rôle de conseil auprès du chef de pôle, appui dans leur domaine de compétences sur des questions complexes. Au plan de la coordination, elles sont garantes de la cohérence des projets et d'un équilibre général. Toutefois, pour certains « Les relations « prescrites » avec les directions fonctionnelles restent très hiérarchiques, fondées sur la commande, l'ordre et le contrôle³⁰ » « L'organisation polaire suppose à la fois de clarifier les processus de décisions à l'hôpital, de maintenir les grands équilibres sociaux et économiques par la réaffirmation de l'unité institutionnelle, et d'amener les équipes de direction à modifier en profondeur la vision de leur métier, leur positionnement et leur organisation. »³¹ La logique de collaboration avec les cadres de pôles se substitue désormais à la ligne hiérarchique. Les pratiques managériales se transforment : une relation contractuelle et une responsabilisation des professionnels s'instaurent. Le décloisonnement et la transversalité

²⁸ Mission DGOS-CNG, «Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement de santé et en institut de formation », Mars 2010

²⁹ EHESP « Référentiel de compétences des directeur des soins », Mise à jour décembre 2013

³⁰ Ibid

³¹ ZEGGAR H. ; VALLET G « Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans établissements de santé. » Rapport IGAS, Février 2010

sont favorisés par un management en mode projet. La mesure des enjeux institutionnels est réelle et la cohérence est assurée par le projet partagée. Le directeur des soins veille donc au respect de cette cohérence institutionnelle, notamment par la prise en compte par les pôles des orientations définies par l'établissement. Il veille au respect d'une harmonisation des pratiques et à l'équité des ressources entre les pôles. Il définit un projet managérial décisif pour la réussite de la mise en œuvre des orientations stratégiques. Dans un environnement socio-économique complexe, gérer la performance est un enjeu pour le directeur des soins. En collaboration avec l'encadrement, il conduit le changement, repense les organisations et les modes de fonctionnement. Il impulse une culture d'objectifs et de résultats.

Le directeur des soins a un rôle d'accompagnement et de conseil auprès des cadres. Cette aide se traduit sur divers plans : conseils managériaux, aide à la résolution de problème, avis sur les organisations. Il identifie les expertises de l'encadrement, évalue les besoins de renforcement voire d'acquisition de nouvelles compétences. Il mène une politique de valorisation des cadres. Celle-ci est basée sur plusieurs axes : clarification du positionnement de l'encadrement, association des cadres au processus de décisions, professionnalisation, mise en œuvre d'une communication structurée.

Le directeur des soins est garant de la qualité des interactions avec l'encadrement par un mode relationnel adapté et une transparence de l'information. Cette forme de communication est elle-même reprise par les cadres afin de générer du lien au sein de leurs équipes. La cohérence du groupe cadre s'obtient par la structuration de l'équipe et un mode de communication managériale efficace. Pour Maurice Imbert, la communication managériale est un outil de management « la communication managériale correspond au besoin de donner du sens et des valeurs à des encadrants qui n'y croient plus et à des salariés égarés³². » Le directeur des soins est « l'animateur et le coordinateur de l'équipe de cadres supérieurs, des cadres de santé. Il est le garant de l'harmonie institutionnelle de l'équipe soignante. »³³ En l'absence de rétro-information et d'échanges du cadre de pôle avec le directeur de soins l'objectif initial de transversalité au sein de l'institution peut être limité. En effet, le directeur des soins peut, dans ce cas, méconnaître les organisations de soins et l'évolution des activités. Il ne pourra pas définir d'orientations stratégiques collectivement partagées. C'est bien par sa connaissance des différents pôles qu'il peut créer du lien. Le cadre de pôle doit, pour sa part, pouvoir se référer au directeur des soins pour conseil et expertise et connaissance d'une ligne de conduite institutionnelle.

³² IMBERT M. « La communication managériale : une nouvelle discipline ». Cahier de la communication interne n°20, AFCl, mars 2007

³³ TOUPILLIER D, YAHIEL D., « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les EPS » Janvier 2011

1.2.2 La nécessité d'une stratégie managériale définie au plan institutionnel

La communication managériale décrite précédemment nécessite un engagement global de l'équipe de direction qui donne le sens et fixe un cap en associant les médecins et l'encadrement de toutes les filières.

A) Le positionnement et la posture de l'encadrement

L'appropriation progressive par la communauté hospitalière de nouveaux modes de fonctionnement et de coordination s'instaure. Réussir la réorganisation de l'hôpital autour des pôles suppose du temps. La conduite du changement s'appuie sur un travail commun de définition des orientations d'établissement et sur une stratégie managériale institutionnalisée.

L'inflation des exigences, la contrainte nécessitent une animation et une coordination de l'équipe d'encadrement pour donner sens et finalités aux projets. La politique managériale vise à associer l'encadrement aux décisions stratégiques et opérationnelles pour une mobilisation des équipes. La performance managériale du directeur des soins réside en sa capacité à mobiliser les cadres. Travailler ensemble sur les activités, les processus de prises en charge, les organisations et les possibles innovations est un moyen de rendre compréhensibles les objectifs des uns et autres. Le projet managérial s'appuie sur des notions de leadership. Manager avec leadership, c'est motiver, entraîner et donner du sens. La conduite de changement s'appuie sur cette dynamique collective qu'il faut susciter. Le travail en collaboration favorise l'émergence d'approches nouvelles et permet de capitaliser les expériences. L'encadrement favorise le questionnement sur les habitudes de travail et crée des espaces pour une prise de recul nécessaire. La politique de soins déclinée au sein de l'institution doit permettre aux équipes de percevoir la finalité des actions entreprises pour qu'ils s'y investissent. L'enjeu du management est donc essentiel. Cela suppose un positionnement fort et une structuration de l'équipe d'encadrement par la direction.

L'accession à une plus grande autonomie, et le relais souhaité pour porter les réformes n'est possible que par une démarche d'accompagnement au changement et de gestion des compétences collectives. Cela implique de créer du lien entre les différents professionnels et de les amener à travailler ensemble.

B) Le management collaboratif

Le principe du management collaboratif est de mettre à disposition des autres et du collectif ses compétences. Il repose sur « quatre piliers³⁴. Le premier est la confiance qui est renforcée par le sens donné, la sincérité et l'authenticité dans les relations ». Le directeur de soins fixe une ligne de conduite et pose des actes en toute transparence avec les cadres de pôles.

Le second concerne le choix, élément essentiel, « c'est la liberté donnée à une personne à s'engager de manière volontaire, en connaissance de cause et en assumant les conséquences.³⁵» L'autonomie du cadre de pôle suppose la définition d'un cadre avec des objectifs négociés et évaluables.

Le troisième relève de la coopération et désigne l'idée de travailler conjointement avec plusieurs personnes. Le soutien psychologique et technique du groupe est essentiel.

Enfin, la convivialité est indispensable, elle « désigne la qualité et le caractère positif et agréable des relations entre les personnes.³⁶» De nouveaux comportements s'instaurent entre les acteurs qui ne sont pas accoutumés à coopérer aussi étroitement.

C) La communication managériale

Le directeur des soins crée une dynamique qui permet d'instaurer un lien autre que hiérarchique avec l'équipe d'encadrement. Il a un positionnement plus transversal. La communication managériale nécessite de développer la capacité d'écoute, de négociation et de pédagogie. Elle s'appuie sur des principes de transparence de l'information et des relations de confiance. Elle nécessite de la disponibilité lorsque le collaborateur exprime une demande. La communication, c'est aussi apporter une aide à la décision par le questionnement et l'analyse de pratiques.

D) La politique de formation et d'accompagnement

La formation et l'accompagnement des cadres pour conduire le changement est un sujet majeur. La professionnalisation des cadres supposent de définir les attentes et besoins des acteurs, et d'avoir une posture de soutien et d'aide.

³⁴ BOYER F., [www/JDN/L'économie demain](http://www/JDN/L'économie%20demain), 11/10/2012

³⁵ Ibidem

³⁶ Ibidem

2 L'exploration de terrain dans des contextes différents

La place des acteurs dans les établissements de santé et les interactions, nous l'avons vu, ont évolué. Une exploration de terrain a été menée dans l'objectif de répondre à la question de départ : « **En quoi la gouvernance et le transfert de responsabilité fait il évoluer la place des acteurs et nécessite un nouvel accompagnement des cadres de pôles par le directeur des soins ?** ». Les activités et missions confiées aux cadres de pôles, ainsi que leur zone d'autonomie ont été investiguées. Les entretiens ont permis de mesurer les stratégies managériales mises en place, de comprendre les points de vue et d'évaluer les attentes des différents acteurs en vue de proposer aux cadres de pôles un accompagnement adapté dans notre fonction future.

2.1 La méthodologie de recherche

Au cours de notre expérience professionnelle et à la suite d'observations en stage, nous avons pu observer une hétérogénéité des stratégies d'accompagnement des cadres de pôles par le directeur des soins. Ceci nous a permis d'enrichir le questionnement à mener auprès des acteurs.

Les hypothèses initiales ont permis de guider nos investigations :

Hypothèse n° 1 :

Les missions du directeur des soins, des cadres de pôles et chefs de pôles, bien que formalisées, sont insuffisamment explicitées. Les zones et les limites d'interventions de chacun peuvent être floues et favoriser les malentendus.

Hypothèse n° 2 :

Les cadres de pôles ont une autonomie de gestion. Lorsque le contexte budgétaire est contraint, ils sollicitent plus volontiers un appui du directeur des soins pour un arbitrage équitable entre les pôles.

Hypothèse n° 3 :

Les missions complexes des cadres de pôles nécessitent un accompagnement.

Des entretiens menés auprès des intervenants et tuteurs de la formation ont permis de valider l'intérêt de la thématique de travail et de mieux cerner son contour. La recherche documentaire a élargi la réflexion et nous a permis de formuler des hypothèses qui ne sont pas exclusivement locales et dépendantes d'un contexte. Les ouvrages et revues relatifs au contexte réglementaire, aux stratégies managériales, aux concepts en sociologie ; ainsi que l'actualité sur la gouvernance ont été des supports précieux. Pour

compléter l'étude, nous avons procédé à l'analyse des documents institutionnels en relation avec la thématique. Des recherches sur la formalisation de la gouvernance au sein des établissements ont été menées : examen du règlement intérieur, du projet managérial, de chartes de fonctionnements, des contrats de pôles, des fiches de mission.

La réflexion s'est poursuivie tout au long de la conduite de notre travail et a été enrichie par des travaux complémentaires, réalisés au cours des stages et relatifs à la délégation de gestion des ressources humaines et des investissements matériels aux pôles. Ces stages ont permis une observation des comités de direction, de la structuration de l'équipe d'encadrement par le directeur des soins, ainsi que son organisation : réunions d'encadrement, rencontres individuelles entre le directeur des soins et les cadres de pôles, coordination avec les réunions polaires afin de mieux cerner la stratégie managériale.

Nous avons pu mener des entretiens semi directifs d'une durée moyenne d'environ trois quart d'heures auprès de directeurs, et managers de pôles. Ceux-ci ont été menés sous la garantie de l'anonymat des personnes et des lieux. Ils ont pu être enregistrés afin de pouvoir en extraire le verbatim. Les entretiens ont été menés avec une grille thématique adaptée à chaque catégorie de professionnel. Les grilles d'entretiens (annexe 1) et d'analyse (annexe 2) ont été construites à partir d'une première réflexion. Les supports ont été enrichis après un entretien mené auprès de chaque catégorie de professionnels. L'objectif de ces entretiens n'est pas de comparer deux établissements mais de mettre en lumière une situation managériale qui peut être impactée selon le degré de maturation des organisations polaires, une situation budgétaire, la taille de l'établissement, et la dynamique engagée par l'ensemble des acteurs.

2.1.1 Présentation des établissements et des personnes interviewées

A) Les établissements

La recherche a été menée auprès de deux établissements différents, terrains de stages, à savoir :

- Un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'une capacité totale de 2445 lits et places, répartis sur 5 sites de soins et d'hébergement, avec des effectifs totaux de 9649 personnes (2171 personnels médicaux et 7478 personnels non-médicaux).

L'établissement est composé de 11 pôles (8 d'activité clinique, et 3 médico-techniques) d'une capacité d'accueil variable de 91 à 579 lits et places.

L'état Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) prévoit un déficit et des mesures d'économie sont mises en place avec un retentissement notamment sur les mensualités de remplacement.

Le management institutionnel est basé sur des modalités participatives avec une autonomie et une responsabilisation des managers de pôles relatives à la gestion des ressources humaines et à la définition des organisations. Un dialogue est instauré avec la direction. Les chefs de pôles et cadres supérieurs de pôles sont intégrés aux réflexions stratégiques et prennent des engagements de suivi d'activité et de rationalisation du potentiel humain et matériel. La direction du pôle est assurée par un quatuor.

Les directions fonctionnelles travaillent en étroites collaborations et ont des missions d'appui aux pôles dans les différents projets. On peut noter la parfaite coordination des actions entre la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la direction des soins.

La délégation de gestion est organisée, le suivi des objectifs est assuré avec les directions fonctionnelles par les conférences budgétaires et stratégiques.

- Un Centre Hospitalier (CH) établissement pivot du département, d'une capacité totale de 1673 lits et places, répartis sur deux sites pavillonnaires, avec des effectifs totaux de 3436 professionnels (531 personnels médicaux 2905 personnels non médicaux).

L'établissement est composé de 10 pôles.

L'EPRD est déficitaire et des mesures immédiates de réduction des mensualités de remplacement ont été prises au second trimestre 2014.

Le rôle des instances de pilotages est diffusé et les responsabilités des directions fonctionnelles, des chefs et cadres de pôles sont affichées. La directrice de l'établissement a décliné le principe de subsidiarité. Les modalités de pilotage des projets institutionnels ont permis une acculturation à la démarche d'évaluation médico-économique.

La délégation de gestion est large : l'intégralité des effectifs de fonctionnement et de remplacement sont affectés aux pôles. Un dialogue de gestion est institué entre la directrice des ressources humaines tous les trimestres, le chef de pôle et le cadre de pôle. La direction des soins n'y participe pas. Elle est uniquement sollicitée pour une aide en cas de dépassement. Les deux directions fonctionnelles travaillent ensemble sur la gestion prévisionnelle des compétences.

Au sein des pôles, une dynamique de prise en charge coordonnée entre les unités est effective. La mutualisation des ressources est organisée et pilotée par le cadre de pôle. Si on observe une solidarité inter-services au niveau des pôles, cette transversalité est assez peu développée au plan institutionnel. Les pôles restent très cloisonnés et centrés sur leurs projets. Cette situation s'est renforcée avec les mesures d'économies annoncées.

B) Les personnes auditées

Plusieurs catégories de professionnels ont été auditées afin de mesurer les attentes respectives en matière d'accompagnement par le directeur des soins.

Ainsi, au CHU, ont été entendu le coordonnateur général des soins, trois chefs de pôles, cinq cadres supérieurs de pôles.

Au CH, ont participé le chef d'établissement, le coordonnateur général des soins un directeur des soins, deux chefs de pôles, cinq cadres supérieurs de pôles.

Au total, 20 professionnels ont exprimé leurs attentes, dont 2 chefs d'établissement, 2 coordonnateurs des soins, 1 directeur des soins, 5 chefs de pôles, 10 cadres supérieurs de pôles. Tous ont pu relater leur vision de la gouvernance et son impact sur le management, les relations avec les autres acteurs. Les attendus relatifs à leur mission et leurs éventuelles difficultés, ont été détaillés ainsi que leur besoin en formation. Leurs attentes vis à vis des directions fonctionnelles et du directeur des soins en particulier ont mis en évidence la notion de conseil et d'appui. Certaines rencontres n'ont pu être menées dans les délais impartis, notamment auprès des cadres de santé qui auraient pu présenter leurs attentes vis à vis du trio de pôle et de la direction des soins et les modalités de participation. Il en est de même pour le président de CME. N'ayant pu mener tous les entretiens sur les lieux de stage, un des directeurs est issu d'un autre établissement.

2.1.2 Les points forts et limites de l'enquête

Les informations ont été recueillies auprès de professionnels issus de deux établissements hospitaliers. Le recueil d'informations et le traitement des données sont donc limités dans le temps et l'espace. Le choix des professionnels à auditer a parfois été orienté. Ceci a pu en partie être limité par une prise de contacts directs, sur consultation des organigrammes. Les personnes ont répondu spontanément et favorablement à la demande d'entretien.

Même avec une garantie d'anonymat, certains ont probablement émis une réserve à l'expression du fait d'une présence en stage. Le statut de directeur des soins a pu

également participer à ce phénomène. Toutefois, les échanges ont été constructifs et certains questionnements ont été renvoyés en miroir.

L'absence de point de vue de cadres de proximité peut être une limite à l'analyse de la mise en application concrète des démarches engagées par les managers notamment du dialogue et de la concertation avec les équipes.

Ce recueil de données est plus qualitatif que représentatif des établissements de santé au plan quantitatif. Néanmoins, il permet une réflexion personnelle sur les modalités possibles d'accompagnement des cadres de pôles. Cela nous permettra de guider nos actions futures.

2.2 Point de vue des acteurs : analyse thématique

L'analyse thématique des entretiens auprès des acteurs permet d'identifier les attentes respectives, de mesurer les interdépendances et limites d'intervention sur les différents champs de responsabilité entre les professionnels. Chacun décrit sa vision de la gouvernance et les modalités de management qui en découlent. Les attentes vis à vis des cadres de pôles sont énoncées. Ces derniers présentent leurs missions et expriment leurs besoins. Ainsi, quelques préconisations relatives à l'accompagnement par le directeur des soins pourront être proposées.

2.2.1 Les organisations posées par les directeurs d'hôpitaux et leurs attentes vis-à-vis des acteurs

L'impact de la gouvernance : construction collective des orientations stratégiques, responsabilisation et forte délégation de gestion

La gouvernance est définie par les directeurs comme la question du management et de l'impulsion donnée pour construire collectivement le projet d'établissement et le faire vivre. Le principe d'un projet élaboré conjointement avec l'ensemble de l'encadrement est posé comme un critère de réussite et porteur d'une dynamique institutionnelle. Cela sous-tend une concertation très régulière et un diagnostic partagé avec les professionnels et les instances. Les directeurs souhaitent construire le management de demain, apte à piloter et donner du sens au changement, à valoriser les actions entreprises.

La délégation de gestion implique de laisser une autonomie aux dirigeants des pôles, de les responsabiliser et leur donner la possibilité et les moyens d'une prise de décision. « Il faut donner aux pôles plus de liberté et de souplesse, de créativité pour conjuguer les obligations que nous avons, les moyens, le choix d'affectation des

ressources, et réaliser des arbitrages. »³⁷ Le pôle doit avoir des objectifs clairement définis dans un contrat de pôle actualisé. Celui-ci présente l'intérêt de donner des orientations et des règles du jeu collectives définies dans le projet stratégique. Ce contrat est élaboré à partir d'un cadrage institutionnel qui permet aux responsables de connaître la marge de manœuvre dont ils disposent. « Nous devons partager une vision commune sur le rôle des uns et des autres, et ce qui est bon pour l'institution et les malades d'aujourd'hui et de demain. »³⁸ Au CHU, en revanche, le contrat de pôle n'est pas utilisé. Les orientations définies en instances de pilotage sont présentées largement. Il existe une volonté forte de délégation de gestion, en ce qui concerne notamment les effectifs médicaux et paramédicaux, la formation et la gestion du matériel. Pour piloter, les chefs de pôles disposent d'informations précises et de modalités d'évaluation des objectifs. Les dialogues de gestion sont des outils de pilotage qui se sont enrichis au fil des expériences. Des moments réguliers de concertation entre les directions fonctionnelles expertes, les chefs de pôles et cadres de pôles, sont utilisés comme des moyens de pilotage communs et non pas exercés comme un simple contrôle. Ces temps sont programmés régulièrement de manière à procéder à des réajustements précoces. Ils permettent de procéder aux meilleures allocations de ressources. Le rôle des assistants de gestion est reconnu comme primordial afin d'analyser les tableaux de bord, d'assurer un suivi et de proposer au chef de pôle une expertise.

La nécessité d'avoir une connaissance précise des missions et de ses partenaires afin d'agir dans la complémentarité est soulignée. Les attributions des différentes instances comme le directoire, la CME, ou les réunions de concertation (assemblées de responsables de pôles, collèges de l'encadrement) sont expliquées. L'ensemble des managers doit se sentir concernés par les questionnements et le partage des objectifs pour une prise de décisions éclairée. Pour cela, les impliquer précocement dans les projets et expliquer les enjeux est indispensable. Néanmoins, pour les chefs d'établissements rencontrés, il reste une maturité à acquérir par tous les décideurs, directions fonctionnelles, chefs de pôles et cadres supérieurs de pôles, par rapport à ce mode de management collaboratif. Aussi, tous réfléchissent à améliorer les modalités de concertation et les outils de la gouvernance. Des questionnements émergent, notamment sur le niveau d'ajustement du conseil et d'accompagnement proposés par les directions.

³⁷ Propos d'un directeur d'hôpital

³⁸ Ibidem

Les attentes vis-à-vis des directions fonctionnelles : expertise pour une prise de décisions éclairées des responsables de pôles, coordination

Les attentes vis-à-vis des directions fonctionnelles sont clairement exprimées. Celles-ci doivent repenser leurs actions par rapport à l'autonomie laissée aux pôles. « Ce sont les chefs de pôles qui décident. Je veux transformer les directions fonctionnelles en un prestataire de service des différents pôles. » Les notions d'expertise, d'appui et de conseil par les directeurs sont prégnantes, en parallèle d'une très large délégation de gestion accordée aux acteurs de proximité. Pour cela, les responsables de pôles doivent « s'être approprié le principe de la gouvernance et en tirer les conséquences dans le quotidien ». Il s'agit pour eux de décider de manière éclairée, de mobiliser les équipes et d'accompagner les changements nécessaires. « Il faut que le directeur adjoint soit capable de transformer son mode fonctionnel, non pas en une direction verticale mais en un prestataire transversal. Il est à côté, il ne fait que de la coordination. Il est là pour motiver et coordonner et pour vérifier que tout va dans le bon sens ». Ainsi il est garant du lien entre les différentes directions, de la cohérence et pertinence des projets polaires avec le projet d'établissement. Il facilite l'avancée des travaux par les ressources techniques dont il dispose.

Les attentes vis-à-vis du directeur des soins : management de l'encadrement, décloisonnement, innovations organisationnelles, qualité des pratiques professionnelles

Concernant le directeur des soins, les attentes sont également ciblées sur son expertise, à savoir la garantie de la qualité des pratiques professionnelles, la sécurité des soins, les organisations et la gestion des compétences. C'est également une direction qui fixe des objectifs par la politique de soins et donne du sens. Le directeur des soins est perçu comme initiateur de nouvelles pratiques, d'innovations dans les organisations. S'il ne dispose pas d'une expertise dans tous les domaines du soin, il partage avec ses collègues directeurs de soins pour apporter une nouvelle vision et susciter la réflexion auprès des cadres. Le partage des expériences, l'analyse de pratique qu'il impulse doit amener à améliorer les prestations. Il a un rôle d'animateur et de soutien pour faire émerger les idées novatrices et les questionner.

Le projet managérial doit s'intéresser aux modalités d'accompagnement de l'encadrement, de renforcement de leur positionnement au plan institutionnel. C'est pourquoi, le directeur des soins est aussi perçu comme un « manager dirigeant », en capacité d'animer le groupe de cadres de pôles dans un travail collectif visant à décloisonner l'hôpital. L'enjeu est de générer du lien entre les professionnels médicaux et non médicaux. Il aide les cadres de pôles à se décentrer de leur quotidien, à réfléchir aux enjeux pour l'établissement. Le rôle du directeur des soins est « d'organiser le travail pour

les collaborateurs, de telle manière qu'ils puissent donner le meilleur d'eux-mêmes, c'est-à-dire de l'équité dans la répartition, et avoir de bonnes idées organisationnelles qui font gagner du temps. » Le principe de subsidiarité reste fondateur. En effet, le directeur des soins ne fait pas à la place du cadre de pôle mais l'amène à réfléchir et se positionner à la fois au plan polaire et institutionnel. Il réalise les arbitrages nécessaires à la transversalité des projets et à la distribution des ressources. Le transfert des responsabilités aux cadres de pôles par la délégation de gestion, notamment en matière d'effectifs, génère de l'incertitude. Le directeur des soins doit donc travailler en coordination avec la DRH sur ce point. Enfin, les directeurs souhaitent qu'il apporte un éclairage auprès des autres directions fonctionnelles lors de l'élaboration d'un certain nombre de projets. Comme nous l'avons vu, c'est le cas pour la gestion des compétences et leur mise en adéquation à l'activité.

Les attentes vis-à-vis des cadres de pôles : vision institutionnelle, appui au chef de pôle

Vis-à-vis des cadres de pôles, les attentes sont en premier lieu d'avoir une compréhension fine de l'organisation institutionnelle, du travail en réseau et des activités du pôle car ils ont un rôle d'appui auprès du chef de pôle et une expérience managériale. Les directeurs soulignent leur nécessaire implication dans la mise en œuvre d'actions transversales afin d'éviter un trop fort cloisonnement. Ceci est parfois difficile car leur appartenance au pôle est marquée et leur responsabilité vis-à-vis du chef de pôle est forte. C'est pourquoi, les chefs d'établissement insistent sur le rôle de coordination du directeur des soins. Ils attendent surtout que le cadre de pôle sache rendre compte, auprès de son supérieur hiérarchique qu'est le directeur des soins, de l'atteinte des objectifs transversaux. « Le risque d'autonomie existe si on n'a pas de règles, si on n'a pas d'entretiens en face à face en reporting tous les mois. Le reporting c'est quoi ? Les principales avancées de la période, un blocage qui s'annonce, la conduite des projets. Si on n'organise pas bien la structure managériale du dialogue entre le directeur des soins et les cadres de pôles, on va avoir quelque chose qui est vécu en termes de pouvoir, de contrôle. » Aussi un directeur insiste sur le lien de confiance à tisser entre le directeur des soins et les cadres de pôles, sur le dialogue afin de produire collectivement. Ils affirment la nécessité de positionner et reconnaître la légitimité de l'encadrement.

2.2.2 Les missions confiées aux chefs de pôles et leurs attentes

Les chefs de pôles interviewés exercent, pour la moitié d'entre eux, leur second mandat. Tous ont au préalable eu des fonctions de chef de service ou se sont investis au plan institutionnel dans des instances ou groupes de travail.

L'impact de la gouvernance et de la délégation de gestion : le rôle bien établi des chefs de pôles, des responsabilités assumées mais déléguées largement aux cadres de pôles

La notion de gouvernance est perçue comme claire par tous les chefs de pôles dans la mesure où leurs missions sont établies, ainsi que celles du cadre de pôle et des directeurs de pôles. Elles ont été explicitées au plan institutionnel par un règlement intérieur. Les contrats de pôles sont révisés annuellement et les objectifs fixés et évalués dans un des établissements. Les chefs de pôles sont parties prenantes dans l'élaboration du projet d'établissement. Ils travaillent avec le président de CME et la direction, dans une dynamique projet.

Au CH, la délégation de gestion est jugée comme très poussée avec des enveloppes dédiées et un suivi très régulier de l'atteinte des objectifs au niveau de la gestion des ressources humaines. Les directeurs donnent de plus en plus d'autonomie et souhaitent responsabiliser les chefs de pôles. Toutefois, dans un contexte très contraint, certains soulignent le fait de devoir se « débrouiller » pour organiser les choses. Nous observons le souhait d'avoir des éclairages et des échanges afin de trouver des solutions aux problématiques. La nécessité d'arbitrages entre les pôles par un tiers est soulignée dans un objectif d'équité. Dans un contexte budgétaire très contraint et un EPRD à rééquilibrer, l'exercice est perçu comme très difficile « avec une pression très, très forte. Des choix stratégiques, en dehors des pôles de soins, doivent être réalisés par le directoire, par exemple on peut externaliser certaines activités ou remettre en cause des investissements ». ³⁹ On perçoit la nécessité d'une prise de décision au plan collectif. Les priorités sont à établir, y compris en dehors du domaine du soin.

Vision de leurs propres missions par les chefs de pôles : interlocuteur à l'interface des directions et du corps médical, répartition des rôles avec le cadre de pôle et le gestionnaire pour l'atteinte des objectifs avec les professionnels de terrain

Les chefs de pôles sont les interlocuteurs directs des responsables d'unités. Ils créent du lien entre les équipes médicales et réalisent l'interface avec les équipes de directions qui les sollicitent beaucoup. « Le rôle du chef de pôle, c'est d'expliquer, réexpliquer. Je suis frappé de deux logiques, on croit se connaître et le langage n'est pas le même. On est le modérateur dans une situation qui est difficile parce qu'elle est vécue dans un milieu contraint ». La notion d'un dimensionnement du pôle adapté est soulignée dans la mesure où il permet une gestion de proximité, qu'il facilite l'écoute et le travail en commun. Des bureaux de pôles composés de l'encadrement médical et paramédical des

³⁹ Propos d'un chef de pôle

unités sont constitués. Les chefs projets y font part de l'avancée de leurs travaux pour un éclairage et un arbitrage. La dynamique est centrée sur la gestion de projet et leur plus-value en termes d'efficacité. La gestion des enveloppes relatives à l'achat d'équipements crée une émulation puisqu'elle nécessite de poser un état des lieux, de se questionner sur les redondances et la possible mutualisation de moyens.

Les attentes vis-à-vis des directions fonctionnelles : conseils, appui et arbitrage dans un contexte contraint

Les chefs de pôles interrogent la nature du lien avec les directions fonctionnelles et revendiquent leur rôle de décideur avec la nécessité d'un partage des informations et le souhait d'être conseillé. Ils sont très souvent sollicités par ces directions fonctionnelles, car ils sont devenus l'interlocuteur unique. Cela met en évidence, pour eux, une reconnaissance de leur fonction et leur permet en retour d'avoir un contact direct et régulier, facilitateur. Les études médico-économiques, proposées par la direction des finances, lors de la construction de projets leur permettent de se projeter et valider ou réorienter plus rapidement les actions. Le rôle d'appui est présenté en ce sens. On observe une prédominance d'une logique médico-soignante par rapport à une logique médico-économique. Le directeur de pôle est perçu comme un relais auprès de l'équipe de direction et un conseiller pour les dialogues de gestion.

La coordination de la politique de gestion des ressources humaines entre la DRH et la direction des soins est présentée comme une réelle plus-value car les deux fonctions sont complémentaires pour adapter les compétences à l'activité. Le travail entre ces deux directions est unanimement cité en priorité et perçu comme essentiel. La direction des soins reste le garant du seuil en deçà duquel on ne peut réduire les effectifs sous peine de prendre un risque. « La direction des soins donne un équilibre vis à vis d'une logique financière. Elle doit être dans le dialogue pour une évaluation des moyens et des compétences que l'on peut affecter au regard d'une activité. » Une recherche de la triangulation de la relation DRH, directeur des soins, cadre de pôle ou chef de pôle, sur la validation des enveloppes de remplacement notamment est mise en avant. Par le dialogue et la concertation instaurés avec les cadres de pôles, des réorganisations plus structurelles doivent être menées au profit d'un seul arbitrage quantitatif des ressources. Cette expertise auprès des cadres de pôles procède d'une aide à la décision et reste un appui pour la validation de choix qui s'avèrent difficiles. C'est également un gage de cohérence institutionnelle car la répartition de l'effort collectif entre les pôles est attendue.

Les attentes vis-à-vis du directeur des soins : innovation, expertise, arbitrage

Le directeur des soins est perçu comme une personne ressource dans la proposition de nouvelles formes d'organisations, dans la réflexion sur les nouveaux métiers et compétences nécessaires à la coordination des parcours de soins. Les pôles ont besoin d'écoute, d'éclairages et de modèles différents pour enrichir leurs projets. Ils réclament des arbitrages entre les projets qui peuvent être en opposition.

Les attentes vis-à-vis des cadres de pôles : confiance, expérience en management, gestion de projet

Les attentes des chefs de pôles vis-à-vis des cadres de pôles sont en priorité d'avoir des relations interactives, basées sur la confiance afin de partager sur les différentes problématiques. Les chefs de pôles reconnaissent les compétences managériales des cadres de pôles. Ils insistent sur leur expérience dans la gestion des équipes et sollicitent volontiers un conseil en ce domaine pour le management des équipes médicales. Une répartition des rôles entre le chef de pôle et le cadre de pôle est instituée. « On a convenu tous les deux qu'on répartissait les tâches, que l'on n'empiétait pas sur les problèmes de l'autre. Chacun a son domaine d'expertise : management des cadres et gestion des ressources humaines pour le cadre de pôle, gestion du domaine médical par le chef de pôle. Je lui délègue totalement certains aspects, je lui fais confiance. De temps en temps, je lui demande son avis, de temps en temps elle me fait des propositions. C'est de la coopération. On se réunit toutes les semaines pour parler stratégie.» Les chefs de pôles s'appuient principalement sur le cadre de pôle, même s'ils consacrent environ 40 % de leurs temps à cette activité et conserve leur activité médicale. L'ensemble des missions relatives à la gestion des ressources humaines, à l'efficacité des organisations sont confiées aux cadres de pôles. Les chefs de pôles ont été peu formés en ce domaine et s'en remettent à leur expérience.

Ils souhaitent par ailleurs, une forte implication du cadre de pôle dans le pilotage de projets notamment sur les parcours de soins et la continuité des prises en charge.

2.2.3 Les missions confiées aux cadres de pôles et leurs attentes

Les cadres de pôles interviewés sont tous cadres supérieurs de santé. Leur ancienneté dans la fonction varie de 2 à 12 ans. Ces derniers ont une expérience d'encadrement supérieur avant la mise en place des pôles.

L'impact de la gouvernance et de la délégation de gestion : responsabilisation, collaboration, contrainte économique plus que levier

La gouvernance représente pour les cadres de pôles un travail plus en collaboration, d'abord avec le chef de pôle puis avec les directions et une plus grande responsabilisation. Quelles que soient leur ancienneté ou leur expérience, les cadres de pôles se sentent légitimé dans leur fonction, par le chef de pôle surtout et par l'équipe de direction. Leur expérience professionnelle renvoie à une connaissance fondamentale du terrain. La notion de trio de pôles leur semble essentielle pour un travail en complémentarité et une prise de décision adaptée. Il s'agit, au sein du trio, de partager les responsabilités selon son domaine de compétences. Les cadres de pôles insistent sur l'aide précieuse des assistants de gestion qui, même s'ils ont été formés sur le sujet, leur permet d'avoir une analyse plus fine des indicateurs. Toutefois, certains évoquent la difficulté à programmer des temps de rencontre communs pour fixer les orientations stratégiques du pôle. Ils se définissent comme responsable et pilote pour amener l'ensemble des équipes à l'atteinte des objectifs.

Le métier de cadre de pôle évolue et les attentes sont insuffisamment clarifiées pour la plupart d'entre eux et notamment les frontières d'intervention de chacun. Le périmètre de leur responsabilité et marge de manœuvre vis à vis de la direction en termes de décisions reste à préciser. Les cadres de pôles disent n'avoir aucun modèle de référence, et ne pas bénéficier de tutorat. Ils ne se sentent pas toujours appartenir à un collectif au sein de la direction des soins. Les missions semblent plus claires lorsqu'ils sont soumis à une obligation de résultats mesurée par des indicateurs. Il est important pour certains cadres de pôles que la direction formalise leurs missions par un document écrit. « La délégation de gestion est assez claire avec les autres directions mais pas avec la direction des soins. J'attends de la direction des soins qu'elle valide mes choix afin de savoir si je mets en œuvre certains axes, ou préconisations. Cela devrait être formalisé. On doit nous indiquer la commande du positionnement de la direction des soins. ⁴⁰» Pour certains les missions affichées de gestionnaire permettent une clarification de leur responsabilité. Pour d'autres, cela les éloigne des préoccupations du soin et des patients.

La délégation de gestion revêt une importance toute particulière, notamment pour ce qui relève de la gestion des ressources humaines. La mise en adéquation des compétences à l'activité nécessite une adaptation permanente et de la créativité dans un environnement très contraint. Cette activité est très chronophage. La plupart des cadres de pôles font preuve de pédagogie auprès des cadres de proximité. Ils communiquent sur

⁴⁰ Propos d'un cadre de pôle

le niveau d'activité du pôle et des ressources en insistant sur le fait de trouver collectivement des solutions.

Globalement la délégation de gestion est vécue, en première intention, comme une contrainte du fait du suivi financier drastique qui y est associé. Peu la résout d'emblée comme une opportunité pour questionner les organisations. Les contacts et échanges entre les cadres de pôles sont irréguliers et ont lieu surtout à l'occasion de projets institutionnels ou de filières. Le partage d'outils ou d'expériences est ressenti comme faible. Une entraide, pilotée par le directeur des soins, est souhaitée.

La mise en place du pôle a permis un réel travail entre les équipes des unités qui le compose et un véritable décloisonnement pour la prise en charge du patient. « Cela a permis de décloisonner les unités, d'avoir une vision plus large des fonctionnements, des enjeux au niveau des dépenses. Ça a redonné un sens collectif avec des réalités communes. On a été amené à partager les compétences et les contraintes. » Toutefois la délégation de gestion a renforcé le repli sur son propre pôle. Quelques projets transversaux sont déclinés mais la réalité opérationnelle est plutôt polaire.

Vision de leurs propres missions par les cadres de pôles : adaptabilité, gestion prévisionnelle, conduite de changement

L'emploi du temps des cadres de pôles est très flexible, il est nécessaire « d'être là quand il le faut ». L'expression de leur travail est difficile car il est multiforme. Leurs activités se déclinent sur plusieurs fronts et restent dépendantes, pour quelques uns, du niveau de délégation accordée par le chef de pôle ainsi que ses priorités.

La gestion des moyens, en particulier les ressources humaines, occupe une place prépondérante par rapport au pilotage de projets. La gestion de l'absentéisme est une activité chronophage. « La planification des moyens, la négociation pour l'allocation des moyens représente un temps énorme. » Les indicateurs de suivi de cette délégation de gestion permettent d'objectiver leur travail et de le valoriser.

Les cadres de pôles se décrivent comme animateurs de l'équipe de cadres, pour donner le sens et fédérateurs. Ce rôle est complexe : « Il faut être hyper pédagogue pour traduire la politique institutionnelle auprès des équipes. Il faut savoir argumenter, objectiver, négocier. Il faut réussir à avoir un langage clair. » On observe une prédominance du pilotage des projets de pôles par rapport aux projets institutionnels. Les cadres de pôles ont un rôle d'impulsion au plan stratégique, d'ajustement des moyens, mais aussi de proximité. Ils orientent les cadres de proximité dans la recherche de nouvelles organisations et portent le projet d'établissement. Certaines équipes de cadres

ont besoin d'un accompagnement plus soutenu selon leur ancienneté et compétences. Les cadres de pôles se disent à l'écoute. Plusieurs s'interrogent sur la limite de leur accompagnement « sur quels dossiers j'apporte des éléments, j'accompagne ou sur quel autre je pilote ? » Tous indiquent la nécessaire disponibilité, capacité d'adaptation, d'anticipation et d'innovation requise pour la fonction. La communication envers les équipes est pointée comme un élément essentiel, pour faire adhérer un collectif. Partager les réalités, et associer les équipes de terrain est fédérateur. « Les équipes doivent comprendre qu'on ne peut plus être statique dans nos organisations, nos fonctionnements ».

Ils estiment être l'interlocuteur privilégié du pôle auprès des équipes de directions ou dans les réunions avec le personnel non médical. Ils souhaitent disposer d'un niveau d'information suffisant pour coordonner les projets. Les cadres de pôles se sentent autonomes dans l'élaboration des projets mais certains restent soumis, in fine, au pouvoir décisionnel de la direction. Les relations avec les directions fonctionnelles sont encore perçues, dans un établissement, comme hiérarchiques, basées sur la commande et le contrôle.

Les travaux relatifs à la qualité et la sécurité des prises en charges ne sont quasiment pas évoquées par les cadres de pôles, alors qu'ils attendent du directeur des soins une impulsion sur les bonnes pratiques professionnelles. Ils évoquent la nécessité de faire vivre le projet de soins en ce domaine.

Les attentes vis-à-vis du chef de pôle : concertation et positionnement

Les attentes des cadres de pôles vis à vis du chef de pôles sont très peu développées. Ils souhaitent un échange régulier, une aide et une participation à la prise de décision. Ils réclament un soutien dans les échanges avec les responsables d'unités et la coordination des activités médicales et paramédicales. Certains évoquent le fait de prendre position plus fermement notamment sur la gestion des ressources humaines en période contrainte.

Les attentes vis-à-vis des directions fonctionnelles : prestataires, mise en place d'indicateurs

Certaines directions devraient être « prestataires de service du pôle particulièrement pour les achats de matériel ». Les cadres de pôles estiment être très souvent sollicités alors que ce devrait être l'inverse. Ils souhaitent que les directions fonctionnelles soient plus attentives aux organisations de soins et n'imposent pas leurs propres contraintes. « On est à l'hôpital et sa mission première, c'est quand même le

soin. » Un travail en collaboration est souhaité sans que la direction concernée renvoie l'unique responsabilité sur le pôle. Les cadres de pôles ont une exigence de transparence sur les objectifs à atteindre et leur évolution potentielle. Avoir un interlocuteur identifié facilite la résolution de leurs problèmes.

La DRH revêt une position toute particulière lorsque les cadres de pôles traitent directement avec elle. Ils ont besoin d'un positionnement de la direction des soins et d'une coordination des actions afin de faciliter la gestion des effectifs au sein du pôle. Le directeur des soins doit les soutenir dans l'obtention de moyens qu'ils ont argumenté.

Les attentes vis-à-vis du directeur des soins : cap et PSIRMT, dynamique d'équipe, dialogue et confiance, recours et complémentarité

Les attentes relatives à l'animation, à la création d'une dynamique d'équipe de cadres de pôles sont fortes. Le travail en collaboration est une réelle plus-value. Des pré-requis sont posés : un dialogue en toute transparence est possible si un climat de confiance est instauré. Le directeur des soins fixe un cap sur les orientations et les objectifs à atteindre et fait vivre le projet de soins. Il est garant d'une transversalité entre les pôles. Il s'assure de la cohérence des projets et d'une équité dans la répartition des ressources.

La concertation et le partage d'expérience sont des éléments fondamentaux pour faire évoluer les organisations. Le directeur des soins doit mettre en place un dispositif qui permet une mise en commun et le déploiement des bonnes pratiques. La concertation permet une prise de recul, une distanciation du quotidien et de générer une compétence collective. Les cadres de pôles ont besoin d'avoir une vision concrète des attentes du directeur des soins sur le sens donné au soin, la prise en charge des patients. Il est perçu comme un superviseur, garant du suivi des orientations et de leurs déclinaisons. Les cadres de pôles recherchent des solutions plus efficaces. Ils souhaitent alors une aide à la réflexion mais aussi une reconnaissance des actions menées.

Les cadres de pôles souhaitent que le directeur des soins soit le porte-parole auprès des instances d'une réflexion partagée par le personnel non médical. Le directeur des soins doit pour cela connaître les attentes du terrain, écouter les difficultés pour définir des orientations stratégiques et mieux réguler les dysfonctionnements. Les cadres de pôles réclament une autonomie tout en souhaitant un arbitrage institutionnel sur les décisions difficiles. Ils souhaitent une aide dans le domaine de la gestion des compétences nécessaires aux prises en charge futures. Le directeur des soins « doit amener des idées, des expériences d'un autre établissement. » Le directeur des soins est le garant de la mise en adéquation des compétences à l'activité.

Les cadres de pôle ont des difficultés à décrire la frontière entre leurs propres attributions et celles du directeur des soins dans la gestion du pôle. « J'ai besoin de savoir jusqu'où va la délégation de gestion, jusqu'où je prends la décision. » Toutes les situations ne pouvant être décrites, il semble que ce soit par les échanges réguliers, l'analyse de pratiques et la connaissance de l'autre que les règles de fonctionnement se construisent.

Enfin, lorsqu'il existe une situation de crise, le directeur des soins doit être présent, aller à la rencontre des équipes pour aider à présenter la situation et résoudre la problématique. « Il est là pour m'aider, me soutenir. »

Les besoins en accompagnement et en formation : compréhension de l'environnement et des outils, communication, analyse de pratiques managériales

Au CHU, les cadres de pôles ont bénéficié d'une formation conjointe avec les chefs de pôles. Ils en soulignent le bénéfice, non pas sur le contenu pédagogique mais sur le fait de se connaître mutuellement. Au CH, l'ensemble des cadres de pôles a suivi une formation de trois semaines à la prise de poste. Les apports relatifs aux politiques de santé ont été appréciés pour mieux cerner le contexte réglementaire et les évolutions. Cette formation a permis de mieux comprendre le niveau de responsabilité attendu. La présentation des outils de pilotage, de gestion ont été bien compris. La lecture et la compréhension des tableaux de bord se sont réalisées au fil de l'eau, d'autant que la complémentarité avec les gestionnaires s'est développée. Toutefois, les notions de management d'une équipe de cadres, d'organisation de la délégation, de communication auraient été des thématiques appréciées. La mise en situation pratique, l'analyse de problématiques ou situations concrètes auraient dû être plus dense.

Au-delà de la formation, une demande d'accompagnement dans la réalisation de leurs missions a été très largement relayée par les cadres de pôles. Ils souhaitent pouvoir exposer leurs problématiques et avoir des conseils sur la manière de gérer une situation. Le directeur des soins doit leur apporter un éclairage et aider au questionnement. Le conseil peut relever d'une situation particulière, d'un choix d'orientation, d'un positionnement managérial. Ces temps d'échanges sont nécessaires en individuel et en collectif. Ils doivent permettre de s'extraire de la gestion quotidienne et de confronter ses idées. Ils participent également d'une connaissance mutuelle sur les marges de manœuvre et le niveau de décision approprié. La réciprocité et la transparence de l'information doivent être réelles dans les débats. Les cadres de pôles sont attachés au fait de transmettre au directeur des soins les avancées du pôle de manière à ce qu'il puisse choisir des orientations à partir d'éléments concrets.

2.2.4 Les organisations proposées par les directeurs des soins et leurs attentes vis-à-vis des cadres de pôles

L'affirmation d'un projet managérial institutionnel basé sur la cohésion et la concertation

Les directeurs de soins interrogés ont travaillé sur le projet managérial avec le chef d'établissement et l'équipe de direction. Les bases de la gouvernance ont été posées au sein de l'établissement, à savoir le rôle des instances, des commissions et lieux de concertation. Les rôles des chefs de pôles et cadres de pôles ont été travaillés conjointement dans l'objectif d'atteindre une cohésion managériale. Le principe de subsidiarité est travaillé ainsi que les modalités de prise de décision par le collectif. L'idée est de mettre au service de la décision, l'intelligence collective.

Les deux établissements ont travaillé sur la relation managériale et font vivre ce projet selon des modalités différentes. Des conférences stratégiques ou budgétaires sont organisées très régulièrement avec les trios ou quatuors de pôles afin de définir les orientations prioritaires et suivre les évolutions. Le niveau de concertation avec les cadres de proximité est visible. Au-delà des rencontres avec les responsables de pôles, les directeurs de soins associent fréquemment les responsables d'unités et l'encadrement de proximité dans les projets.

L'organisation de réunions d'encadrement au sens large, cadres soignants et administratifs, permet d'apporter une dynamique et une cohésion. Ceci leur permet de poser leurs valeurs et engagements, mais aussi de les décliner de manière opérationnelle.

La clarification des rôles dans la délégation de gestion

Le rôle du directeur des soins est « de reposer le processus qui fait quoi ? Les différents niveaux d'implication ont été déterminés sur chacun des processus, notamment celui de gestion des ressources humaines⁴¹ ». Il est médiateur et aide à porter une analyse lorsque des difficultés apparaissent dans le suivi des ressources affectées. C'est également un conseiller sur les perspectives d'ajustement et sur les organisations.

La mise en œuvre du projet de soins est évoquée comme une forme de délégation dans la mesure où des objectifs sont posés de manière explicite et des chefs projets sont déterminés.

⁴¹ Propos d'un CGS

Les attentes vis-à-vis des cadres de pôles : leadership, analyse systémique

Les directeurs de soins attendent du cadre de pôle qu'il soit leader, qu'il entraîne son équipe, « qu'il donne le sens autour d'un projet de pôle qui associe à la fois projet stratégique et projet des soins. Ils doivent entraîner vers des organisations innovantes, dans une logique constructive et participative. » Ceci s'accompagne d'une capacité à procéder à une analyse systémique des situations, à avoir un positionnement argumenté de son point de vue. Les projets sont conduits de manière structurée et communiqués largement. Le cadre de pôle doit s'impliquer dans la politique de soins, et s'inscrire dans un partenariat sur des dossiers communs.

L'accompagnement proposé : individuel, collectif et formation théorique

Les directeurs des soins proposent un accompagnement individualisé pour chaque cadre de pôle selon les besoins identifiés. Ces derniers souhaitent un appui sur la gestion de projet, d'autres sur l'aspect managérial et l'animation d'une équipe de cadres. Parfois, cet appui est proposé par l'intermédiaire d'un cadre de pôle plus expérimenté et en dehors de tout positionnement hiérarchique. Les nouveaux cadres de pôles sont rencontrés de façon plus rapprochée. Les compétences relationnelles du cadre de pôle sont fortement sollicitées, aussi, un accompagnement relatif au dialogue social, à la médiation est nécessaire. Les rencontres sont également l'occasion d'un bilan sur l'avancée des projets, le management des équipes, les difficultés rencontrées ou les réussites.

Des réunions d'encadrement sont proposées pour transmettre de l'information, organiser un travail collectif et réaliser des transferts d'expériences. L'objectif est de rechercher une cohérence générale des différentes orientations.

Cet accompagnement ne se substitue pas aux formations théoriques relatives à la gestion du pôle, aux politiques de santé publiques qui idéalement sont menées conjointement avec le chef de pôle. Des compétences sont à renforcer au plan de la gestion des ressources humaines notamment l'anticipation de la gestion des emplois.

2.3 Synthèse de ce que l'enquête nous a appris

L'analyse de ces données permet de mettre en exergue des attentes relativement similaires entre les acteurs et de même nature selon le type d'établissement, CH et CHU :

- ❖ Le projet stratégique est élaboré par un travail en collaboration et une réflexion partagée. Il doit être expliqué et traduit au plan opérationnel.
- ❖ Les missions des acteurs doivent être clairement identifiées ainsi que les interactions, la place de chacun et limites d'intervention pour faciliter la prise de décision. Le niveau de responsabilité attendu est ainsi clarifié. Il y a nécessité de s'inscrire dans le respect des zones d'autonomie de chacun. Cela participe à la reconnaissance des acteurs.
- ❖ Les directions fonctionnelles ont un rôle d'appui et d'expertise auprès des trios de pôles. Elles doivent rediriger leurs missions vers le conseil pour une prise de décision éclairée dans les situations complexes. Elles coordonnent les projets dans un objectif de décloisonnement des pôles. L'équipe de direction a un rôle d'arbitrage entre les projets pour une répartition équitable des ressources.
- ❖ Etablir une relation de confiance est indispensable. Cela se traduit par l'écoute, la transparence de l'information et une plus grande connaissance mutuelle.
- ❖ La notion de leadership pour mobiliser et fédérer les équipes d'encadrement ou de proximité et accompagner le changement est soulignée. La concertation régulière et le diagnostic partagé sont nécessaires pour une meilleure adhésion.
- ❖ Une dynamique forte basée sur la gestion de projets permet de recentrer les acteurs sur des objectifs clairs. Ainsi, projet stratégique et PSIRMT donnent le sens à des actions transversales relatives, notamment, aux parcours de prise en charge et à l'efficacité des organisations. La performance collective est évaluée par des indicateurs et le suivi organisé afin de proposer des améliorations.
- ❖ Une demande d'accompagnement sur les pratiques managériales et la prise de décision est formulée notamment lorsque les cadres de pôles sont en difficulté par rapport à l'attribution de moyens et lorsque la contrainte budgétaire est forte. Le soutien, le conseil et l'impulsion vers l'innovation sont des atouts du directeur des soins attendus par les acteurs.

La synthèse des différents points à travailler collectivement nous permet de proposer des pistes d'accompagnement des cadres de pôles au plan collectif et individuel par le directeur des soins.

En regard de ces évolutions et analyses, construire un projet managérial est un objectif incontournable. Animer l'équipe d'encadrement, repérer les compétences des cadres de pôles, et les préparer aux défis présentés pour un pilotage efficient est essentiel. Le directeur des soins veille à une pluralité des compétences permettant de générer de la créativité dans le management des équipes, de mener des projets et d'accompagner le changement au profit de l'organisation de soins.

3 Les préconisations pour un accompagnement des cadres de pôles

L'exercice de la fonction de cadre de pôle requiert un positionnement affirmé au sein de l'établissement puisqu'il participe au processus décisionnel. L'enjeu pour le directeur des soins est de structurer l'organisation de la direction des soins et de l'équipe d'encadrement, de clarifier les rôles et attendus ainsi que la zone d'autonomie de chacun. Le directeur des soins a la responsabilité de développer une stratégie managériale partagée au sein de l'équipe de direction. Ce point sera développé en premier axe des préconisations.

Les compétences requises pour un cadre de pôle sont de plus en plus précises et conséquentes puisqu'elles concernent la déclinaison d'orientations stratégiques en actions opérationnelles par la conduite du changement et une anticipation des conséquences de la décision. L'interprétation de tableaux médico-économiques, la prévision d'activités et de dépenses, la juste allocation des ressources requièrent un savoir faire. Les capacités relationnelles, de négociation et de communication sont précieuses. Cela suppose donc un développement individuel et collectif des compétences des cadres de pôles ainsi qu'un accompagnement régulier, exposés en seconde partie du plan d'actions.

3.1 Positionner l'équipe d'encadrement dans une approche transversale

L'enjeu pour le directeur des soins est d'affirmer clairement le positionnement des cadres de pôles dans un champ de collaboration et comme partenaires indispensables au plan institutionnel. La valeur ajoutée des cadres est reconnue lorsque l'équipe de direction identifie précisément les rôles de chacun et les circuits de décisions et s'approprie elle même ce mode de fonctionnement. Au même titre que la clarté des responsabilités, la qualité des liens managériaux développés, notamment la transparence de l'information et la confiance sont des facteurs de motivation de l'encadrement et restent à travailler. Le partage d'objectifs, la reconnaissance de la fonction de chacun sont des facteurs contributifs à un sentiment d'appartenance à une équipe de direction des soins et plus largement à l'institution. La construction et le partage de valeurs collectives fortes centrées sur l'efficience au service du patient fédère l'encadrement. Ainsi, le PSIRMT est un moyen de décliner ces orientations stratégiques qui donnent sens. Les cadres de pôles travaillent le projet de soins en lien avec le projet de pôle. Quelques actions du PSIRMT y sont introduites car relevant de la spécificité du pôle. Le directeur des soins

peut contractualiser avec le chef de pôle pour s'assurer de la mise en œuvre des actions prioritaires au plan institutionnel d'une part et pour les actions définies par le pôle d'autre part. Ainsi, un positionnement de direction des soins est affiché.

L'ensemble des équipes dirigeantes de l'hôpital, direction et responsables de pôles, élabore collectivement les modalités de coopération et périmètres de décisions. Ces travaux aboutissent à une formalisation, par le biais d'une charte de fonctionnement ou d'un règlement intérieur. Ce projet managérial vise à poser les valeurs des équipes dirigeantes, leurs droits et obligations.

3.1.1 Le positionnement des cadres de pôles par un projet managérial concerté

Renforcer la légitimité de l'encadrement c'est mettre en évidence leur rôle dans l'organisation et leur appropriation du projet stratégique pour conduire le changement. Le cadre de pôle rend les réformes acceptables pour les cadres de proximité et les équipes. Il élabore le projet de pôle en référence au projet d'établissement. Il est donc indispensable de le positionner comme un acteur stratégique qui a des responsabilités et exprime ses idées. Il paraît essentiel de rendre effective la participation des cadres de pôles aux décisions stratégiques par la participation aux instances telles les conférences stratégiques, la CSIRMT et par la concertation directe avec le directeur des soins et les directions fonctionnelles. Le cadre de pôle, au-delà d'une coordination de projets des unités a ainsi une mission plus stratégique d'impulsion des orientations soignantes. Il est intégré à la définition de la politique d'établissement, à la structuration et au suivi des démarches transversales. Les temps de rencontres sont planifiés et la participation des cadres de pôles est favorisée. Ainsi dans toutes les concertations direction et pôles, les responsables médicaux et paramédicaux sont systématiquement associés. La préparation des instances, CME, CTE, CHSCT et CSIRMT en amont avec les cadres favorise leur implication dans les projets. Le cadre de pôle est positionné dans les instances comme un des acteurs du pilotage du pôle et des actions transversales. Cela participe à sa reconnaissance comme acteur stratégique et opérationnel et à la valorisation de ses travaux. Ses expertises dans l'organisation des soins et la sécurité et qualité des prises en charge, en management, y sont reconnues lorsqu'il est responsable de projets. Il nous semble donc capital d'engager une réflexion avec l'équipe de direction et le corps médical sur le choix des collaborateurs du chef de pôle, leur zone d'autonomie et le niveau de délégation.

Un affichage de l'organigramme de la direction des soins et des liens avec les pôles met en évidence aux yeux de l'ensemble des acteurs leur responsabilité. Celle-ci est soulignée dans une charte de fonctionnement où les attributions des acteurs et leur niveau de décision sont mentionnés. Une politique managériale, partagée par l'équipe de

direction, visant à reconnaître et valoriser les compétences des cadres de pôles conforte leur positionnement. Celle-ci a pour objectifs de déterminer le périmètre de la prise de décision et d'élargir le développement des savoirs. Le projet managérial inscrit dans le projet d'établissement, permet d'utiliser au mieux les ressources, d'articuler les compétences individuelles et collectives et de définir leur développement. Renforcer le lien organisationnel entre les acteurs et développer une identité managériale commune est indispensable. Le PSIRMT comporte donc un axe managérial fort qui conforte la posture de l'encadrement et ses responsabilités. Pour cela, il prévoit des actions visant à professionnaliser les cadres et leur donner la capacité à s'adapter. Favoriser la construction d'une identité cadre, c'est les recentrer sur leur métier du management, de l'organisation des soins. Ainsi, leurs missions et objectifs sont clairement définis dans une fiche de poste mais surtout traduit dans les faits. Leurs niveaux de responsabilité sont identifiés dans les différents projets. Les actions menées sont valorisées par des présentations en instances et par la production d'un rapport d'activité.

C'est aussi développer par un travail en coordination des directions, les soutiens logistiques, techniques et administratifs facilitateurs. Ainsi, s'attarder sur les modalités de collaboration entre les cadres soignants, administratifs, logistiques et favoriser les espaces d'échanges est indispensable.

En outre, le projet managérial comprend les modalités de recrutement, de formation initiale et continue des cadres de pôles.

3.1.2 L'élaboration d'une fiche de poste des cadres de pôles

Une fiche de poste validée au plan institutionnel conforte la place du cadre de pôle et participe à le légitimer auprès des dirigeants et des équipes médicales et paramédicales. Des précisions sont apportées sur les missions des cadres de pôles, les interactions entre les membres du trio de pôle. Ceci est un élément de cohérence et de visibilité au niveau du pôle et permet à chacun de connaître les attributions des autres et les attentes réciproques. La déclinaison de ces missions s'inscrit dans une démarche de subsidiarité mais aussi de proximité du fait de la posture stratégique et opérationnelle du cadre de pôle. Si cette fiche de poste est formalisée, elle est surtout prétexte, lors de son élaboration à une concertation entre les professionnels. Les activités du cadre de pôle sont présentées comme évidente par les chefs de pôles. Néanmoins, les cadres ont insisté sur le fait de bien préciser le rôle de chacun à la prise de fonction, d'autant qu'il existe une forte délégation du chef de pôle au cadre de pôle et que le niveau de responsabilité est important.

Clarifier les attendus, c'est également veiller à une répartition des charges de travail afin que les cadres de pôles puissent se consacrer à leurs activités. C'est pourquoi, selon la taille du pôle, il convient d'organiser les missions avec les cadres supérieurs et les cadres de proximité. Les modalités de fonctionnement et de structuration des équipes d'encadrement sont fixées par la politique managériale. Le directeur des soins définit les orientations, à savoir, l'affectation de cadres en missions transversales, les modalités de la permanence. Il coordonne, avec les directions fonctionnelles, le positionnement des différents métiers de l'encadrement les uns par rapport aux autres.

3.1.3 La rédaction d'une charte de fonctionnement des dirigeants

L'équipe de direction s'oriente vers des fonctions de conseil et de support aux pôles. Elle impulse une politique de prise en charge et de développement d'activité.

L'élaboration d'une charte de fonctionnement permet d'identifier clairement les missions de chacun, directeurs, cadres de pôles, chefs de pôles, assistants de gestion et de clarifier les modalités de fonctionnement avec les directions fonctionnelles. La pratique managériale s'inscrit dans un principe de réalité à partir des études médico-économiques qui mixe une approche soignante et une vision budgétaire. Les complémentarités et approches pluri-professionnelles sont propices au développement de perspectives, à la créativité. Cette notion de partenariat sous forme d'appui et d'expertise plus que de direction est précisée dans la charte de fonctionnement mais elle fait l'objet d'une réflexion régulière au sein de l'équipe de direction. La construction collective ou chacun doit trouver sa place et apporter sa contribution est un élément à étayer et à structurer par l'organisation de temps de rencontres. Les modalités de collaboration et de suivi de projets, ainsi que les membres participants sont indiquées. Les temps de rencontres institutionnelles avec des objectifs précis sont sacralisés. L'existence d'un interlocuteur référent pour les pôles peut simplifier leurs démarches et travaux. Cela facilite le processus de décision qui révèle parfois l'existence de plusieurs strates. Le principe de transparence et de circulation de l'information est fondamental pour créer un climat de confiance et prendre des décisions adaptées, au plus près des besoins.

Enfin, les règles de délégation de gestion sont clairement indiquées, avec ses modalités de fonctionnement et de suivi. Les pôles, centres autonomes, doivent disposer d'un véritable contrat d'objectifs et de moyens actualisé. Les indicateurs sont précis et l'atteinte des objectifs est débattue pour trouver une solution commune. L'idée centrale n'est pas le contrôle ou la sanction mais la réussite collective. Les directions ont également un rôle de coordination des projets pour garantir une cohérence institutionnelle. La décentralisation de la prise de décision peut être un facteur de stress pour l'encadrement très souvent sollicité par les différentes directions fonctionnelles, avec

de multiples objectifs à atteindre. Aussi, il importe de clarifier l'accompagnement dont les pôles peuvent disposer et de coordonner les actions au sein de l'équipe de direction. Le directeur des soins, en concertation avec le DRH peut proposer des modalités de fonctionnement et de suivi. Les interactions et temps de concertation avec le directeur des soins en particulier sont inscrits comme des moments privilégiés de préparation visant à accompagner le cadre de pôle. Le directeur des soins organise donc ces temps environ tous les quinze jours.

3.2 Fédérer et mobiliser l'encadrement par la définition d'orientations et une politique de communication

Au-delà des engagements pris, la posture et les actions posées par le directeur des soins participent pleinement à établir un lien de confiance, cher aux acteurs. Une relation qui sollicite le professionnalisme de chacun et entretient un lien de convivialité nous semble essentielle. Réfléchir ensemble aux orientations stratégiques, confronter des visions différentes, c'est faire des choix collectifs sur des projets. C'est aussi laisser le temps aux professionnels de comprendre, de donner du sens à leur action, d'avoir des repères pour comprendre le changement. Expliquer et accompagner, favorise l'appropriation et l'engagement des professionnels.

Le directeur des soins « met en place une organisation efficace qui réponde aux besoins des patients permettant à l'ensemble des acteurs de l'institution de savoir « qui fait quoi » et d'articuler les projets professionnels et collectifs⁴² ». Le directeur des soins fédère les professionnels autour de projets communs et coordonne les actions. Pour cela, il définit une politique de communication qui s'adresse à l'encadrement et aux professionnels et les sensibilise aux projets à mener. Une participation active de chacun est nécessaire pour développer la transversalité. L'organisation mise en place doit favoriser une approche pluri-professionnelle pour améliorer la performance de l'établissement. Les réunions communes de cadres de pôles sont des temps privilégiés animés et structurés par le directeur des soins.

3.2.1 Le développement d'une démarche projet et d'une culture d'objectifs et de résultats

La démarche projet est un outil au service de la déclinaison d'une politique et permet de fixer des objectifs clairs, mesurables pour l'ensemble des acteurs. Cette démarche permet d'associer la notion de changement à celle d'opportunité. Elle favorise l'appropriation en amont des orientations et des enjeux. L'encadrement et les équipes de

⁴² Référentiel de compétences des directeurs des soins- EHESP mise à jour décembre 2013- p 13
Nathalie PROVOST - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014

soins peuvent, par la connaissance des projets en cours, appréhender collectivement les changements organisationnels, sources d'incertitude. La démarche projet permet de définir des objectifs en lien avec le projet d'établissement, de développer la transversalité, de planifier et hiérarchiser des priorités. Les modalités de pilotage du projet sont prévues ainsi que les ressources nécessaires et les modalités d'évaluation.

Ce mode de fonctionnement clarifie les responsabilités. Le projet devient opérationnel, il est utilisé comme un levier de transformation des organisations. Avoir une vision stratégique, partagée par l'équipe d'encadrement, de la démarche projet consiste à expliquer, donner de la lisibilité et convaincre. Le management par une approche projet permet de recentrer l'encadrement, selon les attentes exprimées, sur un travail collaboratif d'organisation des processus de prise en charge, de coordination des parcours de soins et d'accompagnement de l'émergence de nouveaux métiers.

Le projet perçu comme le plus légitime ne verra le jour que si des acteurs le porte, s'y investissent, donc y trouvent un intérêt. Le PSIRMT, pour être fédérateur, doit définir des objectifs transversaux en cohérence avec les projets polaires. Il s'appuie sur des valeurs co-construites, centrées sur le patient, qui sont des repères pour les soignants. Le directeur des soins veille à y inscrire des valeurs d'équité et de juste répartition des ressources entre les pôles. Le PSIRMT est le dispositif adapté pour une structuration et une déclinaison de ces orientations. Il permet de maintenir un regard sur la transversalité des projets et d'éviter la « balkanisation » des pôles. Sa mise en œuvre est organisée par la constitution d'un groupe de pilotage qui assure le suivi et la validation des travaux des groupes projets. Ainsi, la diffusion et la planification des actions sont visibles au plan opérationnel.

3.2.2 Des manifestations fédératrices de l'encadrement

Le directeur des soins veille à la cohésion de l'équipe d'encadrement et à l'instauration d'un climat de confiance et de partage. Il a pour mission d'animer et coordonner les activités des cadres, de définir des objectifs en matière de politique de soins et d'en évaluer les résultats. Par l'organisation de l'équipe d'encadrement, la déclinaison de ses missions, le directeur des soins s'inscrit dans une approche transversale et partagée de la politique de soins. Il veille à générer du lien entre les acteurs pour une plus grande efficacité. Ainsi, l'organisation de réunions régulières avec l'équipe de cadres de pôles permet d'exposer diverses problématiques d'actualité et de partager sur l'avancée les projets. Les débats sont encouragés et la recherche d'un arbitrage final est l'objectif visé. En effet, le flux et le volume d'informations est important, ce qui induit une segmentation des éléments portés à la connaissance des intéressés. L'absence de valorisation, ou la lassitude de voir des projets non aboutis peut amener

l'encadrement à se désengager. Un relevé de décisions précise les orientations choisies, et permet d'identifier les acteurs, les délais de mise en œuvre et les modalités de communication auprès des cadres de proximité. Ce support partagé est une base fiable de transmissions de l'information et d'amélioration continue.

Outre ces travaux communs issus des problématiques de terrain et du PSIRMT, il est nécessaire de proposer des temps de rencontres mobilisateurs et spécifiques à l'encadrement. Renforcer les liens entre cadres soignants de pôles et de proximité participe à une dynamique d'émulation et suscite la motivation. Cette mobilisation collective permet de faire émerger des propositions et de les exploiter dans une logique transversale. Renforcer la capacité des cadres à agir dans leur domaine de compétences par la création d'espaces cadres développe une dimension de réflexivité qui est valorisante. Manager par le sens et l'analyse des situations, la capacité à s'interroger, renforce les compétences des cadres de pôles. Il ne s'agit pas, dans ce contexte, d'organiser uniquement des réunions d'encadrement où prédominent la communication d'informations descendantes mais de susciter la création d'espaces où chacun est force de proposition et peut apporter sa contribution. Par l'initiative de ce type de manifestation, le directeur des soins permet d'insuffler dans le groupe cadre une vision globale, porteuse de sens mais aussi emprunte de convivialité. Ces temps peuvent être à l'initiative de l'encadrement pour permettre une expression libre d'idées. C'est aussi les encourager à mettre en valeur les travaux des équipes, leurs propres innovations en interne, comme en externe. Cela nécessite un travail préalable d'organisation de la communication pour reconnaître et fédérer. Afin d'optimiser cette démarche, une ressource au sein de la direction des soins est mise en place. Un cadre en mission transversale développant la stratégie de communication et les programmes de recherches permet aux cadres de pôles de bénéficier d'une expertise.

La dimension conviviale de ce type de manifestation est nécessaire pour créer une émulation durable et inciter à des relations directes. Les cadres de pôles, comme les chefs de pôles ont beaucoup évoqués la notion de confiance dans le management. Celle-ci ne se décrète pas mais se construit, au fil du temps, par les résultats des actions entreprises collectivement, les positions prises par le directeur des soins et sa constance. Animer et motiver par le management à la confiance s'appuie sur une posture du directeur des soins qui donne le sens, communique et explique les changements à venir en toute transparence, privilégie les collaborations interprofessionnelles, s'assure de la cohérence des projets et promeut la convivialité dans un contexte de rigueur et de gestion.

Enfin la mise en place de temps d'échanges plus larges entre les filières de l'encadrement soignants, administratifs, logistiques, techniques peut également par une meilleure connaissance des fonctions de chacun, permettre un enrichissement des projets.

3.3 Accompagner et former l'encadrement

Une des missions du directeur de soins est le management et la professionnalisation des cadres de pôles. Il vise le développement des compétences individuelles et collectives, et de leurs capacités dans le champ relationnel. En effet, la prise de décision collaborative requiert des compétences spécifiques. Pour participer le cadre de pôle doit bénéficier d'informations et avoir des savoir-faire pour les traiter. En ayant connaissance des objectifs à atteindre, il peut examiner les solutions possibles et anticiper les conséquences. Il doit également faire preuve de compétences relationnelles afin d'expliquer les enjeux et négocier. Au-delà des compétences, la légitimité a une dimension subjective où les capacités relationnelles de l'individu sont prises en compte. L'autorité et la capacité à convaincre ont été des éléments repris par les acteurs interrogés. Le directeur des soins propose aux cadres de pôles un appui sous plusieurs formes car ils ont une plus grande responsabilité dans l'organisation, la coordination des soins et activités au sein de leurs pôles.

L'accompagnement auprès des cadres de pôles doit aussi se situer dans le champ des capacités managériales. Le professionnel est amené à se questionner sur son positionnement, son comportement et son management avec les cadres de proximité. Il doit être en capacité à se remettre en question. L'accompagnement et la formation continue proposés aux cadres de pôles vont permettre d'élargir le maillage des compétences.

3.3.1 Le recrutement et le dispositif d'accompagnement du nouveau cadre de pôle

Le directeur des soins a une responsabilité dans la sélection initiale des futurs cadres de pôles. Il repère les potentiels pour favoriser un vivier de compétences en interne. Le nombre de postes de cadres de pôles vacants est identifié en amont dans le cadre de la gestion prévisionnelle des moyens et des compétences. La sélection des cadres de pôles nécessite une politique de gestion des ressources humaines anticipatrice et dynamique. Les compétences identifiées pour l'exercice du métier de cadre de pôle, et la formation continue constituent des pré-requis plutôt qu'un choix par l'ancienneté ou le statut de cadre supérieur. Une expérience réussie d'encadrement de plusieurs unités, la participation à des projets transversaux, la formation continue sont des critères de recrutement. Ainsi, une cartographie des compétences individuelles des cadres peut être

réalisée par pôle pour repérer les potentiels. Une procédure de sélection des candidats et de nomination est élaborée de manière transparente et concertée avec la DRH et le président de CME. Encourager une fonction d'encadrement de pôle « apprenant », c'est identifier et motiver les cadres à entrer dans la fonction. Cette politique de détection des potentiels doit s'accompagner d'un accompagnement individualisé des postulants. Un dispositif d'accompagnement ayant pour vocation à soutenir les nouveaux cadres de pôles, à favoriser le partage d'expérience et le développement des compétences est élaboré. Durant la première année de prise de fonction, les rencontres avec le directeur des soins sont très régulières, au moins mensuelles.

Deux processus d'accompagnement personnalisé ou collectif sont possibles : d'une part, un encadrement assuré par le directeur des soins ou un tutorat par un cadre de pôle expérimenté qui le coache, le conseille et l'aide à résoudre des situations difficiles ; d'autre part, des analyses de pratiques entre cadres de pôles qui permettent de développer une culture essai-erreur et peut limiter la crainte d'un jugement.

Des modules de formation théoriques sont proposés sur la politique de santé, les modalités de la gouvernance, les outils de gestion afin d'avoir une vision plus généraliste et stratégique. Ceci nécessite d'élaborer un plan de formation et un cahier des charges notifiant les objectifs de formation et une évaluation pour procéder à des ajustements.

L'alternance d'analyse de pratiques, dans une démarche réflexive, d'apports conceptuels et d'outils méthodologiques est complémentaire. Cela permet une interaction entre savoirs théoriques et savoirs pratiques.

3.3.2 L'accompagnement et le suivi des cadres de pôles

L'accompagnement des cadres de pôles est basé sur une politique de transmission et de partage de l'information, une dynamique projet. Motiver l'encadrement c'est communiquer pour une meilleure connaissance et appropriation des enjeux. La communication managériale repose sur un accompagnement individualisé et collectif. Le management du directeur des soins s'appuie sur des valeurs socles comme le partage des ressources et l'équité, l'efficacité des organisations au service du patient qui constituent des repères. Partager l'information décisionnelle entre l'ensemble des acteurs, notamment avec le trio de pôle, est un choix stratégique qui permet à long terme une plus grande adhésion aux projets. La contractualisation de deux ou trois actions choisie par le pôle, et d'autres contributives au fonctionnement de l'établissement permettent de déterminer un cap et responsabiliser les acteurs. La direction des soins est une ressource pour les cadres de pôles, et a une expertise sur l'évolution des structures, des organisations et des activités de soins.

Au plan individuel, le directeur des soins propose aux cadres de pôles une rencontre mensuelle permettant une approche réflexive par l'analyse des pratiques. Il s'agit ici de « communiquer avec » en donnant sa place à une relation en face à face. Il répond à la demande du cadre de pôle lorsque celui-ci l'interpelle. Le directeur de soins intervient en écoute et aide à la décision. Il propose une validation pour mieux conforter le cadre de pôle. L'accent est mis sur les avancées et progrès autant que sur les dysfonctionnements. Prendre en compte les réussites c'est reconnaître l'action des personnes qui y ont contribué et leur redonner confiance.

Des réunions de travail avec l'ensemble des cadres de pôles sont mises en place régulièrement, environ toutes les deux semaines, pour faciliter les coordinations. Ces temps permettent de créer des conditions d'analyse collective de situations de travail, de capitaliser sur les expériences réussies et tirer un enseignement des dysfonctionnements. Ils sont aussi l'occasion de traiter les problématiques quotidiennes ou urgentes. Les outils de partage de l'information et de prise de décision, comme les relevés de conclusion permettent de recenser les informations et fixer les orientations. Les objectifs sont ainsi formalisés et quasi contractualisés.

La communication polaire est à développer avec l'équipe de direction par l'intermédiaire de réunions stratégiques. Le directeur des soins y participe. La mise à disposition d'outils de pilotage communs regroupant les informations utiles au suivi du pôle : activité, dépenses, effectifs permet d'ouvrir des débats riches en complémentarité. Des outils de suivi sont mis en place pour faciliter la coordination de projets. Ainsi, la mise à disposition par exemple de notes de synthèse par pôle facilite le regroupement des informations utiles au pôle et à l'établissement. Ces modalités de rencontres et de suivi comme le dialogue de gestion fixées à intervalles réguliers au plan institutionnel, peuvent également faire l'objet de préparation avec les cadres de pôles. Le directeur de soins peut créer du lien et de la coordination pour faciliter le faire ensemble.

Proposer une présence sur le terrain, indépendamment de ces réunions, permet de résoudre des situations complexes. C'est être en appui auprès des cadres de pôles et de proximité pour mobiliser et mettre en œuvre le changement. C'est démontrer l'intérêt d'un travail transversal, collectif. C'est enfin être en accompagnement lors de situations de crises, où lorsque le cadre de pôle identifie la nécessité d'un positionnement institutionnel fort. Des rencontres informelles avec les membres des trios de pôles permettent d'échanger pour mieux corriger, enrichir et expliquer les évolutions observées.

3.3.3 La formation continue des cadres de pôles

Le directeur des soins organise une politique de formation propice à l'appropriation de nouveaux modes de management. Il veille à garantir un niveau de compétences suffisant pour pouvoir élargir le champ de la délégation et mettre en œuvre une politique de soins cohérente. Le plan de formation favorise la compétence collective et la collaboration des différents professionnels. Il permet de définir des orientations « professionnalisantes » comme la gestion des pôles, la démarche qualité et gestion des risques. Il apparaît nécessaire de développer les capacités managériales par l'échange d'expérience et l'analyse de pratiques. Les cadres de pôles ont également insistés sur les compétences indispensables à l'analyse et l'évaluation de situations complexes, au processus de décision et à la conduite du changement. Il semble nécessaire d'acquérir des connaissances permettant de comprendre les enjeux du pilotage médico-économique, de gestion des ressources humaines, de la gestion de projets. Certains expriment des besoins relatifs à l'animation d'une équipe de cadres de santé de proximité, au management à distance lorsqu'ils sont répartis sur plusieurs sites. Le plan de formation doit être à la mesure des difficultés rencontrées : formation élargie certes, mais surtout concrète, adaptée aux compétences et aux besoins particuliers. Ce programme est évolutif, adapté à la prise de poste et à l'évolution de carrière des cadres de pôles.

Au regard des demandes exprimées par les cadres de pôles, le directeur des soins doit s'interroger sur les modalités de formation à privilégier. Il s'agit sans aucun doute de proposer une mixité des approches par la formation classique et le coaching, ainsi que des formations au long court type master et d'autres plus ponctuelles. La formation universitaire facilite la prise de recul par rapport à la gestion du quotidien et participe à la reconnaissance des professionnels par l'acquisition de diplômes exigeants. L'organisation de sessions d'analyses, d'échanges de pratiques entre cadres de pôles au niveau de l'établissement et hors établissement permet de développer les savoir-faire. L'intérêt est de construire une équipe de cadres de pôles ayant des expériences et formations variées pour enrichir la compétence collective. L'expertise individuelle n'a de sens que si elle sert à la collectivité, en particulier à l'amélioration de la prise en charge du patient et si elle s'inscrit dans une logique de complémentarité.

Organiser des formations actions réunissant les directions, les chefs de pôles et cadres de pôles est une réelle plus-value dans la connaissance réciproque des acteurs. Ces sessions permettent de développer une coordination indispensable à un travail collaboratif. Le directeur de soins peut proposer cette dynamique à l'équipe de direction.

Conclusion

Les missions des équipes dirigeantes ont évoluées ainsi que les relations entre les acteurs. Les professionnels se sont appropriés progressivement les réformes et ont construit ensemble de nouvelles organisations. D'un système pyramidal, hiérarchisé, la mobilisation des professionnels repose sur le principe de contractualisation. La délégation de gestion a permis une participation et une responsabilisation des acteurs de terrain dans un système de plus en plus contraint. Les pratiques managériales sont alors questionnées. La conduite de changement et une approche réactive sont devenues la norme. Les professionnels proposent des innovations pour une plus grande efficacité et répondre aux attentes de la population. Si la décision est prise en proximité du terrain, les directeurs doivent redéfinir leurs missions vers l'expertise et le conseil. Il s'assure de la coordination des projets. Aujourd'hui encore, nous devons nous questionner sur la place laissée à l'équipe d'encadrement, et les cadres de pôles en particulier, par la direction.

Les exigences posées envers l'encadrement requièrent la construction d'une politique d'accompagnement. L'accroissement de la motivation et des compétences de ses collaborateurs doit être une préoccupation centrale du directeur des soins. Il est porteur, au plan institutionnel, d'un projet managérial qui positionne l'encadrement et met en valeur son rôle stratégique dans la conduite du changement. Il structure donc l'équipe de cadres, organise les modalités de fonctionnement et veille à une pluralité des compétences. Ce projet précise les engagements de l'équipe de direction, le rôle des acteurs et les marges de manœuvre qui permettent à chacun de prendre sa place dans un processus décisionnel. Il vise à donner des orientations relatives aux pratiques managériales. Le formaliser et le déployer, c'est développer le « faire avec, et avec envie ». Sa mise en œuvre conduit à fixer les missions de chacun, mais aussi à faire évoluer les outils de management, à former et accompagner les cadres dans leur quotidien et à plus long terme. Le directeur des soins veille à une politique d'établissement, en concertation avec l'équipe de direction, qui positionne le cadre de pôle comme partie prenante de la décision. Il s'inscrit dans une dynamique coordonnée et a un rôle de conseil et d'appui. Il réalise des arbitrages dans les situations complexes lorsque le cadre de pôle en ressent le besoin ou lorsque la cohérence institutionnelle le nécessite. Le projet managérial vise donc à avoir des collaborateurs efficaces, partageant des valeurs, à l'instar d'une culture d'entreprise.

L'enjeu pour le directeur des soins est de faire savoir la valeur ajoutée du cadre de pôle, lui permettre de conserver des valeurs soignantes tout en s'adaptant à la gestion économique. La réflexion engagée sur la performance et la qualité des soins permet de

s'interroger sur ce que seront l'hôpital et les professionnels de demain. Le directeur des soins construit et structure une équipe d'encadrement forte et cohérente qui a du lien et ne se cantonne pas à son pôle. Il travaille avec les pôles de manière à prendre en compte leurs spécificités et entendre leurs besoins tout en partageant la stratégie de l'établissement.

Les collaborateurs ont mis en évidence leurs attentes vis-à-vis du directeur des soins. Ainsi, nous pouvons dire que celui-ci peut s'orienter vers un management basé sur la confiance, la transparence de l'information et un accompagnement ciblé. Le directeur des soins s'appuie sur une politique de communication managériale de manière à faire circuler les informations stratégiques, à les partager pour construire ensemble. Il crée un climat de confiance et veille à coordonner les actions dans un environnement fait d'incertitudes. La qualité de la communication instaurée avec les cadres, la clarté des missions et la constance dans le champ des responsabilités facilite le travail collaboratif. Le directeur des soins doit intégrer le besoin fort de sécurité, de reconnaissance, de sens et d'accomplissement personnel.

Un fonctionnement en mode projet facilite l'atteinte d'objectifs négociés et permet de formaliser les responsabilités. Cela permet de faire travailler de manière simultanée des personnes de différents services, de réunir les efforts dans un but commun. Le directeur des soins s'attache à développer cette culture d'objectifs et de résultats. Il veille néanmoins à la tolérance à l'échec, à la possibilité de dire je ne sais pas. Il accompagne l'encadrement, absorbé par la gestion du quotidien, pour faire vivre ces projets et lui propose un accompagnement ciblé en fonction des besoins exprimés. La notion de management durable, sous-jacente ici, renvoie au respect des professionnels, à mener une réflexion structurée et prendre des engagements où le manager est porteur de sens mais où chacun peut apporter sa pierre à l'édifice. Le directeur des soins, ouvert au dialogue, ne perd pas de vue qu'il doit rester force de proposition, et être prêt à résoudre les éventuels blocages. Il crée des espaces d'échanges entre l'équipe de direction et l'encadrement de manière à créer un groupe soudé qui saura faire face aux difficultés.

Enfin, il veille à la gestion prévisionnelle des compétences et prépare les parcours d'intégration des nouveaux cadres de pôles et leur suivi. Il organise la formation continue et favorise l'analyse réflexive de pratiques. Redynamiser la gestion de compétences et le développement professionnel et personnel est un travail à engager par la DRH et le directeur des soins. Des questions éthiques doivent se poser : Comment gérer la moindre performance individuelle ? Quels sont les leviers de progrès possibles ?

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- ❖ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite HPST
- ❖ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- ❖ Loi n° 70-318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- ❖ Ordonnances n°2005-1087 du 1^{er} septembre 2005, relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine
- ❖ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- ❖ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

GUIDES ET REFERENTIELS

- ❖ EHESP « Référentiel de compétences des directeur des soins », Mise à jour Décembre 2013
- ❖ GUIDE ANAP, « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre », Novembre 2010
- ❖ Mission DGOS-CNG, «Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement de santé et en institut de formation », Mars 2010

LETTRES DE MISSIONS ET RAPPORTS

- ❖ de SINGLY C., « Rapport de la Mission des Cadres Hospitaliers », 11 septembre 2009
- ❖ DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D. et Al « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » Rapport des conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Mars 2013
- ❖ FELLINGER F., BOIRON F. « Mission hôpital public », Rapport Juin 2011-Janvier 2012
- ❖ VALLENCIEN G. « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire » Rapport Juillet 2008
- ❖ TOUPILLIER D, Yahiel D., « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les EPS », Janvier 2011

- ❖ ZEGGAR H., VALLET G, « Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans établissements de santé ». Rapport IGAS, Février 2010

OUVRAGES

- ❖ MOISDON J., TONNEAU D. « La démarche gestionnaire à l'hôpital ». Tome 1 Editions 1999
- ❖ NOBRE T., LAMBERT P. « Management des pôles. Regards croisés, enjeux et défis » BENDEIRA J, CALMES G, GLARDON Ph « Quel (re)découpage pour les pôles ? » Santé social, Dunod 2012

ARTICLES

- ❖ BERTHOD-WURMSER M. BOBEAU D, « Les nouveaux outils de la planification sanitaire » Actualités et dossiers en santé publique, p3, Juin1995
- ❖ CLAUSSE-DURIF C, « Directeur des soins : un corps professionnel en évolution », Gestions Hospitalières, n° 503 Février 2011
- ❖ DAMART S., « Pour un management intégratif », Soins cadres n°91, Août 2014
- ❖ FERMON B, JANCOURT D, « Manager les établissements de santé. Des compétences fortes en pleine évolution », Revue hospitalière de France n° 542, Septembre-Octobre 2011
- ❖ GUILLON A., « Vers une nouvelle identité professionnelle pour les cadres supérieurs de santé ? », Soins cadres n°86 mai 2013
- ❖ IMBERT D., « La communication managériale : une nouvelle discipline », Cahier de la communication interne n°20, AFCl, mars 2007
- ❖ MURA D., « Le directeur des soins et l'innovation managériale », Soins Cadres n°91, Août 2014
- ❖ NOBRE T, « Pôle et formation au management – Quels enjeux ? » - Revue hospitalière de France - n° 542 Septembre Octobre 2011
- ❖ NOBRE T., « L'innovation managériale à l'hôpital ou comment développer le faire ensemble », Soins cadres n°91, Août 2014
- ❖ RIZZOLATTI C, « La participation du cadre de santé de proximité à la décision stratégique », Gestions Hospitalières n° 503, Février 2011
- ❖ SAMOUR Y, « Portail décisionnel – Un outil structurant du dialogue de gestion avec les pôles » - Revue hospitalière de France - n° 542, Septembre Octobre 2011
- ❖ STANISLAS JL, CHARNIGUET D, « Cadre soignant de pôle : expériences MCO / psychiatrie », Gestions Hospitalières n° 503, Février 2011
- ❖ TANGUY H, « Le règlement intérieur de l'hôpital après HPST de nature managériale et à caractère urgent », Gestions Hospitalières n° 503, Février 2011

- ❖ VALLENCIEN G, « Formation des médecins et gouvernance des établissements de santé », Revue hospitalière de France - n° 542, Septembre Octobre 2011

SITES INTERNET

- ❖ BOYER F., [www.JDN/L'économie demain](http://www.JDN/L'économie%20demain), 11/10/2012
- ❖ FERNANDEZ A., [www.piloter.org/gouvernance entreprise](http://www.piloter.org/gouvernance%20entreprise), 2011

Liste des annexes

Grilles d'entretiens avec les professionnels

Grilles d'analyse des entretiens

Grille d'entretien directeur, chef d'établissement

1. Comment avez-vous souhaité organiser la gouvernance dans l'établissement ?

- Prise de décisions stratégiques est organisée comment ? Travail avec le directoire
- Principe de subsidiarité
- Organisation de la concertation

2. Quelle communication sur le sujet ?

3. Les objectifs de délégation de gestion sont-ils indiqués dans le contrat de pôle ? Comment sont-ils évalués ?

4. Quelles sont vos attentes vis-à-vis des chefs de pôles ?

Leurs missions

5. Quelles sont vos attentes vis-à-vis des cadres de pôles ?

6. Quelles compétences attendez-vous d'un cadre de pôle ?

7. Quelles sont vos attentes vis-à-vis du directeur des soins dans l'accompagnement des pôles ?

8. Quelles sont vos attentes vis-à-vis des directions fonctionnelles dans l'accompagnement des pôles ?

Grille d'entretien directeur des soins

1. Comment est organisée la gouvernance dans l'établissement ?

- Prise de décisions stratégiques est organisée comment ? Travail avec le directoire

2. Dans quel domaine y-a-t-il délégation de gestion ? Et quel est le niveau de cette délégation de gestion ?

3. Quel est le rôle du DS dans la délégation de gestion

3. Quels sont les objectifs fixés aux cadres de pôles par la direction des soins ? Comment sont-ils évalués ?

4. Quelles compétences attendez-vous des cadres de pôles ?

5. Quelles sont vos attentes vis-à-vis des cadres de pôles ?

6. Y a-t-il des modalités d'accompagnement du cadre de pôle ? De quelle nature ?

7. Pensez-vous qu'une formation complémentaire au diplôme de cadre de santé soit nécessaire pour l'exercice de la fonction de cadre de pôle ?

Grille d'entretien chefs de pôles
--

1. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

- Ancienneté dans la fonction
- Modalités de recrutement

2. Quelles sont vos missions et activités?

Avec qui travaillez-vous ?

Les attendus par rapport à vos missions sont-ils précisés dans une fiche de poste ?

3. Dans quels domaines avez-vous délégation de gestion ? Quels objectifs vous sont fixés ?

4. Comment déclinez-vous le projet de pôle ? Quelle articulation avec le projet d'établissement ?

5. Avez-vous bénéficié d'une formation sur le management des pôles ?

Estimez-vous que c'est nécessaire ?

Qu'en attendez-vous ?

6. Quelles sont vos attentes vis-à-vis du cadre de pôle ?

Du directeur des soins ?

Des directions fonctionnelles ?

Grille d'entretien cadres de pôles

1. Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

- Ancienneté dans la fonction
- Modalités de recrutement

2. Qu'est-ce que c'est pour vous la gouvernance ?

3. Quelles sont vos missions ?

- Sont-elles clairement identifiées ? Les missions respectives du chef de pôle et cadre de pôles sont-elles distinctes ?
- Les missions respectives du DS et du CSS sont-elles suffisamment explicites dans le cadre de la gouvernance ?

4. Quelles sont vos activités principales ? Avec qui travaillez-vous ?

5. De quel niveau de délégation de gestion disposez-vous ? Y a-t-il des objectifs posés par la direction des soins ?

6. Comment communiquez-vous sur le sujet avec les cadres de santé ?

7. Comment déclinez-vous le projet de pôle ?

8. Comment déclinez-vous le projet de soins ?

Avez-vous des objectifs fixés par le DS

9. Travaillez-vous avec les autres cadres de pôles ?

10. Qu'est-ce que le DS attend de vous ?

11. Avez-vous bénéficié d'une formation sur le management des pôles ?

- Outre la formation de cadre de santé, avez-vous d'autres formations ? master DU ...
- Pensez-vous que c'est nécessaire ?
- Qu'en attendez-vous ?

12. De votre point de vue, quelles sont les compétences attendues pour un cadre de pôle ?

13. Quelles sont vos attentes vis-à-vis du directeur de soins ?

Du chef de pôle ?

Des directions fonctionnelles ?

Grille d'analyse des entretiens

	Enquêté 1	Enquêté 2	Enquêté 3		
Question ouverte : la gouvernance					
La délégation de gestion					
Mes missions					
Activités principales					
Avez-vous une formation spécifique ?					
Les attentes vis à vis des cadres de pôles : compétences, activités, missions					
Les attentes vis à vis du directeur des soins					
Les attentes vis à vis des directions fonctionnelles					
Les attentes vis à vis des chefs de pôles					
Articulation projet de soins / projet de pôle					

PROVOST

Nathalie

Décembre 2014

Directeur des soins

Promotion 2014

GOUVERNANCE HOSPIALIERE : EVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES CADRES DE POLES PAR LE DIRECTEUR DES SOINS

Résumé :

L'évolution de l'organisation hospitalière a conduit à une modification des missions et des relations entre les acteurs, en particulier celles des dirigeants hospitaliers. Le positionnement, les missions des cadres de pôles et de la direction des soins se structurent.

L'étude menée auprès de 2 établissements de santé vise à éclaircir les attendus des différents acteurs et à proposer des modalités d'organisation de l'équipe d'encadrement avec le directeur des soins.

Favoriser une communication managériale et une reconnaissance des cadres de pôles au plan stratégique, les impliquer et assurer un accompagnement et un suivi construit avec l'équipe de direction est un défi à relever par le directeur des soins.

Mots clés :

Projet managérial, Positionnement, Accompagnement, Direction des soins, Cadres de pôles, Organisation polaire

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.