



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**La professionnalisation du cadre de pôle :
Une priorité du directeur des soins**

Claire ROUZAUD-GAY

Remerciements

Cette année de formation a été pour moi un moment privilégié de ma vie professionnelle où j'ai pu, au décours des temps d'enseignement et de stages, faire des rencontres riches en échanges, en questionnements et réflexions.

Pour tout cela je tiens particulièrement à remercier,

Muriel DODERO et Thierry BRUGEAT, mes maîtres de stage,
Pour leur accueil et leur accompagnement bienveillant,

L'équipe pédagogique en charge de la filière Directeur des Soins,
Pour leurs enseignements, leur écoute

Mes collègues de promotion,
Pour ces moments de partage, de joie qui ont émaillé cette année,

Florence et André, compagnons de route,
Pour nos fous rires, nos doutes et notre amitié,

Monique, Hélène et André,
Pour leur appui chaleureux,

Marie-Pierre, ma sœur et Lucien mon père,
Pour leur aide et leur disponibilité,

Jean-Marc, mon mari, Victoria et Charlotte, mes filles
Pour leur confiance, leur soutien et leur patience.

S o m m a i r e

Introduction	1
1 LA NOUVELLE GOUVERNANCE : CONSTATS ET INCIDENCES	5
1.1 L'hôpital et ses acteurs.....	5
1.1.1 L'évolution de la gouvernance interne des hôpitaux.....	5
1.1.2 Un acteur essentiel: le chef de pôle.....	7
1.1.3.Le directeur des soins dans le mouvement hospitalier.....	9
1.2.Le cadre de pôle : nouveau métier	11
1.2.1.Du métier d'infirmier(e) à la fonction de cadre de pôle.....	11
1.2.2.Cadre de pôle : entre exigences et complexités.....	14
1.2.3.Directeur des soins : nouvelle approche managériale.....	17
1.3.De la compétence à la professionnalisation.....	18
1.3.1.La compétence et son acquisition	19
1.3.2.La professionnalisation: processus dynamique, pertinent et nécessaire.....	21
1.3.3.De l'individuel à la performance collective.....	22
2 ETUDE SUR LE TERRAIN.....	25
2.1.Premières démarches.....	25
2.2.Approche méthodologique.....	26
2.2.1.Contexte.....	26
2.2.2.Choix de l'outil.....	26
2.2.3.Profil des personnes interviewées.....	27
2.2.4.Traitement des informations.....	27
2.2.5.Limites et les points forts de l'enquête.....	28
2.3.Point de vue des acteurs.....	29
2.3.1.L'institution, sa gouvernance et ses acteurs.....	29
2.3.2.Directeur et cadre de pôle	30
2.3.3.Chef de pôle et cadre de pôle.....	31
2.3.4.Cadre de pôle: réflexions sur la fonction.....	32
2.3.5.Directeur des soins et cadre de pôle.....	35
2.4.Analyse et interprétation des données.....	37
3 PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	43
3.1.Le directeur des soins, maître d'œuvre.....	44
3.2.Préalables institutionnels intangibles.....	46
3.2.1.Fiche de fonction du cadre de pôle.....	46
3.2.2.Ajustement des compétences.....	46
3.2.3.Processus de sélection	47

.3.3.DS et CSP: organisation d'un parcours.....	48
...3.3.1.Accompagnement au quotidien.....	48
...3.3.2.Phase d'accueil et d'intégration.....	49
...3.3.3.De l'entretien d'évaluation au plan individuel de développement professionnel.....	50
.3.4.Construction de la performance collective.....	51
...3.4.1.La formation au service du groupe.....	51
...3.4.2.Le séminaire: temps de distanciation.....	52
...3.4.3.L'analyse des pratiques professionnelles: temps de construction collective.....	53
.3.5.Le territoire de santé, la région: intérêt des échanges.....	53
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	59
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- ARS : Agence régionale de santé
- CGS : Coordonnateur Général des Activités liées aux Soins
- CH : Centre hospitalier
- CHG : Centre hospitalier général
- CHT : Communauté hospitalière de territoire
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CME : Commission médicale d'établissement
- CSP : Cadre supérieur de pôle
- CSS : Cadre supérieur de santé
- DH : Directeur d'hôpital
- DIF : Droit Individuel à la Formation
- DRH : Directeur des Ressources Humaines
- DS : Directeur des Soins
- DSCGS : Directeur des soins, coordonnateur général des soins
- EPS : Etablissement Public de Santé
- FHF : Fédération hospitalière de France
- GCS : Groupement de coopération sanitaire
- GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- IFCS ; Institut de Formation des Cadres de Santé
- IG : Infirmière générale
- IGAS : Inspection générale des Affaires sociales
- RTT : Réduction du temps de travail
- SWOT : STRENGTHS-WEAKNESSES-OPPORTUNITIES-THREATS
- T2A : Tarification à l'activité

Introduction

La nouvelle gouvernance hospitalière a reconfiguré l'organisation de l'hôpital et redéfini le positionnement de chacun de ses acteurs. Leur autonomie et leurs compétences sont valorisés par l'existence du principe de subsidiarité sur lequel elle s'appuie, dans le respect de chacun et de leur complémentarité. En constante adaptation aux exigences de son environnement, aux attentes des usagers du système de santé, aux contraintes de rigueur, et d'efficacité auquel il est soumis, l'hôpital poursuit son évolution. Cette dynamique de changement dans laquelle il est entré, nécessite de la part de chacun de ses membres, engagement et adhésion.

La structuration de l'institution hospitalière en pôles d'activités, la participation du corps médical aux décisions stratégiques, la contractualisation interne dans le but d'accroître la responsabilisation des acteurs composent les étapes clés de ce changement organisationnel. Au-delà de celui-ci, ce sont de nombreuses mutations d'ordre relationnel, culturel et managérial qui s'opèrent.

La fonction de cadre de pôle, membre du trio de pôle dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire, est soumise à ces différentes transformations. Elle est majoritairement occupée par des cadres supérieurs de santé, sans formation particulière autre que la formation initiale délivrée en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Son exercice requiert actuellement capacité d'adaptation et appropriation d'une logique gestionnaire, garantissant conjointement un niveau de qualité des prises en charge des différents usagers.

Etre cadre de pôle aujourd'hui, c'est être confronté à des exigences nouvelles et évolutives de l'institution hospitalière engagée dans une quête de performance. Il est ainsi demandé à cet encadrement d'être force de propositions dans des réorganisations efficaces du fait du contexte contraint. Face à la demande d'une réponse professionnelle adaptée, les cadres de pôle se trouvent en difficultés, manquant de connaissances, de méthodes et d'outils. L'évolution rapide de cette nouvelle fonction n'a pas été accompagnée. Pourtant, l'hôpital a besoin de cadres de pôle clairement positionnés, s'adaptant à la complexité et aux incertitudes des orientations stratégiques des institutions.

Ce passage d'un rôle de «chef d'équipe» à une démarche professionnelle de «responsable», nécessite au sein d'un pôle l'accompagnement de l'Institution et plus particulièrement du Directeur des Soins. Ce dernier, en sa qualité de membre de droit du directoire, participe à la définition des qualifications et des compétences requises par la politique managériale appliquée aux pôles, facilitant ainsi l'intégration des spécificités inhérentes au management des paramédicaux. Membre de l'équipe de direction, il contribue à accompagner ces différents changements et doit adapter sa stratégie managériale à ce contexte en constante évolution, aux acteurs majeurs que sont les chefs de pôle et les cadres de pôle. Susciter chez eux l'envie de coopérer mais aussi de répondre de manière appropriée aux exigences contextuelles constitue pour lui un enjeu réel.

Dans son approche managériale, le directeur des soins se soucie de la cohérence entre les «attendus institutionnels» et les capacités des agents à y répondre. Accompagner son équipe de collaborateurs dans l'acquisition de nouvelles compétences constitue un véritable défi managérial. Il est essentiel pour lui de s'appuyer sur une équipe de cadres de pôle conscients des contraintes contextuelles, des orientations de l'institution pour en faciliter une déclinaison pertinente et adaptée au sein de chaque pôle. Il développe dans cette approche son rôle d'expert et de conseil.

Son champ de compétences propres lui confère la responsabilité de contribuer au pilotage du projet de management de l'encadrement, à l'évaluation de celui-ci, à l'identification des besoins en formation.

De plus, établir un management basé sur la compétence et la confiance contribue à asseoir le positionnement de chacun. Il participe au développement d'une identité professionnelle propre et permet ainsi d'engager la direction des soins à participer au développement du système territorial de santé.

Ces premiers constats se fondent sur la lecture de textes de lois, de rapports nationaux, de mémoires. Ils s'appuient sur notre expérience professionnelle enrichie d'échanges avec nos collègues élèves directeurs des soins, des coordonnateurs généraux des soins, des directeurs d'hôpital. Ils étayent notre réflexion et nous amènent à développer le questionnement suivant :

Quels sont les freins et les leviers pour le Directeur des Soins dans l'accompagnement des cadres de pôle vers un processus de professionnalisation?

Cette question de départ induit les interrogations suivantes qui serviront d'architecture à ce travail :

- L'existence d'un projet managérial pour l'encadrement permet-t-elle d'identifier les compétences requises et attendues dans l'exercice de la fonction de cadre de pôle?
- Comment les chefs de pôle conçoivent-ils cette fonction et qu'en attendent-ils ?
- Quelles sont les attendus d'un DS sur la fonction de cadre de pôle?
- De quels moyens dispose actuellement le directeur des soins pour accompagner les cadres de pôle dans la construction de leur développement professionnel?
- Quelles sont les attentes des cadres de pôles?

Notre réflexion va s'appuyer sur les différents textes qui régissent le métier de directeur des soins ainsi que sur les éléments issus de la mission de SINGLY et du rapport COUTY. Ces derniers permettront d'étayer la démarche sur le terrain, conduiront à structurer le cadre conceptuel, à mieux comprendre et appréhender les informations recueillies par l'intermédiaire de questionnaires auprès des différents acteurs de l'hôpital.

L'analyse de cette enquête qualitative sera complétée par la lecture des projets managériaux des structures retenues dans le cadre des entretiens.

Ces différentes étapes vont constituer le socle du travail décliné en trois temps, guidant ainsi notre réflexion jusqu'à l'élaboration de préconisations, au service du développement de la direction des soins.

Dans un premier temps, nous investirons les supports réglementaires, les différents rapports ministériels ainsi que les réflexions actuelles menées sur le développement professionnel des cadres de pôle. Un éclairage conceptuel et sociologique sur les acteurs de l'institution hospitalière, sur le projet managérial construit autour de l'acquisition de compétences, viendra enrichir cette première approche. Ce temps nous permettra de comprendre le concept de professionnalisation autour des processus de transformation des compétences.

Sur cette base conceptuelle, les acteurs identifiés seront interviewés sur leurs attentes respectives et leur exercice de la fonction de cadre de pôle. L'état des lieux ainsi réalisé nous permettra de pointer l'existence ou non d'écarts, de nous interroger sur les liens entre la fonction exercée, le lieu et le contexte dans lequel elle s'exerce et sur la demande des autres acteurs.

La deuxième partie décrira la démarche d'enquête sur le terrain. Ce temps essentiel qualifiera la pertinence des questionnements, faisant le lien entre la réalité professionnelle actuelle et l'enjeu de la professionnalisation des cadres de pôle comme projet managérial du directeur des soins. L'analyse des résultats orientera notre réflexion sur les éléments susceptibles de favoriser le développement des compétences spécifiques des cadres de pôle.

Une dernière partie proposera des pistes d'actions qui permettront au directeur des soins de construire, de mettre en œuvre et d'évaluer le projet d'accompagnement de ses collaborateurs dans l'hôpital d'aujourd'hui et pour celui de demain.

1 LA NOUVELLE GOUVERNANCE : CONSTATS ET INCIDENCES

1.1 L'hôpital et ses acteurs

L'hôpital est depuis de nombreuses années soumis à des bouleversements qui l'amènent à se remettre en question, à évoluer tant dans ses organisations que dans l'approche professionnelle de ses acteurs. Les changements de son environnement qui le conduisent à être plus efficace, plus adaptable sont de nature multiple. Les exigences de sa clientèle ont évolué et se traduisent par la mise en place de démarches d'accréditation-certification, base d'une culture de qualité et gestion des risques dans les pratiques soignantes. De plus, le contexte économique contraint, engageant une raréfaction des ressources humaines et logistiques, impose une maîtrise des coûts et une approche médico-économique des activités. C'est dans ce paysage d'exigences normatives et de restrictions budgétaires que vont se dérouler les réformes hospitalières les plus récentes. Celles-ci vont reconfigurer l'organisation interne de l'hôpital, faire émerger de nouvelles fonctions, transformer les missions de l'équipe de direction et plus particulièrement celles des directeurs des soins.

1.1.1 L'évolution de la gouvernance interne des hôpitaux

En novembre 2002, l'Etat lance un plan de modernisation de l'hôpital public. Après la loi hospitalière de 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996, il s'agit d'une réforme en profondeur du système hospitalier. Dans le plan «Hôpital 2007 », le deuxième volet de mesures porte sur la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics. Faire évoluer l'organisation et la gouvernance hospitalières, répond à la nécessité de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de ces institutions.

En effet, *«Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT, appelle la mise en œuvre rapide d'un véritable plan de sauvetage de l'hôpital public, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui donner la souplesse, la réactivité, et l'efficacité qui lui font défaut, et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent¹»* tout *«en impliquant ... l'ensemble des acteurs concernés²»*. Il s'agit donc de donner à la communauté hospitalière les moyens de sa réorganisation, lui permettant de réformer son mode de gouvernement interne.

Cette nouvelle gouvernance hospitalière va donc reposer sur les trois principes suivants :

- le principe de subsidiarité, *« principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre le problème.*

¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, *Hôpital 2007*, dossier de presse, 20 novembre 2002-13p, visité le 02.09.2014, disponible sur internet : http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc.nsf/.../hôpital2007_mesures_0211.pdf.

² «Hôpital 2007», *Ibidem*.

C'est donc, pour l'action publique, la recherche du niveau le plus pertinent et le plus proche des citoyens. Il conduit à ne pas faire à un échelon plus élevé ce qui peut être fait avec la même efficacité à un échelon plus bas. Le niveau supérieur n'intervient que si le problème excède les capacités du niveau inférieur (principe de suppléance).»³

- le principe de contractualisation : il définit l'ensemble des opérations qui concourent à la signature d'engagements réciproques de type contractuel entre les différents acteurs du système de santé.
- le principe de responsabilisation : il introduit la prise de décision, développe l'autonomie, favorisant ainsi la motivation de l'ensemble des professionnels impliqués.

En 2009, la loi HPST, engagée dans le cadre d'une territorialisation des politiques de santé, renforce ce principe d'une nouvelle gouvernance mettant en exergue l'intérêt d'impliquer dans l'organisation l'ensemble de la communauté hospitalière, réseau de savoirs et de compétences. Elle engage l'hôpital dans une adaptation constante à son environnement pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population.

La création de pôle d'activité, structure interne de référence, la nomination de responsables médicaux comme chefs de pôle, la contractualisation interne sont la traduction de ce processus de modernisation de l'hôpital, introduisant ainsi une méthode de gestion axée sur la qualité et la participation, dans un contexte de démocratisation du management hospitalier.

Avec les contrats de délégation de gestion, les procédures internes décisionnaires sont déconcentrées, associant les équipes de pôle à l'économie de l'hôpital. Cela permet de répondre à la qualité des soins, mission principale des établissements, avec des engagements de suivi d'activités, de rationalisation du potentiel humain et matériel. La finalité de cette mesure est la responsabilisation des équipes hospitalières.

Les enjeux d'une telle démarche résident dans la capacité du réseau hospitalier à développer une vision commune de la qualité de la prise en charge et dans l'engagement à élaborer un processus de décision partagé par tous les acteurs. Le contrat de pôle et le projet de pôle constituent les outils de cette nouvelle approche dont les conditions de réussite reposent en partie sur une modification des relations internes, du management des équipes. Ce passage d'une logique de contrôle à une logique de pilotage nécessite la mise en place d'un dispositif de guidage transparent aux yeux de tous les acteurs. La démarche de dialogue de gestion s'en trouve ainsi confortée. Il s'agit aussi de favoriser le partage des savoirs et de repenser le positionnement des directions fonctionnelles. Elles apportent

³ "TOUPICTIONNAIRE" : le dictionnaire de politique, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/le-dictionnaire-de-politique>, visité le 28 Août 2014

conseils et expertise aux pôles, dans le développement de leurs objectifs construits en cohérence avec le projet d'établissement, les orientations stratégiques de l'institution.

Cette dynamique ne peut se maintenir qu'à condition de développer les démarches de conduites de projets et de favoriser un mode de management en réseau, identifiant et valorisant les expériences des acteurs de l'institution hospitalière. L'instauration d'un dialogue au sein de l'hôpital, avec l'ensemble de ses acteurs est un prérequis.

En mars 2014, un rapport sur le bilan et l'évaluation du fonctionnement des pôles dresse un état des lieux de ces organisations, six ans après leur mise en place⁴.

La mission réaffirme le principe des pôles incitant les établissements à élaborer une charte d'organisation, à systématiser et généraliser les contrats, les projets de pôle ainsi que les délégations de gestion. Elle préconise le renforcement des outils de pilotage à disposition des pôles. Sur la base du développement d'un management participatif en leur sein, il est recommandé de favoriser la cohérence institutionnelle et l'association des chefs de pôle à la gouvernance hospitalière.

1.1.2 Un acteur essentiel, le chef de pôle

Dans la continuité des ordonnances de 2005, la loi HPST renforce le rôle des pôles à l'hôpital sous l'autorité des chefs de pôles. Dans les établissements publics de santé, *«les anciens responsables de pôles deviennent les chefs de pôles d'activités. Cela traduit le renforcement du rôle et des compétences des chefs de pôles. Ceux-ci sont désormais les pilotes des centres opérationnels de l'hôpital.»*⁵

Nommés par le directeur sur proposition du président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), les chefs de pôle voient leur fonction évoluer vers un accroissement de leurs responsabilités. Cette évolution englobe une composante managériale réelle, *«les chefs de pôles cliniques ou médicotechniques sont à la fois médecins et désormais managers de leurs pôles. Ils sont investis d'une réelle autorité déconcentrée, avec plus de pouvoir que précédemment»*⁶.

Le chef de pôle contribue à la stratégie de l'établissement en proposant des dispositifs de soins cohérents avec le projet d'établissement, la politique de santé publique et les besoins des patients du territoire

Il est garant de la déclinaison et de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle, objectifs d'activités et de qualité qu'il a définis contractuellement avec le directeur de l'établissement et le président de la CME.

⁴DOMY P, MOULIN G, FRECHOU D, MARTINEAU F., MULLER C, *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 2014, 32p

⁵ ANAP, DGOS, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, p36, Anap.160p

⁶ ANAP, DGOS, *Ibidem*, p41.

A partir des ressources identifiées pour le pôle, elles aussi allouées dans le cadre du contrat de pôle, il assure en collaboration avec l'encadrement du pôle la juste affectation de celles-ci sur la base des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle. Il définit, pilote et anime l'organisation interne la mieux adaptée pour une prise en charge efficiente des patients, en étant garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le pôle.

«Il organise avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle le fonctionnement du pôle et non plus le seul fonctionnement technique de celui-ci.⁷»

Définir la notion d'autorité fonctionnelle du chef de pôle s'avère indispensable tant elle constitue une nouveauté pour l'ensemble des professionnels modifiant de fait leurs repères du rapport à l'autorité dans l'hôpital. *«L'autorité fonctionnelle comprend le pouvoir de donner des instructions au personnel et d'annuler ou de réformer les décisions prises par un collaborateur. En revanche, le chef de pôle n'a pas de compétence en matière d'avancement, notation, sanction, qui relèvent de l'autorité hiérarchique⁸.»*

Dans le cadre de son activité de manager, le chef de pôle est assisté par un ou plusieurs collaborateurs en l'occurrence un cadre paramédical de pôle dont *« il propose la nomination au directeur d'établissement⁹»*.

L'autorité fonctionnelle, le contrat de pôle, les délégations de signature constituent les leviers d'action du chef de pôle.

L'appropriation de cette nouvelle fonction est subordonnée à la réalisation d'une formation adaptée à cet exercice et proposée par le directeur de l'établissement. L'arrêté du 11 Juin 2010 précise les domaines d'apprentissage :

Gestion budgétaire et financière; Pilotage médico-économique et performance hospitalière; Systèmes d'information hospitaliers; Management des ressources humaines; Qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins; Management d'équipe et conduite du changement.

L'acquisition de ces savoirs va lui permettre de contribuer avec les directions fonctionnelles à la gestion des ressources du pôle, s'appuyant aussi sur des indicateurs pour piloter l'adéquation entre objectifs et moyens.

Cette acquisition de nouvelles compétences, jugées requises pour exercer pleinement sa fonction de chef de pôle peut s'avérer différente selon les circonstances: type d'établissement, niveau de délégation, nature et périmètre du pôle.

Le chef de pôle, acteur incontournable de l'organisation interne de l'hôpital se doit d'appréhender au mieux ce nouveau mode de pilotage de l'hôpital, *« cela signifie également*

⁷ANAP, DGOS ; *ibidem*.

⁸ANAP, *Etre chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? Base de partage et de réflexion pour les professionnels*, p 11, Anap.36p

⁹ANAP, DGOS ; *Op Cit*, p43.

passer d'une logique de statut basée sur une hiérarchie pyramidale à une logique de contractualisation basée sur la compétence et les résultats. Ce changement entraîne une modification des rôles et des pouvoirs.¹⁰»

La mise en place des pôles, la contractualisation modifient le schéma du fonctionnement de l'hôpital et interpellent sur la place et le rôle du directeur des soins dans cette dynamique de changement.

1.1.3 Le directeur des soins dans le mouvement hospitalier :

Parler de la fonction de directeur des soins, c'est traverser quatre décennies d'histoire et de cheminement.¹¹ Ce retour dans le passé nous aide à appréhender le système professionnel dont il est issu et ainsi à comprendre le groupe professionnel auquel il appartient.¹²

La loi de décembre 1941 et le décret d'avril 1943 font évoluer la gestion des établissements d'accueil des malades. Les communautés religieuses disparaissent peu à peu.

La collaboration étroite entre la Fédération Hospitalière de France (FHF) et Simone Weil permet en 1970 la création des infirmières générales (IG) dont les fonctions sont précisées dans le décret de 1975. Leur rôle se situe auprès du directeur et à l'intérieur de l'équipe de direction. Elle donne au service infirmier la possibilité d'exercer sa fonction dans les meilleures conditions psychologiques et d'obtenir ainsi la plus grande efficacité possible. De plus, elle siège à la commission médicale consultative avec voix délibérative.

Première construction, elle pose le socle de la fonction qui, avec le temps, évolue dans tous les domaines d'activités.

L'année 1996 constitue un véritable tournant dans la fonction d'IG. En effet, celle-ci devient une véritable fonction d'intégration des décisions dans la structure, une fonction d'aide aux arbitrages. Trois rôles clés sont identifiés, l'évaluation requérant une capacité d'analyse stratégique et reposant sur un profond sens tactique ; la valorisation et la dynamisation des équipes, demandant une capacité à déléguer, fédérer et guider.

La décennie 2000, marque l'évolution vers la fonction de directeur des soins. Nous nous, trouvons devant une véritable mutation sociale économique, politique et culturelle concernant l'approche des problèmes de santé qui entraîne celle de la fonction de soin et de la compétence développée par les soignants.

Cette histoire et les différents temps de son évolution nous conduisent au décret actuel régissant la fonction de directeur des soins.

¹⁰ LUTZ S, *Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité : quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ?*, CEDREA, les cahiers de l'étude des dynamiques sociales et de la recherche action, 7 avril 2006.

¹¹ Association des directeurs de soins, *Historique de la profession*, disponible sur internet, <http://www.directeursdesoins-afds.com>, visité 07 Septembre 2014.

¹² Association des directeurs de soins ; *Ibidem*.

En effet, le décret n°2014-7 du 07 janvier 2014 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière le positionne comme membre de l'équipe de direction. En sa qualité de président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, le DS est membre de droit du directoire, nouvelle instance qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Cette disposition le conforte dans une dimension stratégique au sein de l'établissement. A ce titre, « *il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques*¹³»

Plusieurs facteurs continuent à faire évoluer le métier de DS en établissement de santé. Parmi les plus conséquents, issus du contexte actuel, nous trouvons :

- *«L'évolution des besoins en santé (vieillesse, poly-pathologies, maladies chroniques...),*
- *L'évolution de la politique hospitalière : création du directoire, développement des pôles, développement des mises en réseau des établissements et des professionnels, fusion et réorganisation des activités médicales et para médicales,*
- *L'évolution des institutions hospitalières avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), et de la gestion par pôle,*
- *L'évolution des professions paramédicales, technicité des actes et des soins, coopération des professionnels de santé ; Renforcement de la judiciarisation et du consumérisme de la part des usagers, des associations d'usagers,*
- *La pression médiatique accrue sur les structures de santé (réaction de la presse à des incidents, à des actions de communication externe),*
- *La mise en place des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et de différents modes de coopération entre les acteurs de santé. »*¹⁴

Intégrant un niveau stratégique, les compétences du DS relèvent aussi d'un niveau de coordination et de responsabilité institutionnelle en matière de gestion de formation des personnels soignants et de recherche en soins.¹⁵

En Mars 2013, dans sa présentation du pacte de confiance à l'hôpital, Madame Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, réaffirme le rôle du DS, « *Au sein des équipes*

¹³Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur de Soins de la Fonction Publique Hospitalière.

¹⁴ Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, p1, mars 2010.EHESP

¹⁵ Direction des Etudes, filière de formation des directeurs des soins, *Référentiel de compétences des directeurs des soins*, EHESP, mise à jour décembre 2013, 27p.

de direction, les directeurs de soins, assument également un rôle tout particulier dans cette période de réorganisations importantes des hôpitaux et plus largement de notre système de santé¹⁶».

Elle identifie les missions qui sont et seront les siennes, *«organiser les équipes, anticiper les nouvelles fonctions ou les nouveaux métiers, piloter la formation, structurer au mieux la prise en charge des patients, participer aux choix stratégiques de vos établissements, leur rôle sera déterminant pour mieux structurer les parcours de soins..... »¹⁷*

Force de propositions auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement, sa connaissance des métiers, des organisations, du terrain, lui permettent d'apporter un éclairage transversal, favorisant ainsi la pertinence et l'efficacité des projets institutionnels. Il contribue en sa qualité de conseil à accompagner les pôles, surtout les acteurs du pôle dans leurs démarches de projets en cohérence avec les orientations de l'institution, impulsant ainsi la fluidité du parcours patient.

Cette approche nouvelle nécessite de sa part des facultés d'adaptation réelles et conduit le DS à repenser son management de l'encadrement, et plus particulièrement celui des cadres de pôle, nouveaux acteurs de l'institution hospitalière.

1.2 Le cadre de pôle, nouveau métier

Afin de cerner au mieux les missions du cadre de pôle acteur indispensable de l'organisation hospitalière, il nous est paru essentiel de faire une rétrospective sur la fonction d'encadrement.

1.2.1 Du métier d'infirmier(e) à la fonction de cadre de pôle

Le métier d'infirmier(e) constitue le plus souvent le métier d'origine de l'encadrement. Le passage d'infirmière à surveillante, responsable d'une équipe, est une étape importante à franchir pour le soignant, *«la transition n'est pas anodine car le soignant passe d'un métier à un autre et doit quitter le soin à proprement parler¹⁸»*

Le terme ancien de surveillante des services de soins, encore utilisé par les patients, leur famille et par certains professionnels, va évoluer vers celui de cadre infirmier puis de cadre de santé suivant ainsi les changements du monde de l'hôpital. Il en est de même pour celui de surveillante-chef, fonction qui va à partir de 1938 se transformer au gré des textes légiférant son statut, ses missions pour devenir cadre supérieur de santé.

¹⁶ TOURAINE M, *Discours, présentation du pacte de confiance*, p10, lundi 4 mars 2013.

¹⁷ TOURAINE M ; *Ibidem*.

¹⁸ REINHARDT S, *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8, p 123, soutenue le 30 mars 2011.422p

L'accès à cette fonction représentait bien souvent l'aboutissement d'une carrière au service d'une institution, la reconnaissance d'un savoir-faire technique mais aussi dans la gestion et l'organisation des équipes au service de la prise en charge des patients.

Les valeurs des surveillantes et surveillantes-chef de l'époque sont celles du métier d'origine, leurs activités sont peu orientées vers la gestion administrative.

La constitution de l'encadrement à l'hôpital est marquée par deux temps selon François-Xavier Schweyer, « *Dans un premier temps, dans les années 1950, un mouvement de professionnalisation des emplois hospitaliers se met en place pour faire face au souci du manque de qualification du personnel. L'effort a alors porté sur l'établissement des statuts permettant la reconnaissance des qualifications et sur les formations.... Dans un deuxième temps, est promue une organisation du travail de type entrepreneuriale. Les fonctions d'encadrement sont alors selon François-Xavier Schweyer, issues de la nécessité de repenser les structures et l'organisation du travail. Les statuts ont progressivement donné une reconnaissance institutionnelle aux cadres* »¹⁹.

L'évolution des fonctions d'encadrement de proximité, d'encadrement intermédiaire va se faire aussi sur la base de la création d'un diplôme de cadre de santé, qui à ce jour reste le titre essentiel et incontournable à l'accès à ces deux fonctions.

La formation de l'encadrement paramédical se caractérise par un enseignement d'un an en IFCS où l'ensemble des filières paramédicales engagées dans ce processus vont appréhender les principales théories du management, se doter d'outils d'aide à l'exercice de leur profession à venir, leur conférant les moyens d'intégrer leur nouveau rôle et un positionnement adapté au sein d'un service.

Depuis 1995²⁰, la création du diplôme de cadre de santé réunifie l'ensemble des formations destinées à l'encadrement, dans l'objectif de développer une culture et un langage communs. Ainsi, « *l'encadrement est considéré par le législateur comme un nouveau métier et non plus comme la prolongation naturelle du métier d'infirmière acquise par le biais de la simple ancienneté* »²¹; il en est de même pour les autres professions paramédicales.

Les textes législatifs²² parus dans les années 2000 vont contribuer à structurer et unifier le corps de la hiérarchie paramédicale en trois niveaux : les cadres de santé, les cadres supérieurs de santé et les directeurs des soins.

Pourtant le terme de cadre, d'origine militaire, ne trouve pas sa définition et le sentiment d'absence de reconnaissance prédomine auprès de l'ensemble de l'encadrement qu'il soit supérieur ou bien de proximité. C'est ainsi que le rapport de la mission sur les cadres hospitaliers présenté le 11 septembre 2009 par Madame Chantal de Singly²³, met en

¹⁹ REINHARDT S, *Op Cit*, p134.

²⁰ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme cadre de santé et arrêté du 15 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

²¹ REINHARDT S, *Op cit*, p188

²² Décret n°2001-1375 du 31/12/2001 et décret n°2002-550 du 19 avril 2002

²³ De SINGLY C, *Mission cadres hospitaliers*, rapport, Septembre 2009, 124p.

évidence l'importance de cerner au mieux ce que l'on entend par «*cadre hospitalier*» et par «*fonction d'encadrement*». La mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier avec quatre missions principales :

- Une mission de management d'équipes et d'organisations ;
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- Une mission d'expert ;
- Une mission de formation (initiale ou continue).

De plus, elle préconise une reconnaissance universitaire de la formation cadre.

Pourtant le passage de cadre de santé à cadre supérieur de santé, symbole d'une évolution de carrière pour les professions paramédicales, s'effectue dans le cadre d'un concours sur titres où seules les exigences d'un exercice de trois ans dans la fonction de cadre de proximité et d'un diplôme de cadre de santé sont requises. L'exigence de diplômes universitaires, de formation complémentaire n'est à ce jour pas légiférée.

Devenir cadre supérieur de santé se fait sans transition, sans étape de passage; certains d'entre eux peinent encore à trouver une place et une légitimité.

Si l'Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, identifie la présence d'un cadre de santé, comme assistant du médecin responsable de pôle, en charge de l'organisation, la gestion et l'évaluation dans son domaine de compétence, elle ne précise en rien la plus-value du grade de cadre supérieur dans l'exercice de cette fonction. La loi HPST ne reprend pas cette approche, signifiant uniquement que «*le chef de pôle peut être assisté d'un ou plusieurs collaborateurs*²⁴»

Pourtant ces dernières années la fonction de cadre supérieur s'est clarifiée, le décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière, dans son article 4, décline les missions du cadre supérieur de santé paramédical dans le domaine de l'encadrement de cadres des équipes de pôles d'activité cliniques et medicotechniques, dans le pilotage de projets de l'Etablissement et dans des fonctions de collaborateur de chef de pôle.

Dans le Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, «*Cadre Supérieur de Santé*» apparaît en tant qu'«*autre appellation*» dans la fiche métier du «*Cadre Soignant de Pôle*».

Mais l'exigence du grade de cadre supérieur de santé (CSS) dans l'exercice de cette fonction n'existe pas, des cadres de santé peuvent l'exercer. La décision d'attribuer la fonction de cadre de pôle à un cadre supérieur de santé appartient à chaque établissement, la plupart d'entre eux ont pris cette option. En effet, les activités, comme la régulation des flux de patients, la planification du personnel, la planification budgétaire, les fonctions transversales comme le suivi qualité, attribuées aux CSS positionnés sur des secteurs

²⁴ ANAP, DGOS ; *Ibidem*.

laissaient à prévoir une adaptation rapide de ceux-ci à l'exercice de la fonction de cadre de pôle.

De plus, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport de novembre 2010 considère que *«les fonctions de cadres paramédicaux de pôles doivent être occupées...par des cadres supérieurs de santé qui devront être formés à ces fonctions particulières²⁵»*

Etre cadre supérieur de santé et devenir cadre de pôle ou plus précisément Cadre Supérieur de Pôle²⁶ (CSP) n'est pas simplement un changement d'appellation. Cela peut être l'élément révélateur d'un changement de fonction.

1.2.2 Cadre de pôle: entre exigences et complexités

«La performance, l'efficacité et l'efficience ne sont pas les ennemies de l'hôpital public²⁷»

La quête de performance des hôpitaux, c'est-à-dire la réalisation d'*«exploit, réussite remarquable en un domaine quelconque, ou le résultat obtenu dans un domaine précis par quelqu'un²⁸»* est, à ce jour, ancrée dans la réalité quotidienne, conditionnée par celle des pôles devenus lieu de déclinaison de la stratégie de l'établissement. La mise à disposition d'outils de pilotage pertinents renforce la recherche d'efficacité de ceux-ci et confirme le rôle essentiel de ses acteurs dans l'émergence de l'efficience hospitalière.

Le cadre paramédical de pôle, acteur et partenaire du chef de pôle, se trouve engagé dans une recherche constante d'améliorations de l'activité, de la qualité et des organisations paramédicales au sein de l'entité polaire.

De fait, ce dernier occupe *«aujourd'hui une place essentielle dans l'organisation hospitalière. Son positionnement à l'interface du pôle et de l'établissement lui confère une double responsabilité – décliner la politique institutionnelle au sein du pôle et participer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle- qui l'oblige à composer en permanence entre les différentes influences, ascendantes et descendantes, et les contributions qui lui sont demandées²⁹»*.

L'évolution de son positionnement dans cette nouvelle organisation hospitalière implique de nouvelles activités, de nouvelles missions qui n'ont plus rien à voir avec celles, anciennes, de la surveillante-chef ou plus récemment celles du cadre supérieur de santé en charge d'un secteur. *«Sa position lui confère un rôle politique inédit³⁰»*.

²⁵ YAHIEL M, MOUNIER C, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers?*, rapport, Inspection générale des affaires sociales, p16, Novembre2010, 74p.

²⁶ Cadre supérieur de pôle étant le titre le plus souvent usité à l'hôpital pour identifier les cadres de pôle, signifiant à la fois leur différence et leur rapport hiérarchique avec les cadres de proximité du pôle.

²⁷TOURAINÉ M ; *Op cit*, p4.

²⁸ LARROUSE dictionnaire, *définition du terme performance*

²⁹ GERROLT HA, *Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution*, p19, Soins Cadres-n°86, pp19-22, mai 2013.

³⁰ GERROLT HA ; *Ibidem*.

Dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière³¹, les missions du cadre de pôle sont clairement déclinées, son champ d'activités identifié dans la gestion et l'optimisation des ressources humaines paramédicales et matérielles, l'organisation des activités de soins, de rééducations et médicotechniques. Il participe, en collaboration avec le chef de pôle, à la déclinaison du projet de prise en charge institutionnel au sein du pôle, à la mise en œuvre de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. Il assure le management des cadres de proximité, management en tant que leader, nécessaire à l'engagement de ses collaborateurs dans une démarche collective au service de la qualité, de la performance du pôle. En tant que manager, il joue un rôle majeur dans la mobilisation, la motivation et l'investissement des cadres de proximité pour atteindre les objectifs fixés au sein du pôle. De fait, il doit *«désormais se penser en position de responsable, pour devenir force d'impulsion et d'initiative au niveau du pôle»*³²

Au-delà de la relation privilégiée construite avec le chef de pôle, d'autres maillages sont établis avec l'équipe de direction pour la gestion et le suivi des projets, avec les prestataires internes et externes, avec l'ensemble des partenaires sur le territoire de santé pour la coordination des flux d'activités ou de patients.

La teneur de ces activités est confortée par les attentes des chefs de pôle. Ceux-ci attendent de leur collaborateur qu'il soit en capacité de conduire *«le changement de façon efficace, sachant non seulement analyser les tableaux de bord médico-économiques, mais également proposer des actions correctrices»*³³.

Soumis à l'obligation de résultats attendus, observés et observables, nous pouvons dire que les missions des cadres de pôle semblent plus claires.

Au-delà de la précision portée dans les différents documents, la direction doit formaliser les missions confiées qui lui sont confiées. En effet, même si les disparités sont grandes d'un établissement à un autre, il semble bien que se dessine un profil de cadre de pôle, prémices à la construction d'une identité professionnelle.

Selon Dubar et Tripier, *«l'identité professionnelle est le fruit d'une articulation entre le parcours individuel des acteurs et la définition que donne l'institution de leur rôle»*³⁴.

Les cadres de pôle participent aussi à la construction de cette fonction d'apparition récente si nous nous reportons au facteur temps. L'enrichissement des missions va de pair avec l'évolution des attentes et des exigences organisationnelles de l'hôpital. Mais il tire bénéfice aussi de l'appropriation qu'en font les professionnels concernés, à travers les réponses qu'ils apportent à l'institution aussi bien dans leur positionnement que dans l'expression de

³¹ Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, *Cadre soignant de pôle*, Ministère de la santé et des sports-Direction générale de l'offre de soins.

³² NICOLET M, *Directeur des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management*, Soins Cadres-n°86, p40- Mai 2013, pp39-42

³³ DOMY P, MOULIN G, FRECHOU D, MARTINEAU F., MULLER C ; *Loc Cit*, p16.

³⁴ GUILLON A, *Vers une nouvelle identité professionnelle pour les cadres supérieurs de santé*, Soins cadres-n°86, p31, Mai 2013.

leurs propres attentes. Cette approche favorise la définition du rôle du cadre de pôle, elle contribue à identifier les compétences requises à l'exercice de cette fonction.

L'exercice dans le pôle, la collaboration entre les membres du trinôme de pôle (le chef de pôle, le cadre de pôle et l'assistant de gestion) le qualifie comme lieu «*de négociation, de stratégies, d'innovation donc de nouveaux lieux de pouvoir*³⁵».

La qualité, la densité et la fréquence des échanges entre le chef de pôle et ses collaborateurs peut contribuer, dans le cadre d'une contractualisation réelle avec délégation de gestion, à construire un véritable collectif de pôle qui mutualise ses savoir-faire au service de la performance et des négociations avec la direction. «*A un moment donné, une véritable communauté de pôle, berceau d'une identité émerge et tient grâce à une solidarité à toute épreuve*³⁶».

Cette fonction se construit, ne cesse d'évoluer : l'oscillation entre l'appartenance polaire en lien avec le chef de pôle et l'appartenance institutionnelle, en tant que membre de la direction des soins, questionne le cadre de pôle sur sa place et sur son rôle au sein de l'institution. Les acteurs du pôle, même s'ils disposent d'une plus grande autonomie dans la gestion, l'organisation et le management de ce dernier, doivent s'inscrire dans une dynamique de progrès en cohérence avec les orientations de l'établissement. «*Le modèle d'Henri Mintzberg permet de formaliser cette transition. On passe d'une organisation professionnelle à une organisation divisionnalisée. Le risque de cette évolution organisationnelle est la perte de cohérence de l'organisation au détriment de la stratégie de chacune de ses unités*³⁷». L'objectif de performance du pôle ne doit pas engendrer l'isolement de celui-ci et/ou la rivalité avec les autres. Un changement d'organisation n'est jamais neutre sur les acteurs. Le cadre de pôle peut être tenté de s'engager dans ce processus de compétition, de quête de la réussite absolue face à l'exigence de performance, conduisant à son éloignement de son groupe d'origine au sein de la direction des soins.

Selon Dubar, l'identité catégorielle et celle de réseau construisent l'identité professionnelle de l'individu. La première se fonde sur la culture de métiers, faisant référence à des conduites d'adhésion, de soutien mutuel, de reproduction des valeurs, des normes et des comportements du corps professionnel d'appartenance. L'identité de réseau trouve sa légitimité dans les relations d'échanges que crée le professionnel avec l'ensemble des acteurs de la structure.

³⁵ DUVEAU V, LUCAS S, *Le cadre de santé de pôle, un manager collaboratif ?*, p25, Soins Cadre.n°86- Mai 2013-pp23-26.

³⁶ DUVEAU V, LUCAS S; *Ibidem*.

³⁷NOBRE T, *Pôle et formation au management, quels enjeux ?*, Revue hospitalière de France-n°542-Septembre-Octobre 2011, p21.

Aujourd'hui, pour le cadre de pôle, réfléchir sur ses valeurs professionnelles, celles partagées au sein de la direction des soins, correspond à s'interroger sur son appartenance professionnelle et son implication dans le projet de soins institutionnel.

Dans cette mutation professionnelle profonde touchant l'encadrement supérieur, le directeur des soins se voit dans l'obligation de repenser son mode managérial, de reconfigurer ses relations avec eux et de renforcer son rôle de coordination.

1.2.3 Directeur des soins : nouvelle approche managériale

Dans ce contexte où l'institution hospitalière est en constante transformation, comment le directeur des soins travaille-t-il avec les cadres de pôle pour faire vivre le projet de soins institutionnel, pour faciliter leur intégration et/ou leur appropriation du poste ? Quelles pratiques managériales met-il en place pour les amener à répondre aux exigences de performance?

Membre du directoire, le DS, coordonnateur général des soins *«participe à la définition de la politique de l'établissement et aux stratégies de coopération mises en place. Il met en œuvre un management ayant à la fois un axe stratégique et un axe transversal³⁸»*.

Stratégique dans sa vision plus globale des orientations de l'établissement, dans sa lecture de la politique de santé, le directeur des soins se positionne comme *«un pilote, un manager-entraîneur de l'équipe des cadres de pôle, facilitateur pour les nouveaux modes d'organisation³⁹»*.

Leader de son équipe, il la motive, la fédère autour d'une dynamique de réussite. Il essaie *«de mettre en phase les besoins des subordonnées et ceux de l'organisation de façon à accroître l'efficacité des opérations⁴⁰»*. Pour cela, il met au service de ses collaborateurs son expertise en méthodologie de projet, les accompagnant dans la structuration et le développement de ceux-ci. Cette fonction de conseil et d'appui constitue une ressource au regard de la complexité de la gestion et de la coordination des projets intra polaires et inter polaires.

La notion du *«travailler ensemble»* prend toute sa dimension. En effet, pour répondre au mieux aux demandes de ses collaborateurs, le DS doit connaître les spécificités de chaque pôle. Pour ce faire, des principes de communication et d'informations partagées doivent être édictés ensemble, permettant ainsi de comprendre les exigences de ce nouvel ordre, le sens des actions menées, à mener. Cette collaboration basée sur *«la communication et l'information nécessite l'accompagnement du changement, l'explication des réformes, des*

³⁸ NICOLET M ; *Ibidem*.

³⁹ PRUVOT N, *La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle*, Soins Cadres-n°86, p44, Mai 2013, pp 43-46.

⁴⁰ MINTZBERG H, *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, p 107, Eyrolles, Edition d'organisation, août 2013, 283p.

réorganisations et des innovations par le déploiement de méthodes et d'outils de communication managériale⁴¹ ».

La déclinaison de son projet managérial s'articule autour d'une organisation des soins performante. Son approche managériale doit être adaptée à son équipe de collaborateurs cadres de pôle, fondée sur des valeurs communes autour du soin et de la structuration de parcours fédératifs de prise en charge soignante. Cela ne peut se concevoir d'une part sans appréhender la complémentarité des membres de l'équipe, et d'autre part sans la mise en place de relations basées sur la confiance⁴². Celles-ci sont essentielles pour construire et conforter une collaboration dynamique, prenant en compte les potentialités créatives de chacun, leur envie d'entreprendre, mettant au service de leur progression leur expérience et leurs connaissances professionnelles. Le DS sort d'un management traditionnel pour s'orienter vers un « *management plus intrapreneurial⁴³* » mobilisant les qualités de persévérance, d'initiative de ses collaborateurs dans leurs capacités à mener à bien leurs objectifs, ceci dans la durée et surtout dans la réussite.

Dans ce changement de paradigme où l'hôpital passe « *d'un management pyramidal à un fonctionnement en co-responsabilité⁴⁴* », le DS positionne les cadres de pôle comme partenaires qui, par leur connaissance des problématiques du terrain, participent à la prise de décision. Les impliquer dans la déclinaison des axes stratégiques de l'établissement, l'amène à construire leur accompagnement c'est-à-dire construire avec eux les étapes qui permettront à chacun mais aussi à l'équipe d'être autonome, d'être en compétence pour répondre aux exigences actuelles de l'hôpital, à celles de demain et donc savoir faire preuve d'adaptabilité face aux changements. Cela relève de sa responsabilité.

Il met en place un management bienveillant car « *parler de performance sans accompagnement c'est comme parler de chef-d'œuvre sans inspiration, de travail sans patience, cela n'a pas de sens. L'accompagnement pour «secouer», «interpeller», «faciliter», «partager» le développement du collaborateur, est la voie porteuse de succès et de satisfactions⁴⁵* ».

1.3 De la compétence à la professionnalisation

L'évolution sémantique du mot accompagnement retrace sa spécificité. Au XVIIIe siècle, action de jouer une partie de soutien dans une partition musicale, il se réfère dans un deuxième temps à un usage militaire où l'idée du soutien a l'intention de renforcer ou de

⁴¹ PRUVOT N, *Op Cit*, p44.

⁴² La confiance : concept que nous étudierons plus précisément dans le cadre de notre analyse de l'enquête sur le terrain.

⁴³ PRUVOT N ; *Ibidem*.

⁴⁴ NICOLET M ; *Ibidem*.

⁴⁵ ESNAULT N, *Le manager développeur de compétences*, p5, ESF-CEGOS, 151p.

protéger. Depuis le XXe siècle, accompagnement trouve son sens dans la personne qui guide un groupe.

L'engagement dans une démarche d'acquisition des compétences constitue le socle du processus de professionnalisation dans lequel l'institution et plus particulièrement le DS va accompagner le cadre de pôle. Celui-ci s'engage à être acteur de son développement. Ainsi cette démarche devient co-mobilisatrice.

1.3.1 La compétence et son acquisition

«*Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme*⁴⁶», pour relever ce défi, l'hôpital au-delà de l'évolution de son organisation, doit faire émerger le potentiel humain de ses professionnels en mobilisant leurs compétences soit acquises soit à construire.

Philippe Zarifian⁴⁷ nous propose les définitions suivantes de la compétence, prenant en compte sa dimension individuelle mais aussi son aspect collectif et social, définitions qui peuvent être applicables aux exigences du nouveau métier de cadre de pôle :

- «*La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté*», cela suppose du professionnel qu'il accepte et prenne des risques. Il est donc capable d'adapter une réponse face à un évènement, une situation.
- «*La compétence est une intelligence des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations change*». Il s'agira pour le cadre de pôle de passer d'un comportement familier à un comportement analytique et réfléchi. Cette dimension fait appel à une dynamique d'apprentissage, où la connaissance du terrain et de ses acteurs se met au service de l'appréciation et de la compréhension de la situation. La construction d'un parcours d'acquisition prend ici tout son sens.
- «*La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité*». Cette dernière approche suppose de faire appel à d'autres professionnels, à les mobiliser autour de la régulation d'une situation. Cet engagement collectif permet d'avoir un panel de compétences complémentaires qu'un individu ne peut seul posséder. La réussite de cet échange de compétences au sein d'un groupe de professionnels n'est effective que si le groupe a des objectifs communs, des enjeux identiques et complémentaires à partager. Cette dimension sociale de la compétence fait apparaître l'intérêt d'une organisation transversale du travail, en

⁴⁶ LARCHER G, *Les missions de l'hôpital public*, rapport remis au Président de la République, le 10 avril 2008, 102p.

⁴⁷ ZARIFIAN P, *Objectif compétence : pour une nouvelle logique*, Editions Liaisons, 1999, 229 p.

réseau où chacun intervient et complète la réponse à donner dans un souci de performance.

Dans l'hôpital en pleine transformation, l'émergence d'une logique de compétences vient d'un triple constat. La complexité des actions à mener augmente, la prise de décision doit être rapide et pertinente. Le développement de la notion de service rendu, service de qualité en adéquation avec la demande des usagers du système de santé, nécessite la mise en place de collaboration efficace où la complémentarité de chacun des professionnels sert l'exigence initiale. L'importance de la communication est réelle, communication opérationnelle traduisant une compréhension réciproque des différents acteurs, fondée sur des accords qui seront le gage du succès des actions menées en commun.

L'évolution des activités du cadre de pôle, son positionnement stratégique et opérationnel au sein du pôle et de l'institution le conduisent à acquérir de la qualification nécessaire à la réalisation de son travail.

Etre compétent, c'est avoir les moyens de prendre une initiative par rapport à une situation et d'en assumer la responsabilité. *«Il y a vraiment deux mots clés dans la compétence : la prise d'initiative par l'individu lui-même et la responsabilité de sa prise d'initiative. Je prends une initiative, mais je suis responsable de ses effets, de ses conséquences⁴⁸».*

La nouvelle gouvernance des hôpitaux par sa traduction en pôle, en délégation de gestion conforte la nécessité d'instaurer un management par la compétence, celle-ci étant alors *«La manière de remplir cette zone d'autonomie sans prescription⁴⁹».*

Etre compétent c'est aussi savoir mobiliser et non pas simplement appliquer ses connaissances pour la compréhension d'une situation. Cette dernière est essentielle à la prise d'une initiative pertinente, appropriée et donc au choix décidé. Cette capacité à faire des choix, à arbitrer et donc à décider donnera au cadre de pôle la réponse à un positionnement attendu et matière à motivation. Participer au processus décisionnel correspond à la prise en compte des aspirations professionnelles de chacun, c'est aussi reconnaître l'autre comme un professionnel responsable et autonome.

Devenir un professionnel qualifié constitue donc pour lui mais aussi pour son institution un enjeu à relever. Il s'agira pour l'hôpital de définir ce qu'il attend de ses cadres de pôle, de clarifier leurs missions en lien avec le contexte et de porter à leur connaissance les orientations pour demain. Il doit pour ce faire créer les conditions favorables au développement de leurs compétences. Le cadre de pôle devra se positionner en tant qu'acteur de sa propre construction professionnelle.

Ainsi, ce parcours d'acquisition de compétences peut se concevoir comme un véritable contrat dans lequel s'engagent les deux partenaires; la mobilisation de nouvelles qualités professionnelles de l'individu servant le collectif dans sa quête de performance.

⁴⁸ ZARIFIAN P, *La logique de compétence, un enjeu de société*, Débat organisé par le CIBC de Nîmes, <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page14.htm>, visité le 14août 2014.

⁴⁹ ZARIFIAN P ; *Ibidem*.

1.3.2 La professionnalisation : processus dynamique, pertinent et nécessaire

La mutation de l'hôpital, la transformation de son organisation interne et l'émergence de nouveaux métiers mettent en exergue l'intérêt de la professionnalisation.

La professionnalisation renvoie au terme «profession», d'origine latine, issu de «*professio*» signifiant déclaration. Le mot ne se réduit pas seulement aux savoirs, il fait référence au métier exercé par une personne. Parler de professionnalisation, c'est aussi mettre l'individu en lien avec différents processus, démarches, dispositifs, outils qui concourent au développement des compétences qu'il devra mobiliser dans l'exercice de son métier.

La professionnalisation s'entend comme le mécanisme qui conduit l'individu à devenir professionnel. De fait, elle correspond à une transformation du métier et de l'acteur l'exerçant.

Selon Jean-Marie Barbier, elle peut se définir comme «*le développement des différentes actions et initiatives référées à une intention d'élaboration et d'actualisations des compétences.....comme un processus finalisé de transformation de compétences en rapport avec un processus de transformation des activités*⁵⁰».

Cette démarche dynamique de construction de compétences s'appuie sur deux notions clés, l'apprentissage et l'expérience. Engagement volontaire du professionnel, elle repose sur les modalités organisationnelles mises en place au sein d'une institution, des relations établies entre les différents acteurs concernés. «*L'organisation en équipe autonome, le management par projet, le développement de communautés d'action, selon l'expression de Philippe Zarifian, favorisent les apprentissages*⁵¹».

Un deuxième élément conforte cette démarche, il s'agit de la capacité à utiliser l'expérience c'est-à-dire comment l'individu la comprend et l'exploite et dans quelles conditions. «*C'est par la distanciation du travail, la réflexion sur sa pratique au détour des événements ou aléas rencontrés que l'on développe ses compétences. La posture du manager, le collectif de travail et les pratiques organisationnelles déterminent très largement ces possibilités de distanciation et de réflexion sur le travail*⁵²».

La professionnalisation va donc permettre d'identifier les processus et les méthodes garantissant pour l'institution hospitalière et pour les cadres de pôle l'élaboration des compétences nécessaires à l'exercice de ce nouveau métier. Selon G. LE BOTERF⁵³, elle se réalise par des parcours alternant et incluant des situations de formation, de travail, des

⁵⁰ BARBIER JM, *Voies nouvelles de la professionnalisation*, in SOREL M, WITTORSKI R, La professionnalisation en acte et en questions, L'Harmattan, Collection Action et Savoir, 2005, 271p, pp.121-134.

⁵¹ CONJARD P, DEVIN B, *Agir sur la professionnalisation: acquérir et transmettre des compétences*, p25, Editions ANACT, 2007, 159p.

⁵² CONJARD P, DEVIN B ; *Ibidem*.

⁵³ LE BOTERF G, *Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de professionnalisation*, Editions d'Organisation, Paris, 312p.

confrontations à des situations particulières de travail, des prises de fonctions et des expériences extra-professionnelles.

De plus, l'efficacité de ce parcours repose sur une diversité de situations d'apprentissage qui s'articulent autour de:

- l'informel comme l'auto-formation ;
- formations externes hors du contexte institutionnel comme le stage sur une autre structure, la formation formelle
- dispositifs en situation de travail comme le tutorat, la conduite de projet, la résolution de problème, des échanges de pratiques, l'analyse des pratiques professionnelles.

Le défi que représente la construction d'un parcours de professionnalisation renvoie d'une part à la politique des ressources humaines de l'institution en termes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, et d'autre part à la politique managériale institutionnelle. Un temps de réflexion s'avère nécessaire à sa conception, car il s'agit de faire un choix pertinent des dispositifs et des modalités à mettre en place, de tenir compte des acteurs et de leur spécificité, des ressources disponibles et du contexte.

En effet, les ressources existent qu'elles soient «humaines», qu'elles soient «outils». Les mobiliser autour d'un individu motivé, conscient de la nécessité d'être plus efficace dans son travail, autour d'un groupe professionnel portant la même identité, autour du projet institutionnel, constitue un véritable challenge.

Challenge dont l'enjeu réside pour:

- l'entreprise : à identifier et préserver les compétences clés tout en développant une culture du changement ;
- le professionnel : à développer ses compétences, source de reconnaissance, à consolider son employabilité et améliorer sa qualité de vie au travail ;
- les acteurs de cet accompagnement : à structurer des parcours individualisés, à accompagner le changement et à adapter leur management à l'individu et au groupe.

Dans un environnement en constante évolution, la professionnalisation contribue à la performance de l'entreprise.

1.3.3 De l'individuel à la performance collective

La professionnalisation peut donc se définir comme l'association de dispositifs de formation et de valorisation des compétences ainsi que de processus de gestion de ressources humaines permettant la rencontre des personnes avec des situations qualifiantes. Dans ce processus de changement, l'individu seul même compétent ne peut concrétiser l'objectif à atteindre. *«On sait par ailleurs que, pour garantir le succès d'un changement, il est préférable de faire évoluer l'ensemble d'un collectif de travail afin de permettre l'éclosion*

*d'un nouveau système de valeurs et de nouveaux codes partagés, étant entendu que les changements les plus solides sont produits par les acteurs eux-mêmes».*⁵⁴

Il s'agira dans cette optique de réussite d'appréhender conjointement les besoins liés à chaque professionnel en termes d'employabilité et de parcours et ceux en lien avec la recherche de performance de l'institution. En effet, le DS se devra d'accompagner l'évolution des compétences de chacun de ses collaborateurs en tenant compte de la progression collective de son équipe. Ces deux approches sont totalement imbriquées, le choix des processus de l'une devant servir la richesse et la montée en compétence du groupe. Il privilégie ainsi le potentiel collectif favorisant de fait une réponse efficiente aux enjeux institutionnels.

Pour construire ce projet, il dispose d'un panel d'outils lui permettant à partir de l'évaluation des besoins individuels et collectifs, d'apporter une réponse adaptée. Il peut donc sur la base d'entretiens professionnels élaborer un processus de formation intégré dans le cadre de la Formation Tout au Long de la Vie (FTLV). Dans cette optique, le Droit Individuel à la Formation (DIF), outil de professionnalisation associant pouvoir décisionnaire de l'institution et droit d'initiative du professionnel, peut être conçu comme un véritable levier de mobilisation des motivations, de reconnaissance et de dynamisation professionnelle.

A cette gestion de formations, il apparaît intéressant et incontournable d'associer l'acquisition de compétences. Cette approche croisée peut être réalisée au travers du Développement Professionnel Continu (DPC), véritable outil de gestion de celles-ci.

Dans ce cadre, le DS de par son diplôme et sa place dans l'institution *«maîtrise des compétences d'analyse du travail et de sociologie des organisations et mettent en œuvre des modalités d'actions qui relèvent plus de la conduite de projet et du conseil.....Ce qui nécessite des compétences spécifiques en organisation du travail, conduite du changement et mobilisation des acteurs»*⁵⁵.

Sa lecture des processus d'acquisitions de compétences devra se faire autour des représentations suivantes: *«les compétences requises; les capacités de l'individu, ses ressources, ses acquis; les compétences reconnues; les compétences opératoires»*⁵⁶.

Leur formalisation doit tenir compte de la diversité des situations, des enjeux individuels, collectifs et institutionnels. La réussite d'une telle démarche repose en grande partie sur la clarté et la connaissance des exigences nouvelles demandées pour l'exercice de ce métier.

⁵⁴CONJARD P, DEVIN B., *Op Cit*, p118

⁵⁵CONJARD P, DEVIN B ; *Ibidem*.

⁵⁶CONJARD P, DEVIN B ; *Ibid*.

2 ETUDE SUR LE TERRAIN

2.1 Premières démarches

Dans un premier temps, nous avons décidé de réaliser des entretiens exploratoires sur le terrain de notre second stage, auprès d'un directeur des ressources humaines, d'un directeur des soins coordonnateur général des soins(DSCGS) et de deux cadres supérieurs de pôle(CSP) d'âge et d'expérience professionnelle différents. Ces échanges semi-directifs nous ont permis de mieux préciser notre questionnement. Ils nous ont aussi conduit à faire évoluer notre démarche de recherche tant dans nos lectures que dans l'élaboration de nos futures questions. La richesse des contenus, leur pertinence servent de fil conducteur à notre enquête et constituent le socle de notre analyse.

Cette première étape nous a fait prendre conscience de l'importance d'identifier pour notre enquête les documents clés de l'établissement ; ceux que nous pensions intéressants pour étayer notre réflexion.

Concernant les terrains d'investigation de notre problématique, nous avons choisi d'intervenir sur trois établissements du grand sud-ouest : un centre hospitalier universitaire (CHU) et deux centres hospitaliers(CH) de dimensionnement différent (800 lits et 500 lits).

Par cette décision nous souhaitons vérifier :

- si la professionnalisation des cadres de pôle représente une priorité pour le directeur des soins (DS),
- la similitude des freins et des leviers qu'il rencontre dans son exercice professionnel, et ceci quel que soit le dimensionnement de l'institution, pensant alors présenter dans notre plan d'action un processus de modélisation sur les outils à proposer.

Le CHU identifié CH1 est découpé en vingt-quatre pôles cliniques et médicotechniques dont six à caractère transversal, structurés autour d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur de pôle et d'un assistant de gestion. Cette organisation est complétée par la désignation d'un directeur référent. Autour d'un DSCGS, quatre DS assurent la direction des soins et l'accompagnement d'une équipe de trente CSP.

Le CH de 800 lits identifié CH2 présente neuf pôles d'activités cliniques et médico techniques dont le trio de pôle est composé d'un chef de pôle, d'un CSP et d'un directeur référent. Le DSCGS est entouré d'une équipe de neuf CSP.

Le CH de 500 lits identifié CH3 est structuré en six pôles d'activités cliniques et médicotechniques. Une équipe constituée d'un chef de pôle, d'un CSP et d'un directeur référent assure la coordination du pôle. L'attribution d'un temps d'assistant de gestion est en cours. Une équipe de trois CSP participe auprès du DSCGS à la dynamique de la direction des soins. Chaque CSP est positionné sur deux pôles.

2.2 L'approche méthodologique

2.2.1 Contexte

La consultation du projet d'établissement et de ces principaux volets constitue la première étape de notre investigation sur le terrain. Associée à la lecture des fiches de postes, de missions concernant les principaux acteurs du pôle, elle vise à comprendre le fonctionnement actuel de l'établissement, son niveau de déclinaison de la nouvelle gouvernance hospitalière. Nous pourrions par l'étude de ces documents appréhender la teneur de l'organisation interne de la structure, sa politique managériale et identifier les concordances et/ou les écarts entre les orientations suscitées et la réalité exprimée par les acteurs. Ce premier temps nous permettra aussi de cerner au plus près le rôle de chacun et plus particulièrement celui du DS.

2.2.2 Choix de l'outil

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme support de recueil d'informations auprès des acteurs concernés par notre thématique de recherche. Nous avons privilégié cet outil d'investigation afin de favoriser la production d'un discours et de collecter de manière vivante les informations. Cette proximité dans l'échange nous a permis d'expliquer le but de notre recherche, de créer un climat de confiance et d'expliquer certains questionnements, acronymes. Dans ce contexte de libre conversation, les personnes ont pu s'exprimer en toute liberté, facilitant l'identification des représentations de chacun des partenaires, des difficultés rencontrées et des propositions. Le sens et la valeur donnés à leurs pratiques professionnelles contribuent à renforcer notre analyse.

Nous avons pris rendez-vous auprès de chacune des personnes, leur laissant le choix du lieu de l'entretien. Ce dernier a duré en moyenne une heure, les entretiens auprès des médecins ayant été plus courts. Un enregistrement des échanges a été réalisé après accord des intéressés, modalité favorisant l'écoute et l'exploitation des données. Nous nous sommes engagés à garantir l'anonymat de notre conversation auprès de chaque personne interviewée.

Des grilles d'entretien⁵⁷, que nous avons construites, ont servi de trame à la conduite des interviews.

⁵⁷ Cf Annexes 1, 2, 3, 4 : *Grilles d'entretien*

2.2.3 Profil des personnes interviewées

Nous avons souhaité échanger avec les principaux acteurs de la gouvernance hospitalière, chef de pôle, directeur, directeur des soins et cadres de pôle. Les éléments recueillis vont venir nourrir notre réflexion, identifiant l'impact de celle-ci sur la fonction de cadre de pôle, sur les attentes de l'institution, du chef de pôle et sur le management du DS.

Nous avons donc décidé d'enquêter auprès d' :

- un DH, deux DS dont un DSCGS, un chef de pôle, quatre cadres de pôle sur le CH1 ;
- un DH, un DSCGS, un chef de pôle, deux cadres de pôle sur le CH2 ;
- un DH, un DSCGS, un chef de pôle, deux cadres de pôle sur le CH3.

Nous avons donc mené dix-huit entretiens.

Les directeurs enquêtés sont pour deux d'entre eux directeur adjoint en charge du département des ressources humaines et référent de pôle. L'un des trois est directeur d'hôpital.

Les cadres de pôle interviewés sont tous cadres supérieurs de santé.

2.2.4 Traitement des informations

Le traitement des données recueillies a été réalisé en plusieurs étapes.

Tout d'abord, les données documentaires ont été listées par établissement. Elles ont été ensuite recensées dans un tableau construit sur le principe d'un classement par thèmes : projet d'établissement, projet managérial, contrat de pôle, délégation de gestion, fiches de mission.

Conjointement à cela, nous avons utilisé les sous-questions comme trame à une première organisation des éléments recueillis lors de nos entretiens. Puis ceux-ci ont été traités à l'aide d'une grille de type SWOT⁵⁸ nous permettant de mettre en exergue les points de «forces-ressources», «d'opportunités-développements» ainsi que ceux traduisant des «faiblesses-critiques» et des «menaces-obstacles».

Par cet outil, nous avons pu positionner, pour chacun des acteurs interviewés, les éléments qui pour eux représentent des leviers ou des freins à la professionnalisation des cadres de pôle, qu'ils soient issus de leur propre parcours et exercice, qu'ils soient en lien avec l'institution dans laquelle ils exercent.

Tout d'abord, nous avons conduit notre analyse par groupe d'acteurs d'une même appartenance professionnelle. Puis l'identification de points clés et communs à tous nous a permis de poursuivre notre cheminement sur la pertinence de notre question de départ et son expression sur les terrains d'investigation.

⁵⁸ SWOT : matrice d'analyse : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

2.2.5 Limites et points forts de l'enquête

Ce travail n'a pas la prétention d'être scientifique et exhaustif. Il trouve sa force dans la lecture des impacts des réformes hospitalières sur les acteurs de chaque institution.

- Ses limites:

La déclinaison des axes de la nouvelle gouvernance hospitalière sur les trois établissements choisis ne peut être comparable. Elle correspond à l'histoire de chacun des hôpitaux mais l'exercice professionnel de chacun des acteurs est étroitement lié à celle-ci. Le niveau d'acculturation des professionnels à cette nouvelle organisation interne est lui aussi différent et constitue une des limites à un essai de modélisation des réponses à proposer dans notre plan d'action. L'orientation de nos préconisations se construira aussi en lien avec le contexte dans lequel exercent les différents acteurs.

Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et correspondent à l'expression d'une quinzaine de personnes. Tout d'abord, le panel de professionnels (chefs de pôle et CSP) interviewés surtout sur le CH1 ne permet pas de généraliser les observations recueillies.

De plus les réponses apportées lors des entretiens doivent être perçues avec la subjectivité propre à chacun, au travers des situations professionnelles vécues autour de la période de l'enregistrement.

- Ses points forts

La volonté présente chez chacun des acteurs de vouloir travailler ensemble, autour d'objectifs communs dans l'intérêt de l'institution.

L'intérêt porté à cette thématique par l'ensemble des personnes interviewées constitue un des points forts de ce travail. Ce dernier retrace leur souhait de faire progresser la profession de cadre de pôle, trouvant comme finalité à ceci une évolution des modalités d'exercice, une amélioration des partenariats et des collaborations au service de la prise en charge des patients et des organisations de soins.

Notre questionnement rejoint celui des acteurs, la richesse des échanges nous a permis de prendre conscience de la complexité d'une démarche managériale centrée sur la professionnalisation des cadres de pôle et de ses enjeux.

Ces différents éléments nous permettent de poursuivre notre réflexion sur l'engagement qui sera le nôtre dans notre exercice prochain et d'envisager en lien avec les acteurs identifiés nos stratégies managériales.

2.3 Point de vue des acteurs

2.3.1 L'institution, sa gouvernance et ses acteurs

L'inventaire et la lecture des documents soles de chaque établissement vont permettre d'évaluer le degré de déclinaison de la nouvelle gouvernance hospitalière pour chacun. Cette première étape nous aide à comprendre la place de chacun des acteurs au sein de chaque structure et de partir ainsi d'une base de connaissances nous permettant de faire des liens entre l'expression écrite d'une volonté communautaire et la réalité de l'exercice de chacun dans leur quotidienneté.

Le CH1 dont le projet d'établissement est en cours de vie, témoigne au travers de son projet managérial des choix faits concernant l'évolution de sa gouvernance, la consolidation de l'organisation en pôles et l'amélioration de la performance comme enjeu collectif pour les années à venir. L'entité pôle n'est pas à redéfinir et les travaux futurs portent sur des réajustements en termes d'organisation interne. Dans le projet managérial, nous retrouvons des éléments essentiels, centrés autour du pôle, que sont le positionnement des acteurs clés, l'identification des instances internes, la formation et l'accompagnement des professionnels à leur fonction au sein des pôles ainsi que le processus de formalisation des projets de pôle et de contractualisation interne. De plus, une fiche de fonction de cadre supérieur de santé (CSS) a été formalisée par un groupe de CSS animé par le DSCGS. Ce document décline les missions et les activités du cadre supérieur de pôle (CSP), son niveau de responsabilité ainsi que les liens hiérarchiques et fonctionnels qui sont les siens.

Le CH2 est en cours de validation de son projet d'établissement pour les années à venir. Une charte de gouvernance vient enrichir celui-ci, déclinant l'identification de chacun des acteurs et leur zone d'intervention, éléments en construction. Le degré d'acculturation à cette nouvelle gouvernance reste variable même si l'ossature polaire n'est plus remise en question. Le principe de formation des acteurs du pôle est connu, longtemps discuté, il est en cours de réalisation. La seule délégation de gestion formalisée à ce jour concerne le projet formation du pôle. Seuls deux pôles ont su utiliser cette prérogative et mener à bien cette démarche. Par ailleurs, il n'existe pas de fiche de missions et d'activités, spécifique au CSP. Un travail sur l'encadrement a été mené au sein de l'institution il y a quatre ans conduisant à l'élaboration d'une «*fiche métier*» de l'encadrement supérieur, toutes filières confondues.

Le CH3 vient d'engager la procédure d'écriture de son futur projet d'établissement, dans un délai rapide, la finalisation étant demandée par l'agence régionale de santé (ARS) pour le premier trimestre 2015. Un des volets de son futur projet prend en compte la politique managériale que souhaite décliner le directeur de l'établissement, autour de son équipe de direction, en concertation avec le corps médical. Actuellement les axes de la nouvelle gouvernance sont peu déclinés. Bien sûr, les pôles existent, certains sont très dynamiques

mais la rareté d'éléments formalisés fait reposer leur fonctionnement sur la bonne volonté de personnes. S'engager dans la démarche d'un nouveau projet d'établissement constitue pour cette structure une véritable opportunité qui lui permettra de traduire en concertation avec l'ensemble des acteurs, leur volonté et leur envie de participer à la construction des différents projets. Au-delà des documents cette envie est réelle, perceptible dans les différents échanges que nous avons menés. Une fiche de mission de cadre de pôle et celle d'assistant de gestion sont en cours d'élaboration. L'ensemble des professionnels concernés sont décidés à construire et à faire vivre les différents modules que sont la contractualisation interne et la délégation de gestion.

2.3.2 Directeur et cadre de pôle

Les trois directeurs mettent en avant la jeunesse du métier de cadre de pôle et souhaite que soit décliné au-delà du texte de loi la définition des collaborateurs du chef de pôle. Pour eux, *«c'est un métier jeune, pas stabilisé à ce jour et dont le périmètre varie en fonction du degré d'appropriation de la nouvelle gouvernance dans la structure, l'environnement étant différent d'un établissement à un autre»*.

Ils positionnent le directeur des soins en tant qu'autorité hiérarchique du cadre de pôle et comme le leader de l'équipe de CSP, qu'il doit accompagner et mobiliser pour atteindre les objectifs institutionnels. Pour eux, le DS doit être en lien avec cette équipe car se couper des CSP représente un risque *«de lutte de pouvoir, plus prégnant dans les CHU que dans des structures à taille humaine»*.

Pour eux, les exigences de performance de la structure hospitalière ont fait évoluer les niveaux des attentes concernant l'encadrement soignant et plus particulièrement celui de *«l'ancienne surveillante chef, du cadre supérieur»*.

Ils attendent d'un cadre de pôle qu'il propose et se positionne. L'un d'entre eux l'exprime clairement, *«face à une problématique, ils doivent me faire des propositions, qu'ils me disent ça je ne peux pas, mais je vous propose cela. Bien souvent, j'ai comme réponse, oui ou non mais pas de contreproposition. Cela doit être dur pour vous, les directeurs de soins, car vous devez palier»*. De plus, dans cette attente de prise d'initiative, ils souhaitent de sa part une attitude proactive dans la production d'indicateurs ou les demandes en termes de pilotage.

Ils identifient comme nécessaire à l'appropriation de cette fonction, la maîtrise de la conduite de projet, ainsi qu'une capacité d'analyse et de prise de recul, éléments intangibles à l'exercice d'un métier d'encadrement. Pour l'un d'entre eux, *«le cadre de pôle est le garant de la gestion d'un projet du pôle, garant dans son organisation, dans sa déclinaison, établissant un relais constant avec les différents partenaires de l'institution et le chef de pôle»*.

Ils reconnaissent la difficulté, qui doit être la sienne, de manager un groupe d'encadrants, car bien souvent le cadre de pôle est nommé dans son établissement d'origine et manage ses anciens pairs. En effet, *«il doit être difficile de s'extraire d'une équipe pour en devenir et en être le manager sans sas de décompression»*.

Ils s'interrogent tous sur la formation inhérente à l'exercice de ce métier. Ils notent l'absence de formation spécifique, ont bien conscience que l'apport managérial repose sur le diplôme de cadre, acquis pour la plupart des cadres de pôle, il y a quelques années. Une réflexion sur le management semble pour eux incontournable, *«quelle place donne-t-on au management dans le cursus d'ancien infirmier, métier issu du soin ? Qu'apprend-t-on en institut de formation cadre sur la technique managériale, sur la gestion du temps? Pourtant les thématiques managériales sont universelles, même si la santé est un domaine spécifique, j'ai comme les attachés d'administration hospitalières reçu un enseignement sur Rennes»*.

Ils ont bien conscience que le cadre de pôle vit des injonctions paradoxales, qu'il a parfois du mal à trouver sa voie. Ce constat renforce, selon eux, ce besoin de formation mais aussi l'impératif qu'a l'institution de mettre à disposition des CSP des outils plus étoffés, plus faciles d'accès et d'utilisation.

Au-delà de la formation individuelle ou collective de l'équipe des CSP, ils reviennent à celle du trio de pôle, perçue comme élément essentiel dans la structuration de celui-ci. L'un décline la proposition suivante, *«la formation des CSP doit être intégrée à celle des chefs de pôles et des assistants de gestion, cela constitue un socle commun pour les trois acteurs. Elle doit s'accompagner dans un second temps d'acquisitions spécifiques à chaque exercice. Ceci contribue à une compréhension partagée des fonctions et des missions de chacun»*.

En effet, pour tous, le CSP ne peut être dissociable du chef de pôle et de l'assistant de gestion, ils constituent un trio partenaire avec lequel l'institution dialogue.

2.3.3 Chef de pôle et cadre de pôle

Pour eux, il est essentiel que le cadre de pôle soit cadre supérieur, ayant de ce fait acquis par expérience la gestion de plusieurs unités mais ils considèrent ce poste comme différent de *«l'ancienne surveillante chef car ce n'est plus le même métier»*. Le CSP est selon eux l'interlocuteur privilégié sur la transversalité du pôle, *«c'est le seul acteur transversal du pôle, il occupe un poste crucial par essence même de cette structure interne»*. Il doit avoir la reconnaissance des cadres qu'il manage, de l'équipe médicale et du site, éléments essentiels à son exercice quotidien. Il constitue *«la courroie naturelle»* de leur partenariat avec le DS.

«J'attends beaucoup de lui, des échanges quotidiens, par mails, par téléphone, sur des plages horaires assez larges. Il sait tout sur les unités du pôle, leurs organisations, leurs

difficultés». Leurs attentes sont clairement identifiées et se déclinent tout d'abord une connaissance du terrain et des savoirs acquis dont ils attendent la mobilisation au moment adéquat. *«Il faut qu'il soit compétent, c'est la matière grise indispensable à la dynamique du pôle»*. Véritable *«boîte à idées»*, il doit assurer une veille documentaire, axe d'entrée des orientations de demain pour le pôle, assurer la coordination des actions entreprises et une répartition équitable des ressources. Ils évoquent dans nos échanges l'importance de l'approche managériale du CSP. En effet pour eux, il doit *«créer la cohérence au niveau des cadres de proximité, ne pas avoir peur de l'expertise de certains mais savoir en extraire ce qu'il y a de meilleur au service du pôle»*. De plus, en lien avec leur spécificité, ils souhaitent que leur collaborateur soit en capacité *«de se saisir des lois, des réseaux nouveaux pour développer une dimension extrahospitalière, qu'il ait la vision de l'environnement en lien avec la spécialité du pôle»*. Pour eux, l'ensemble de ces compétences contribue au positionnement du CSP, et servent la mise en cohérence des modalités de prise en charge des patients sur le pôle.

Ils placent comme condition essentielle à la réussite de leur collaboration avec le CSP, la confiance. *«Il est important pour moi de travailler avec un professionnel fiable, qui m'apporte des informations que je ne peux remettre en question»*, *«le CSP a des compétences que je n'ai pas, c'est le chef de chantier, je lui fais confiance, je fais front avec lui»*.

Ils reconnaissent la complexité de l'exercice, *«parfois entre le marteau et l'enclume»* et l'intérêt que soient déclinés pour chacun des acteurs du pôle le rôle et les missions. *«Certains sont très inféodés aux pôles, ils oscillent entre les deux appartenances par manque de posture et de positionnement»*. L'un se questionne sur la légitimité managériale du CSP, *«sur quelles valeurs repose-t-elle? Est-ce par une approche transversale des compétences?»*. Pour tous, la compétence permet *«le choix et la prise de décision»*, niveau d'autonomie indispensable et attendu à l'exercice professionnel de leur collaborateur.

De plus, conscients de l'exigence de performance du pôle, ils perçoivent la difficulté que rencontre leur CSP dans le recueil d'informations sur l'activité propre au pôle. Pour deux d'entre eux, les indicateurs fournis par l'institution ne sont pas suffisants et /ou faciles à exploiter. Donner les clés pour comprendre et exploiter ces outils constitue un enjeu pour leur structure hospitalière.

2.3.4 Cadre de pôle : réflexions sur la fonction

Tous les cadres de pôle interviewés sont cadres supérieurs. Leur parcours professionnel reflète un souhait d'acquisitions de nouvelles expériences soit au sein d'une même structure, soit au gré de mutations. Ces différentes étapes qui jalonnent leur carrière constituent pour eux un socle essentiel d'apprentissage en termes de posture cadre et de sécurisation des pratiques soignantes. *«Ce parcours représente pour moi une véritable*

formation professionnelle, qui m'a permis de construire mon identité professionnelle, de développer des capacités d'adaptation et de courage». Partant toujours de leur métier initial d'infirmier, l'exercice sur plusieurs postes, souvent en lien avec des modalités et des organisations de soins différentes, leur paraît comme un préalable incontournable à l'appropriation de la fonction qu'ils occupent aujourd'hui. *«On ne peut pas être CSP avec une mono expérience d'encadrement, ce n'est pas possible. Sinon il existe un risque sectaire par absence de vision systémique du parcours patient*».

Tous titulaires d'un diplôme de cadre de santé, trois d'entre eux sont titulaires d'un master2, acquis avant leur nomination sur un poste de CSP. Ce diplôme leur a permis de *«déterminer ce qui était prioritaire de ce qui ne l'était pas, d'identifier les axes sur lesquels je pouvais être force de propositions et mettre en place des indicateurs, de les suivre. En bref, de comprendre ce qu'on me demande et pourquoi*».

Pour la majorité, ils ont *«emmagasiné»* des connaissances par le biais de la formation continue surtout en lien avec le besoin du moment développant ainsi une expertise, parfois dans le cadre d'une démarche institutionnelle. Cela dénote d'une approche plus en lien avec le parcours de l'individu que d'une approche collective au regard des fonctions préalablement occupées.

Sur les huit CSP, seulement quatre ont suivi une formation sur le fonctionnement des acteurs du pôle dans la nouvelle gouvernance, en partenariat avec le chef de pôle. Pourtant, même s'ils attendent de l'institution une clarification de leurs missions (pour quatre d'entre eux), ils se positionnent en tant que collaborateur du chef de pôle de par leur connaissance des activités du pôle en termes de prise en charge, de profil patient, d'indicateurs d'activité. Ils mettent en avant leur présentéisme sur le terrain, *«connaître, voir, se faire voir, observer les organisations. Cette approche conforte ma légitimité et limite les interprétations et cela n'est en rien incompatible avec la professionnalisation nécessaire à mon métier aujourd'hui*». Etre cadre de pôle n'est pas comparable à la fonction de cadre supérieur de secteur *«ce sont deux métiers différents, cette différence porte sur le budgétaire et le juridique*». Le CSP, responsable de l'organisation des soins paramédicaux sur le pôle, a comme mission essentielle de faire le lien entre les différents acteurs, *«je suis une plaque tournante, à la fois catalyseur, modérateur, accélérateur mais surtout pas une petite main*».

Tous mettent en avant le cap qu'a représenté pour eux le passage de leur ancienne fonction à celle qu'ils occupent aujourd'hui. En effet, le management d'une équipe de cadres, personnes ayant une autonomie d'action au sein de leur unité, constitue une réelle difficulté surtout dans le système contraint dans lequel celui-ci s'exerce. *«On n'est pas prêt quand on prend cette fonction à devenir le supérieur de ses anciens pairs. Il n'y a pas de coupure comme quand on fait l'IFCS*». Deux d'entre eux, en poste depuis trois ans, regrettent de ne

pas avoir suivi de formation, démarche formative demandée et *«proposée par des organismes extérieurs mais non validée pour de multiples raisons»*, disent-ils.

Cet élément constitue pour eux une faille dans leur structuration professionnelle. Deux CSP vivent cela douloureusement, ils rencontrent des difficultés dans leur exercice quotidien et se retournent vers des activités qu'ils maîtrisent, *«j'ai l'impression de ne gérer que de l'absentéisme, de faire du planning mais je réponds à la demande des cadres»*. Ils ont conscience de l'écart qui peut exister entre ce qu'ils devraient faire et ce qu'ils pensent être en capacité de faire mais ce qu'ils réalisent au quotidien représente la seule valorisation qu'ils reçoivent.

Pourtant, tous nous signifient *«si on a la compétence, on a la capacité de faire, de dire et de se positionner en tant qu'acteur stratégique au sein du pôle»*.

Par ailleurs, le comportement de l'équipe de CSP révèle une autre difficulté qu'ils vivent et ressentent dans leur exercice, l'esprit concurrentiel qui existe ou peut exister entre eux. *«Une concurrence de clocher, un fonctionnement en tuyaux d'orgue, une rivalité entre nous»*. Pour tous, la structuration en pôle d'activité et l'exigence de résultats sont à l'origine de cette *«crise d'indépendance»*, de *«ce processus de balkanisation, conduisant à monter les uns contre les autres»*. Dans ce cadre-là, l'objectif de travailler en confiance, en transversalité semble difficile à atteindre, *«nous ne sommes pas prêts à travailler en réseau que ce soit en interne et/ou en externe»*. Six d'entre eux regrettent l'absence de partage, d'une approche collégiale, centrée sur la déclinaison de leurs missions; celle-ci est pourtant considérée comme *«essentielle et aidante quant il faut faire des choix, mener des projets»*. De plus, ce type de fonctionnement fragilise leur positionnement au sein de la structure et interroge sur le sentiment d'appartenance qu'ils peuvent développer. Toute ambiguïté génère des interrogations et conduit par cette absence de clarté à des prises de décisions complexes et/ou inappropriées. L'un d'entre eux signifie, *«dans le CH1, le sentiment d'appartenance au CH1 passe après celui au pôle. Moi, j'appartiens à la même filière depuis le début de mon exercice professionnel d'infirmière, mon supérieur hiérarchique est le directeur des soins»*.

Dans la déclinaison de leur pratique, cinq d'entre eux évoquent l'importance de la qualité de leur collaboration avec les cadres de proximité du pôle. Pour eux, celle-ci conforte leur propre fonction et leur permet de construire une approche managériale commune, sur les mêmes valeurs professionnelles. Pourtant, cette étape est délicate et ils attendent de la part du DS un accompagnement dans la consolidation de cette démarche.

En effet, même si le rôle du DS est jugé moins prégnant dans la gestion des pôles, il reste essentiel à leurs yeux dans l'arbitrage des ressources entre les pôles. Il est vécu comme un aide dans la prise de décision, *«j'ai besoin d'un avis extérieur, d'une écoute, de quelqu'un avec qui échanger sur les actions que je propose, quelqu'un qui me pousse à réfléchir pour mieux construire»*. Dans cette adaptation constante à un environnement qui

n'est plus statique, les CSP attendent de la part du DS un engagement réel qui favorise l'acquisition de compétences leur permettant de *«gérer constamment dans la complexité et dans quelque chose qui n'est plus rassurant»*. Car, pour tous, savoir anticiper, prendre des initiatives et développer des capacités de négociation constituent le socle essentiel et nécessaire à l'exercice de leur métier. Si tous reconnaissent leur part de responsabilité dans l'accès à ces compétences, ils positionnent le DS comme un acteur indiscutable du développement de leur parcours professionnel.

2.3.5 Directeur des soins et cadre de pôle

Pour l'ensemble des DS, trois points caractérisent le métier de CSP. Acteur institutionnel, il est leur plus proche collaborateur et incarne la direction des soins dans leur pôle. Réceptionnaire de l'activité de *«son pôle, il doit être au fait des adaptations qu'il est nécessaire de mettre en place au regard des éléments d'activité qui doivent lui être fournis par des tableaux de bord fiables»*. Dans ce domaine, il doit être en capacité de faire et de porter une analyse et/ou une synthèse sur l'activité du pôle au regard des exigences données par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'institution, *«normes venant de tous les côtés car il est le garant de leur application sur le pôle»*. Ils constatent une évolution de son périmètre d'action en gestion des ressources, ceci correspond selon eux à une volonté des établissements, souhaitant *«avoir au plus près du terrain, à proximité, des acteurs gestionnaires de ressources humaines...»*.

L'évolution du métier porte plus, selon eux, sur le suivi et l'anticipation des ressources dont ils disposent au sein du pôle, *«ils sont écartelés entre des problématiques liés aux contraintes médico-économiques et les efforts à demander aux équipes du pôle. Ils doivent tenir des objectifs financiers, beaucoup de choses reposent sur eux. Ils subissent une pression venant aussi du terrain et de leur appartenance culturelle»*. Face à cela, ils s'interrogent sur la capacité qu'ont les établissements à fournir les outils et les supports nécessaires à la mise en œuvre des objectifs institutionnels. *«il n'existe pas d'étude de charge de travail permettant de s'appuyer sur des éléments lisibles et fiables pour leur permettre de construire des argumentaires en direction du corps médical, des équipes et ainsi pouvoir acter de la mobilité ou du renfort de certains professionnels»*. Ce questionnement est d'autant plus fort qu'ils nous signifient l'absence d'un temps de rupture entre l'exercice antérieur et l'actuel du CSP, temps qui leur permettrait d'appréhender leurs nouvelles activités et surtout de comprendre *«le changement de paradigme que constitue la disparition progressive d'un travail en construction pyramidale au bénéfice d'une approche en transversalité, basée sur les compétences professionnels de chacun qu'il soit individu ou groupe»*.

De plus, un des écueils identifié par les DS se traduit par l'exigence d'adaptabilité, de vigilance et de renouvellement constant dont doit faire preuve le CSP. En effet, *«les normes*

et les règles qui tombent tous les mois, changent les règles des organisations qui doivent évoluer tout en restant stables. Le rôle du CSP est de nous alerter quand la stabilité vacille car c'est du risque, du danger que l'on met en place». Ces échanges servent le positionnement du CSP et de la culture soignante en termes d'organisation des soins. Celui-ci doit être en capacité d'identifier au sein de son pôle les leviers aidant les cadres de proximité à tendre vers une efficience organisationnelle, *«il doit avoir le regard suffisamment affuté, aigu pour dire, là nous avons des marges de progression*». Cette dynamique impulsée par le DS et portée par les CSP trouve ainsi sa traduction au sein des pôles.

Cette démarche s'intègre dans un processus décliné en direction des soins et basé sur *«le management sur la confiance, la proximité, le respect de la parole donnée, où chacun dans son rôle s'engage à travailler en cohérence, dans le respect de la politique soignante de l'établissement*».

Pour eux, ce management repose sur la sécurité des soins, sur l'engagement et l'accompagnement dans la confiance où le professionnel cadre de pôle dira *«dans ce domaine-là, j'ai besoin d'être formé. Cette relation de confiance est bénéfique pour tous, pour l'établissement et pour le patient*». En effet selon eux, *«quand on professionnalise une infirmière, on plante la graine de ce qui demain donnera l'encadrement*». Conscients des qualités humaines professionnelles nécessaires à l'exercice de ce nouveau métier, ils décrivent le processus de gradation des responsabilités, source de pression supplémentaire, de la manière suivante *«l'infirmière fait le soin, le cadre supervise l'équipe et le CSP porte un regard aiguisé sur les soins réalisés sur le pôle*». Il est alors, selon eux, confronté aux questions suivantes *«quel est mon rôle, quelle est ma mission, qu'est-ce qui n'est pas de mon rôle, de ma mission, de mon pouvoir*» et doit aussi savoir se positionner *«voilà jusqu'où j'irai, jusqu'où je n'irais pas*». Pour accompagner les CSP dans cette démarche, les quatre DS interviewés mettent en exergue la nécessaire présence d'une politique managériale institutionnelle qui n'a de sens que si *«elle partagée par tous, connue de tous. Ainsi chacun sait où il se trouve, quelle place il a dans l'institution, quel périmètre d'action et de pouvoir il a dans la mission qui lui est confiée*».

Membre de l'équipe de direction, ils participent à sa déclinaison et identifient à travers elle, leur rôle auprès des CSP. Pour eux, ils doivent les accompagner dans des dossiers stratégiques, sachant que le niveau d'accompagnement varie en fonction de l'acteur CSP et de la teneur des dossiers. Ils se positionnent en tant que soutien et appui, les amenant à passer d'un segment de l'institution à une vision plus globale de celle-ci, d'autant plus que face à une injonction paradoxale, *«l'appartenance au pôle refait surface. Il faut donc que le partage soit réel entre l'équipe de direction et les CSP*».

Les DS ont aussi conscience qu'amener les CSP à travailler sur le projet de soins constitue un des leviers pour agir sur leur évolution. En effet, *«c'est les conduire à participer au projet*

d'établissement, les intégrant ainsi dans une réflexion plus globale». C'est aussi pour eux un moyen de faire passer des messages, de développer «la mise en commun car chacun a une idée subjective du travail des autres. Il existe des clivages forts». En effet, lors de sa prise de poste, le directeur des soins prend une équipe déjà en place, qui a une histoire, des habitudes. «On ne peut pas tout transformer, c'est un travail de plusieurs années. Il est nécessaire de travailler sur son management, détecter les potentialités, identifier les changements à venir, réfléchir au processus de formation. Tout cela sert le développement des compétences de ses collaborateurs». C'est aussi pour eux un moyen de travailler sur les méthodes qui servent au mieux la pertinence d'un projet, sur les modalités du retour d'informations, «il s'agit de construire ensemble les bases de notre fonctionnement. Le CSP doit me rendre des comptes, il apporte les réponses de la mise en œuvre des objectifs sur le pôle. En tant que DS, je fais la synthèse et impulse une dynamique collective en adéquation avec les objectifs institutionnels. Nous construisons ensemble une mise en synergie, créant ainsi un collectif autour d'un projet partagé, fondé sur le même sens et les mêmes valeurs, au service du patient».

2.4 Analyse et interprétation des données

Tous les acteurs identifient l'exercice de cadre de pôle comme complexe, relevant des caractéristiques d'un nouveau métier en cours de structuration. Si nous nous référons à la définition du dictionnaire Larousse, métier vient du latin «*ministerium*» signifiant service et se définit en outre comme une «*profession caractérisée par une spécificité exigeant une formation, de l'expérience et entrant dans un cadre légal*»⁵⁹

Les éléments clés traduits dans nos échanges se retrouvent autour de cette définition en termes de profession, d'expérience et de formation. L'approche légale est confirmée par l'existence, comme nous l'avons précédemment signifié, d'une fiche métier dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Par ailleurs, les exigences de cet exercice sont réelles et étroitement liées à l'évolution du mode de gouvernance des institutions et des contraintes hospitalières actuelles.

Nous constatons que, pour l'ensemble des acteurs, il s'avère essentiel de le consolider et de faire en sorte qu'il soit reconnu comme une profession à part entière. Pour eux, il s'agit de réfléchir à la construction d'une démarche d'accompagnement d'acquisitions, de renforcement des compétences nécessaires à l'appropriation des missions et des activités du cadre de pôle. Dans ce cadre, «*la notion de compétences est bien au service de la volonté d'accompagnement managérial des évolutions des personnels*»⁶⁰.

⁵⁹ Le petit Larousse illustré 2014, *métier*, p724, SAPPI, Juin 2013.

⁶⁰ COURPASSON D., *les normalisations managériales entre l'individu et le modèle professionnel*, p245, Revue d'économie industrielle, n°75, 1^{er} trimestre 1996, pp239-256.

Pour tous, le DS est la personne orchestrant et structurant cet accompagnement. Il intègre cette démarche dans son approche managériale et se positionne comme leader, impulsant cette dynamique d'évolution professionnelle. Selon le dictionnaire de la formation et du développement personnel⁶¹, manager, provient de l'italien «*maneggiare*» signifiant «*manéger un cheval, l'avoir bien en main*» et trouve toute sa force dans l'expression suivante: «*assurer la saine gestion d'une équipe en tenant fermement les rênes, mais aussi en ménageant la survie et la satisfaction de celle-ci*».

Il est vrai que l'approche managériale du DS trouve ses fondements dans la déclinaison des compétences qui lui sont propres. En effet, nous faisons ici référence au «*Management de l'encadrement partagé et institutionnalisé*»⁶², conduisant au pilotage, à l'accompagnement de l'encadrement de pôle et à la co-construction d'une cohésion de l'ensemble de celui-ci. «*Le développement des compétences et des métiers des professionnels au regard de la formation tout au long de la vie*»⁶³ sert sa réflexion managériale au sujet de l'individu cadre de pôle et du collectif, favorisant ainsi le partage d'expériences et la mise en œuvre d'une politique de formation adaptée aux besoins des individus et aux attentes de l'établissement en matière de performance. Il s'agit pour lui d'accompagner cette transformation dans le but de «*créer des repères collectifs qui mobilisent l'ensemble des acteurs et donnent sens à leurs activités dans les projets internes/externes...*»⁶⁴

Engager les CSP dans un processus d'acquisition de compétences est exprimé par tous comme incontournable et ceci quel que soit la structure et son degré d'acculturation à la nouvelle gouvernance. La connaissance du contexte de l'institution, de son histoire, de l'équipe des CSP et des individus qui la composent, reste un préalable essentiel dans le choix des outils et des méthodes mobilisés au service de cette dynamique de changement et d'évolution professionnelle. En effet, ceux-ci doivent être en cohérence avec les attentes institutionnelles. Le besoin est ressenti par tous car les exigences de l'institution et de ses acteurs sont bien réelles et précises. Les unes s'expriment en termes d'attentes souvent identiques, les autres en termes de moyens (formation individuelle, acquisitions de savoirs, partages d'expériences, outils institutionnels, tableaux de bords...) permettant de répondre à celles-ci et de trouver dans l'exercice professionnel un «*sentiment d'efficacité personnelle*»⁶⁵. Le psycho-sociologue Albert Bandura définit ce concept «*comme la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités*»⁶⁶. Participer au développement d'un sentiment de

⁶¹ Dictionnaire de la formation et du développement personnel, Paris ; ESF, 1996.

⁶² Direction des Etudes, filière de formation des directeurs des soins, *Référentiel de compétences des directeurs des soins*, EHESP, Mise à jour décembre 2013.

⁶³ Le petit Larousse illustré 2014 ; *Ibidem*.

⁶⁴ Le petit Larousse illustré 2014 ; *Ibid*.

⁶⁵ BANDURA A., *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, De Boeck, 2^{ème} édition, 2007

⁶⁶ BANDURA A ; *Ibidem*.

compétence chez les CSP c'est-à-dire «*une croyance relative à ce qu'il peut faire dans diverses situations quelles que soient ses aptitudes*⁶⁷» constitue pour le DS un enjeu managérial, sachant que cette approche humaniste nous semble être un outil pertinent, car décrit comme «*un moteur puissant de réussite et d'implication dans les situations nouvelles*»⁶⁸. Cette théorie s'appuie sur le dialogue entre deux individus que nous identifierons ici comme étant le CSP et le DS. Pour le premier, il s'agira d'évaluer de façon subjective ses capacités à prendre en compte, à répondre à des situations nouvelles. Le DS, dans le cadre de ce dialogue sera à même d'appréhender et de comprendre les éléments qui font obstacle à l'engagement du CSP et d'identifier des stratégies adaptées, permettant à son collaborateur d'être dans un positionnement et une réponse pertinents. Cette démarche peut se concevoir dans une approche collective, favorisant ainsi une dynamique d'équipe par le partage des savoirs cognitifs et expérientiels.

Pour créer un climat de confiance souhaité par tous et nécessaire à la réussite de leurs collaborations respectives, l'institution par le biais du DS doit être en mesure d'une part de reconnaître ce que les CSP sont en capacité de faire et d'autre part de leur signifier. Cette condition favorise la construction et la conduite d'un processus de changement. Elle permet aussi d'identifier les potentiels professionnels et d'amener les CSP vers une contribution efficace.

Travailler en confiance, faire confiance, les expressions autour de ce mot sont nombreuses et confirment l'idée d'un mouvement, d'un partage.

A l'origine, il y a comme le souligne la philosophe Michela Marzano: «*l'idée qu'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Le verbe confier (du latin *confidere:cum*, « avec » et *fidere* « fier ») signifie, en effet, qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. L'étymologie du mot montre par ailleurs les liens étroits qui existent entre la confiance, la foi, la fidélité, la confiance, le crédit et la croyance*⁶⁹.

Par ailleurs, «*la confiance n'est jamais un acquis et se gagne grâce à des attitudes, des manières d'agir*⁷⁰». Le DS se sait au cœur de cette relation, à lui de saisir le bon moment, la bonne opportunité pour créer ce partenariat avec les CSP. Celui-ci est fondé «*sur un engagement mutuel reposant sur une confiance réciproque ainsi que le partage de valeurs communes*»⁷¹. De plus, ce concept de confiance partagée nous conduit à repositionner l'acteur CSP au sein de la structure hospitalière. En effet, de son appartenance à cette

⁶⁷ BANDURA A., Op Cit, p137.

⁶⁸ ERNY JC., *A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle*, Soins Cadres n° 80, Novembre 2011, pp21-23.

⁶⁹BORDEAU J., *Le sens des mots*, 18 juin 2013, <http://www.xavierquerathement.fr/confiance-itineraire-dun-mot-qui-ne-se-decrete-pas>, consulté le 09 Octobre 2014

⁷⁰ BORDEAU J ; *ibidem*.

⁷¹ CAMPOY E, NEVEU V., *Confiance et performance au travail, l'influence de la confiance sur l'implication et la citoyenneté du salarié*, p140, Revue Française de Gestion, n°175, Lavoisier, 2007/6, pp139-153.

organisation découle un ensemble de droits dont il peut bénéficier et de responsabilités pour lesquelles il doit s'engager. «*En effet, Graham considère qu'un salarié doit pouvoir bénéficier des droits suivants: droits civils: traitement juste au quotidien (évaluation...); droits politiques: possibilité de participer à la prise de décision à la fois dans les domaines opérationnels courants et dans les politiques organisationnelles (objectifs, budget) ; droits sociaux : récompenses financières et symboliques (formation par exemple). Lorsqu'un salarié bénéficie de l'ensemble de ces droits, l'employeur peut légitimement attendre de la part de celui-ci qu'il assure en retour un certains nombres de responsabilités : l'obéissance se manifestant par le respect des règles et des instructions, la fidélité comme contribution à la bonne réputation de l'organisation, la participation responsable, sociale par un engagement dans des communications positives, la participation au changement suggérant des idées nouvelles*»⁷².

Si la confiance se crée, se développe et parfois s'estompe, il faut, comme le signifie Aristote «*savoir comment agir et comment partager justement*»⁷³.

Une politique managériale claire et connue de tous, identifiant pour chacun des acteurs sa zone d'intervention et ses missions constitue, pour l'ensemble des personnes interrogées, la base de tout engagement professionnel. Dans le rapport de mission sur les cadres hospitaliers, Chantal de Singly préconise l'instauration d'une «*réelle politique managériale au sein de chaque établissement*»⁷⁴ avec comme propositions de «*définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir, les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décision*» et «*rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité*»⁷⁵. Notre étude documentaire mise en corrélation avec les entretiens confirme cette position. En effet, l'existence d'un projet managérial favorise le positionnement de chacun dans l'organisation interne de l'hôpital. Ainsi les CSP connaissent leurs missions et les activités qui en découlent. Ceci est d'autant plus important que la loi «*Hôpital, Patient, Santé, Territoire*» reste imprécise sur le rôle du collaborateur du chef de pôle. Pourtant, un projet managérial constitue un enjeu fort, porté par le directeur et ses proches collaborateurs. Ainsi, comme le signifient (pour quatre d'entre eux) ou le demandent (pour les quatre autres) les CSP, ce «*LA managérial*» les aide à orienter leurs prises d'initiative et leurs projets qu'ils soient polaires ou en transversalité. Leur périmètre de pouvoir par délégation est ainsi défini et leur donne une zone «*d'autorisation à*» que nous pouvons appeler «*périmètre de décision*». Son exercice se trouve ainsi renforcé, confirmé au sein de la structure.

⁷² CAMPOY E, NEVEU V, *Op Cit*, pp143-144

⁷³ HERTIG M., « *Ordre et action morale chez Aristote* », in S. Alexandre et E. Rogan (dir.), *Ordres et désordres, Zetesis – Actes des colloques de l'association [En ligne]*, n° 2, 2011, URL : <http://www.zetesis.fr/actes/spip.php?article24>, consulté le 16 octobre 2014

⁷⁴ De SINGLY, *Op Cit*, p9

⁷⁵ De SINGLY, *Ibidem*.

Ainsi soutenu et reconnu, l'acteur CSP devient responsable de sa fonction et de son exercice. Pour cela, même si chacune des personnes a conscience de la nécessité de mettre en place des ateliers d'études institutionnels et partagés, des formations renforçant les connaissances (financières et budgétaires), les DH, DS et CSP s'interrogent sur les prérequis à l'exercice de cette fonction. Les chefs de pôle sont surtout centrés sur leur collaboration quotidienne avec «leur» CSP et l'efficacité de la réponse apportée par celui-ci. Pour eux, la pertinence du recrutement appartient au DS et à l'institution.

Ce questionnement est à mettre en lien avec les exigences actuelles de l'exercice même du métier de CSP. Les DS reconnaissent l'hétérogénéité des savoirs cognitifs et expérientiels de leur équipe de CSP, fragiles pour certains d'entre eux. Les CSP reconnaissent cet état de fait que ce soit de manière individuelle (les concernant) et/ou dans la lecture du profil de leur groupe. Si dans le rapport YAHIEL⁷⁶, sur la formation des cadres hospitaliers, il est proposé dans le cursus de cadre supérieur, une exigence de niveau master, celle-ci n'est obligatoire et légiférée dans l'accès à la fonction étudiée. Ce choix appartient à chaque structure. Cette question a été abordée lors de nos entretiens. Là aussi, nous avons pu constater une absence d'homogénéité dans les parcours antérieurs des CSP interviewés. Pourtant la question des modalités de recrutement est bien présente chez les DS car, selon eux, de la pertinence de la sélection et donc du choix fait découle la qualité et la complémentarité de leur équipe, servant ainsi la performance collective. Pour eux, une réelle appétence pour le management constitue un préalable incontournable pour être CSP. Celle-ci s'appuie sur le parcours professionnel du cadre de santé et sur des qualités intrinsèques qu'il leur faudra identifier en tant que manager.

L'enjeu pour le DS est donc d'appréhender le CSP à la fois comme un être humain (dans une approche universelle), un professionnel (appartenant à un groupe catégoriel) et une personne singulière (prenant en compte tout ce qui lui est propre et personnel).

En conclusion:

Nous pouvons dire que notre questionnement de départ trouve résonance auprès de l'ensemble des acteurs de terrain. Engager les CSP dans une démarche de professionnalisation constitue pour eux mais aussi pour la structure un véritable défi que le DS en sa qualité de «chef d'orchestre» va conduire autour d'un projet managérial. En prenant attache auprès de la Haute Autorité en Santé⁷⁷, nous pouvons traduire les grands points abordés lors des entretiens au travers des cinq fonctions du management :

- «La fonction «prévoir»: autour de trois termes: anticipation, adaptation, réactualisation»⁷⁸: cette approche renvoie aux exigences de l'évolution de la fonction

⁷⁶ YAHIEL M, MOUNIER C ; *Ibidem*.

⁷⁷ HAS, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, HAS/Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, Janvier 2005.

⁷⁸ HAS ; *Ibidem*.

de CSP, en parallèle de celle de la structure hospitalière et du contexte contraint, incertain dans lequel ces professionnels exercent.

- «La fonction «organiser»: trois dimensions peuvent être retenues: l'organigramme dynamique, la définition des fonctions et la mise en place de procédures⁷⁹»: cette réflexion dynamique porte sur les activités et leur évaluation, le rôle et le champ de compétences du CSP. Elle permet ainsi de réunir les meilleures conditions pour qu'il puisse répondre aux missions qui sont les siennes dans son institution.
- «La fonction «décider»: en voici les facteurs clés: la capacité à décider et le «bon niveau» de la décision; la lisibilité des processus de décision pour les différents acteurs de l'établissement»⁸⁰: cette dimension fait écho à la politique managériale, levier principal dans l'institution pour maintenir la sécurité des soins, demandant de fait à chacun de se positionner. Ce travail est difficile et complexe.
- «La fonction «motiver»: dimension essentielle du management, à savoir la capacité à faire adhérer les acteurs de l'établissement aux objectifs et aux missions afin d'assurer leur réalisation»⁸¹: c'est à travers cette approche que se concrétise la responsabilisation et la participation aux décisions de chacun des acteurs. Il s'agit de travailler sur la reconnaissance des compétences existantes et/ou à développer, qu'elles soient collectives ou individuelles.
- «La fonction «évaluer»: son champ d'application porte sur les résultats: les moyens mis en place, la satisfaction des personnels, l'activité»⁸²: cette dernière étape revient sur l'importance d'adapter les outils, les formations aux besoins des individus CSP en tenant compte du contexte institutionnel dans lequel ils exercent leur activité.

Autour de ces cinq fonctions, le DS va construire son approche managériale en cohérence avec la politique de l'institution. Cette approche est essentielle pour lui car il doit pouvoir s'appuyer sur des personnes de confiance, loyales et au fait des objectifs institutionnels.

⁷⁹ HAS ; *Ibidem*.

⁸⁰ HAS ; *Ibid*.

⁸¹ HAS ; *Ibid*.

⁸² HAS ; *Ibid*.

3 PROPOSITIONS D' ACTIONS

Depuis quelques années l'hôpital est confronté à de nouvelles exigences sociétales, économiques et techniques. Il doit, de fait, s'adapter à celles-ci pour maintenir sa place en qualité de partenaire au sein du système de santé et répondre ainsi aux besoins de santé de la population du territoire auquel il est rattaché.

Cette évolution constante de l'hôpital se traduit aussi par une modification des métiers existants et par l'émergence d'autres. Etroitement lié à la nouvelle gouvernance de l'institution hospitalière, le cadre de pôle fait partie de cette mouvance.

Au-delà de son identification, il nous est paru essentiel, en qualité de futur directeur des soins, de réfléchir sur la construction de cette fonction. En effet, les résultats de nos investigations identifient le CSP comme un des acteurs clés de l'organisation hospitalière qui doit être accompagné dans ce processus de changement.

Le DS en qualité de membre du directoire et de responsable de la direction des soins représente la personne la plus appropriée pour engager cette démarche ; celle-ci consistant à développer, à renforcer les potentiels de ses plus proches collaborateurs.

Dans cet environnement exigeant et évolutif, adapter les compétences requises des CSP constitue pour le directeur des soins une véritable priorité. Si nous définissons la professionnalisation comme «*l'ensemble des processus visant à garantir pour les entreprises et les individus, l'élaboration des compétences requises et nécessaires*⁸³», le DS, par sa connaissance de la structure et des individus qui composent son équipe, est à même d'organiser et de mobiliser des dispositifs pertinents et adaptés. En effet, la réussite d'une démarche de professionnalisation, nécessité réelle pour l'organisation hospitalière et les CSP, repose sur la mise en cohérence des enjeux de l'institution, de ceux de l'individu, du contexte et des outils choisis.

L'étude sur le terrain nous a permis d'identifier les différents leviers qui sont en lien avec :

- le collectif de travail, les pairs ;
- le contenu du travail ;
- l'organisation du travail ;
- la gestion des ressources humaines, la formation ;
- le management, conduit par le directeur des soins.

Pour nous, la mise en rotation de ces différents points doit être respectée car elle touche conjointement l'évolution individuelle et le renforcement du collectif. Elle concourt à créer de la cohésion et une équipe. L'activation de ce mouvement n'est pas automatique, elle s'accompagne d'une réflexion sur l'organisation de la structure, son management, son approche politique de la gestion de son encadrement. Elle doit aussi prendre en compte la

⁸³ CONJARD P, DEVIN B, *Op Cit*, p150

notion de temps car elle se construit sur la base de l'engagement de la structure en termes de moyens, de ressources humaines et de capacités de temps à mobiliser.

De plus, elle s'appuie sur des relations de confiance entre les différents partenaires. La confiance n'est pas une donnée stable, elle se construit en permanence et fait écho à la volonté de chacun. Il s'agira donc de travailler sur «*le vouloir*» des acteurs à s'engager dans une démarche de professionnalisation, les amenant en amont à percevoir quels sont leurs propres intérêts, les enjeux et la représentation qu'ils ont de leur métier.

Nous pensons que le DS a un rôle fondamental dans la professionnalisation des cadres de pôle. Nous proposons d'aborder cet accompagnement autour d'un projet stratégique que pourrait bâtir le DS pour adapter son management et mobiliser les outils les plus appropriés à la construction de compétences individuelles et collectives.

Cette proposition s'est construite sur la base de nos lectures au service d'une approche conceptuelle, de nos constats, et des échanges menés auprès des acteurs sur le terrain. Notre expérience professionnelle, nos observations et nos questionnements viennent aussi étayer notre plan d'actions. Nous ne prétendons pas élaborer une démarche «idéale» ou bien mettre à disposition «une boîte à outils» mais nous souhaitons lors de notre exercice futur nous référer à l'ensemble des éléments abordés.

Après une réflexion sur son management, le DS va formaliser son projet d'accompagnement autour des étapes suivantes :

- 1^{er} temps : réunir les conditions préalables à la mise en œuvre de parcours de professionnalisation ;
- 2^{ème} temps : travailler avec et pour le CSP, relation centrée sur un échange professionnel d'accompagnement ;
- 3^{ème} temps : organiser la montée en compétences de l'équipe de CSP ;
- 4^{ème} temps : échanger et partager sur le territoire de santé, sur la région sanitaire avec les différents partenaires.

Cette démarche projet, fondation du parcours de professionnalisation, va décliner les différents objectifs à atteindre et aborder l'analyse de quelques outils qui nous semblent plus adaptés et pertinents à développer

3.1 Le directeur des soins, maître d'œuvre

Le maître d'œuvre est la «*personne qui dirige un chantier du bâtiment après avoir élaboré les plans de l'ouvrage: responsable de l'organisation et de la réalisation d'un vaste ouvrage*⁸⁴». Avant de réaliser les différents pans de cette construction, il s'avère nécessaire de mener une phase de réflexion sur le concept de ce chantier, sur les partenaires impliqués, sur les matériaux les plus adaptés pour édifier un ouvrage solide, pérenne dans

⁸⁴ Le petit Larousse illustré 2014, *Maître d'œuvre*, p688.

le temps et ceci quelles que soient les évolutions. Au-delà des individus, il s'agit de construire les principes d'un processus d'engagement de l'institution et des professionnels autour de l'acquisition de compétences et d'établir des liens pertinents.

Responsable de l'équipe des CSP, son autorité hiérarchique et son savoir ne suffisent plus à asseoir sa légitimité. Il doit développer pour ce faire un management basé sur le respect et l'acceptation du savoir-faire de l'autre. Apporter de la bienveillance, établir de la confiance et de la cohérence dans l'accompagnement de ses collaborateurs lui permet de confirmer son rôle auprès de l'encadrement et son positionnement au sein de la structure. Une définition claire de son management contribue à la compréhension de ses actions et favorise l'adhésion de ses collaborateurs.

De fait, en sa qualité de manager, il met ses compétences et son expertise au service de ce projet, ce qui lui permet de piloter les performances des CSP tout en les responsabilisant, d'engager son équipe vers l'amélioration continue et le progrès permanent. Dans cette démarche, sa capacité à motiver les individus, sa sérénité face aux situations complexes sont des gages de réussite.

Il s'agit pour lui d'amener son équipe à travailler sur «le faire ensemble», socle d'une identité d'équipe et d'une performance de réponse aux objectifs institutionnels. Concevoir la direction comme un atelier où chacun apporte son expérience, accepte l'autre dans sa singularité mais aussi dans la force additionnelle qu'il peut représenter pour le groupe, constitue un véritable enjeu managérial. Il contribue de ce fait au développement de nouvelles relations organisationnelles.

L'engagement de chacun des membres de l'équipe est essentiel et passe par la communication, la transmission, l'explication des objectifs et la compréhension de leurs intérêts. Le DS peut alors, avec chacun, construire, renforcer des relations de confiance et fédérer les CSP autour d'un projet d'acquisitions de compétences. La connaissance du parcours professionnel des CSP, de leurs capacités respectives constitue la première étape de ce projet. Cet «état des lieux» des potentiels, des points critiques de son équipe lui permet de concevoir des outils adaptés et de proposer tant individuellement que collectivement des actions structurantes au service du processus de professionnalisation.

Dans cette étape préparatoire, le DS interpelle l'ensemble des partenaires qui vont participer à la mise en œuvre des outils de professionnalisation. Il va assurer l'articulation de tous (DH, chef de pôle, CSP) définissant ensemble les modalités de mise en œuvre.

La réalisation de cette démarche repose sur sa validation institutionnelle. Le directeur des soins, membre de droit du directoire, se doit d'en présenter les conditions, les enjeux, la pertinence.

3.2 Préalables institutionnels intangibles

L'analyse nous a permis de réaliser une phase de diagnostic et d'identifier les éléments essentiels qui vont contribuer à la réussite de parcours de professionnalisation individuel et collectif, la richesse de chacun renforçant la performance de l'équipe de CSP.

Ces points incontournables relèvent d'un engagement de l'institution, convaincue de l'enjeu que représente pour elle la réalisation d'une telle démarche dans la mise en œuvre de dispositifs de décision lisibles et de mobilisation de tous les niveaux de responsabilité afin de garantir une utilisation optimale des ressources de l'Etablissement.

De plus, l'engagement du directeur des soins dans la déclinaison de la politique managériale de l'institution favorise l'élaboration des outils socles de la professionnalisation des CSP.

3.2.1 Fiche de fonction du cadre de pôle

A partir du support formalisé dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et en cohérence avec les attentes institutionnelles, le DS conduit l'écriture de cette fiche en collaboration avec les CSP de son équipe.

Celle-ci décline les missions, les activités, les relations fonctionnelles et hiérarchiques du CSP. Elle permet de décrire les modalités de recrutement, d'affectation et d'évaluation. Elle identifie aussi les processus de mobilité.

Cette fiche doit être considérée comme le premier dispositif à élaborer. En effet, elle identifie le contenu de cette fonction, le «*qui fait quoi*», le domaine d'intervention. Elle favorise chez le CSP une première auto-évaluation «*suis-je en capacité de faire ce qui m'est demandé?*». Elle constitue pour le CSP un élément repère qui l'aide à structurer son positionnement dans l'institution, au sein du pôle. Elle permet aussi une première analyse des besoins actuels ou futurs en termes de compétences à acquérir ou renforcer.

Elle doit être portée à la connaissance des chefs de pôle, leur collaboration avec le CSP trouve dans ce document toute sa dimension. Validée en directoire sous l'égide du DS, elle positionne le CSP en tant que partenaire institutionnel.

3.2.2 Ajustement des compétences

Cette étape s'intègre dans la déclinaison de la politique des ressources humaines de l'institution. Elle vise à mobiliser les ressources et les compétences requises dans l'exercice de cadre de pôle pour permettre à l'hôpital d'assurer ses missions et d'atteindre les objectifs fixés dans son projet d'établissement.

Ce travail de collaboration (DS, DRH, directeurs référents de pôle, chefs de pôle, CSP) porte sur l'identification :

- des compétences requises recensées dans la fiche de fonction,
- des capacités individuelles attendues en termes d'acquis et de ressources capitalisées,
- des compétences opératoires c'est-à-dire celles qu'il faut effectivement mettre en œuvre pour agir

Ces dernières complètent les savoir-faire techniques de base et abordent la notion du savoir-être. Elles conditionnent l'évolution professionnelle de la personne et sont dépendantes du contexte et de la culture institutionnels.

Tenir compte des attentes exprimées par les chefs de pôle, les directeurs, s'avère indispensable. Les CSP, en tant qu'acteurs, participent à ce processus car ils doivent y retrouver cohérence et reconnaissance au regard de leur exercice actuel.

Cette recherche va conduire le DS à travailler sur le «*capital ressources*» attendu par l'institution pour valider l'accès à la fonction de cadre de pôle. Ce temps de réflexion va permettre de pointer les items clés, en lien avec les exigences de la fonction future. Selon nous, ces critères portent sur la qualification en termes de diplômes (Cadre de santé, master II), sur les expériences précédentes en termes de parcours, de mobilité et sur les appétences managériales défendues et déclinées dans le cadre d'un projet de prise de poste.

Ainsi identifiés, ces critères doivent être présentés à l'ensemble de l'encadrement paramédical. Cette démarche est intéressante à deux niveaux. D'une part, elle favorise l'intégration dans la fonction et la poursuite d'une évolution professionnelle, d'autre part, elle permet au DS de détecter des potentialités dans le vivier des cadres de proximité de l'institution.

De plus, elle contribue à repositionner l'accès à la fonction de CSP dans un processus dynamique, continuum d'une démarche de professionnalisation déjà engagée.

3.2.3 Processus de sélection

Il se fonde sur le travail préalablement décliné et s'organise autour de deux axes, soit un recrutement en interne basé sur la connaissance des prérequis, soit sur recrutement en externe. Ce dernier doit être mené en toute transparence. Il permet d'identifier les membres participant au processus de sélection comme le chef de pôle.

Le choix est acté par le DS qui se base sur la connaissance de son équipe de CSP. Il doit, pour ce faire, réaliser un état des lieux des compétences collectives de son équipe, mettre en lien ce constat avec les potentiels existants dans l'institution. Au-delà des compétences, il doit tenir compte des relations humaines existantes entre les différentes personnes, recherchant dans cette démarche la cohésion de son équipe et sa performance.

Il peut s'orienter vers un recrutement extérieur ayant, lors d'entretiens, identifié des professionnels avec une expérience professionnelle complémentaire de celles de son

équipe. L'enrichissement des potentiels de cette dernière est bénéfique et renforce les capacités des individus par les échanges et le partage des vécus. Il peut, dans ce cadre, s'engager dans un processus de transfert de savoirs, de savoir-faire, et d'ouverture vers une culture différente favorisant ainsi les capacités d'adaptabilité de ses collaborateurs.

A travers ces différents points, le DS construit les fondations de son projet d'accompagnement des CSP dans l'acquisition de compétences. Il donne à ses cadres l'envie de s'engager. Véritable politique managériale, il permet par ces décisions de repérer et donc d'anticiper (à partir des ressources disponibles), de créer du sens (mobilisant les savoirs de chacun), d'optimiser, d'évaluer (dans une recherche d'efficacité) et donc de former, d'autonomiser (dans une conception d'adaptation). Il va poursuivre son action en accompagnant le parcours de professionnalisation de chaque CSP.

3.3 DS et CSP : organisation d'un parcours

La réussite de ce parcours repose sur des relations de confiance qui vont s'établir dans la quotidienneté. Celles-ci s'épanouissent sur la base d'un respect mutuel et la reconnaissance des savoir-faire de l'un et la légitimité du leadership du DS.

Ce parcours s'organise autour d'un accompagnement rythmé par des rencontres mensuelles entre le CSP et le DS. Il est aussi marqué par trois temps clés que sont la phase d'accueil-intégration, l'entretien d'évaluation et l'élaboration d'un plan individuel de développement professionnel.

3.3.1 Accompagnement au quotidien

Dans cet accompagnement, le DS assure une aide et un soutien constant et professionnel du CSP. Il structure des temps d'échanges actés dans le temps et réguliers au cours desquels sont abordés le suivi des projets du pôle, le bilan des ressources humaines, les difficultés rencontrées sur le plan organisationnel, managérial par le CSP dans son exercice quotidien. Temps d'informations, de questionnements, ces moments à deux favorisent la réflexion et le cheminement du CSP dans son approche des projets en termes de méthodologie, de propositions et dans sa lecture des événements.

Par ses questions, ses reformulations, le DS amène le CSP à analyser son positionnement, ses choix, sa pratique managériale. Il peut aussi suggérer d'autres approches poussant son collaborateur à poursuivre la structuration de ses propositions.

Ce temps d'apprentissage continu est essentiel pour le CSP car ce temps lui est dédié. Espace de ressourcement, de réassurance, il contribue à renforcer ses capacités, ses prises de décisions, sa posture et son approche managériale dans l'animation d'équipe

Ce temps d'échanges doit être structuré et préparé tant dans la forme que dans le fond. Travailler sur la concision des informations à transmettre, leur pertinence participe à l'acquisition de compétences méthodologiques que le CSP pourra réinvestir lors de la présentation «*plus officielle*» d'organisations, de projets, de directives auprès de l'encadrement de proximité, du trio de pôle. Si les supports et les éléments clés à transmettre doivent être travaillés en équipe (comme nous le verrons au point 3.4), ce temps favorise la construction professionnelle du CSP.

Pour cela, le DS doit laisser le CSP faire sa «*part de chemin*» c'est-à-dire ne pas réaliser à sa place mais le guider, l'encourager dans ses actions, faire en sorte qu'il mobilise son intelligence, ses expériences au service de son exercice actuel. Sa connaissance du professionnel lui permet d'adapter la stratégie d'apprentissage au mode de fonctionnement de ce dernier, de respecter son rythme et ses temps d'appropriation.

3.3.2 Phase d'accueil et d'intégration

«Comme au début il n'a ni les contacts ni les informations, le cadre nouvellement nommé se concentre sur les rôles d'agent de liaison et d'observateur actif pour tenter de construire un réseau de contacts et une base de données. Les rôles liés à la décision ne peuvent devenir opérationnels que lorsqu'il possède plus d'informations⁸⁵».

Ce temps intégré dans la professionnalisation de l'infirmière, est souvent escamoté dans la préhension d'une fonction d'encadrement et plus particulièrement celle de cadre de pôle. Pourtant, il constitue une période socle qui favorisera son positionnement au sein de l'institution et auprès des cadres de proximité.

Le DS construit cette phase d'accueil-intégration comme un élément de professionnalisation, facteur de consolidation de compétences et d'une identité professionnelle. Elle s'articule autour de :

- la mise à disposition de documents institutionnels comme le projet d'établissement dont le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique lui permettant de prendre connaissance des projets, des orientations pour demain et surtout d'investir les valeurs communes de l'établissement ;
- un temps de rencontre avec le directeur et les membres de l'équipe de direction, positionnant ainsi le CSP dans son appartenance institutionnelle.
- des temps d'échanges avec le chef de pôle et l'ensemble des acteurs du pôle. C'est au cours de ces premières rencontres que va s'engager leur collaboration mutuelle.
- l'identification par le DS d'un compagnon expert, issu de l'équipe de CSP. Ainsi, le DS met en place un compagnonnage d'action facilitant le transfert de connaissances (culturelles, outils, circuits d'informations), le recours à une aide ponctuelle et à des

⁸⁵ MINTZBERG H., *Op Cit*, p142.

échanges d'expériences entre pairs. C'est aussi un moyen de créer du lien, de reconnaître par son positionnement et ses compétences, un de ses collaborateurs. Il construit ainsi le pont, *«passage de savoirs et partage d'expériences»*.

Au-delà de la période d'accueil, ces démarches se poursuivront actant par des points étapes, menés par le DS, *«une accréditation progressive, c'est-à-dire la reconnaissance de l'acquisition de compétences autorisant à agir en autonomie»⁸⁶*.

3.3.3 De l'entretien d'évaluation au plan individuel de développement professionnel

L'entretien annuel est un temps consacré à la prise de recul sur les actions réalisées et les évènements de l'année écoulée. Il porte des enjeux de reconnaissance et de perspectives pour le collaborateur et doit être présenté comme tel par le DS. Temps d'échanges, il permet de *«valoriser ce qui a été fait, de pointer ce qui n'a pas été accompli, d'affirmer une reconnaissance mutuelle, de se situer par rapport à des performances et à des compétences, de connaître clairement ce qui est attendu pour l'année suivante, de réfléchir à ses motivations, de les faire savoir à sa hiérarchie, puis de se projeter dans une logique de développement»⁸⁷*

Il est réalisé dans le cadre d'un temps dédié et confidentiel, à partir de la fiche de fonction et sur la base d'une préparation. C'est un outil utile pour le CSP et le DS, dont il faut revaloriser la portée. En effet, l'entretien d'évaluation sert l'acquisition de compétences du CSP car à partir du constat réalisé, il va permettre la co-construction d'un plan individuel de développement professionnel.

Par son engagement dans cette démarche, le DS exerce son leadership, et organise en partenariat avec le CSP le maintien et le développement de la performance de ce dernier. L'amener à réfléchir sur ses priorités, ses objectifs à atteindre, les actions à mettre en place en termes de moyens et de modalités, participe à sa responsabilisation. C'est un temps d'écoute, de questionnements. Le DS accompagne cette hiérarchisation et intervient pour conseiller, encourager, cadrer son collaborateur.

Les moyens à mobiliser peuvent être divers et, en fonction des priorités ciblées, s'orienter vers :

- des mises en pratique, soit à partir d'analyse d'erreurs, soit sur la base de situations nouvelles ;
- de la formation, qu'il ne faut pas concevoir comme une finalité mais bien comme un outil au service d'acquisitions de savoirs techniques.

⁸⁶ CONJARD P, DEVIN B, *Op Cit*, p111.

⁸⁷ ESNAULT N., *Op Cit*, p23.

Le choix d'une stratégie d'apprentissage adaptée est un gage de réussite dans la progression du CSP. Véritable contrat passé entre le DS et le CSP, il nécessite un engagement réciproque.

Engager chaque année le CSP dans ce processus de développement, assurer un suivi actif par le biais d'échanges, d'évaluations et d'encouragements, consiste pour le DS à transmettre une pratique managériale. Conscient de sa pertinence et de sa propre progression, le CSP la réinvestira dans son management des cadres de proximité du pôle dont il a la charge.

3.4 Construction de la performance collective

L'appréciation des compétences individuelles des membres son équipe, en termes de force, de fragilité et de complémentarité, permet au DS de bâtir un état des lieux des ressources collectives et de concevoir la mise en œuvre de pratiques professionnalisantes. Dans cette optique, le DS mobilise dans le temps et dans l'espace, les outils que sont la formation, les séminaires et l'analyse des pratiques. Dans cette approche, il travaille en partenariat avec son groupe de CSP, ses collègues directeurs et les chefs de pôle pour définir et adapter le contenu et les modalités de mise en œuvre.

3.4.1 La formation au service du groupe

Elle constitue un des éléments de professionnalisation qui, dans son approche individuelle, doit être réinvestie au niveau du groupe. En effet, toute action de formation doit faire l'objet d'un retour auprès des membres du groupe, approche responsable car prenant en compte l'intérêt professionnel et le coût financier engagé par la structure.

De plus, à partir de l'élaboration du plan de formation d'équipe, le DS est amené à proposer des actions de formation plus opérationnelles, se déroulant sur la structure et impliquant l'ensemble des CSP. Elles peuvent porter sur le suivi budgétaire et financier d'un pôle, sur l'optimisation et la coordination des prestations de soins au sein d'un pôle dans une optique de qualité. Dans ce cas, la décision de validation devient institutionnelle, au niveau du directoire car susceptible d'engager tous les acteurs participant au processus de décision. Les objectifs de cette organisation sont :

- d'acter par cette participation le positionnement de tous,
- de structurer le partage des mêmes apports théoriques ;
- d'investir les documents de la structure, outils de pilotage (suivi budgétaire, tableaux analytiques médico-économiques, indicateurs financiers, indicateurs qualité) afin de les comprendre, de les analyser et de les manipuler dans le cadre d'exercices pratiques.

Le CSP peut alors appréhender et identifier les incidences médico-économiques des décisions d'organisation.

Ce type de formation opérationnelle peut être aussi proposé dans le domaine de la qualité, permettant ainsi au CSP de mettre en place des dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles et des processus d'amélioration.

La direction des soins devient alors «*direction-support*» et le DS met son expertise au service de l'accompagnement du pôle et de ses acteurs. De fait, par la préconisation de ce type d'organisation formative, le DS engage les CSP à aller au-delà du simple constat des résultats fournis par l'institution. Il les conduit à analyser, croiser, et utiliser ces données dans :

- l'argumentation de leurs choix organisationnels ;
- leur participation aux arbitrages en matière d'investissement ;
- leurs propositions d'actions et dans la construction de projets de pôle.

Le DS, par le suivi mensuel des CSP, évalue l'appropriation de ces méthodes, réinvestissant si besoin dans une aide, un soutien méthodologique.

Dans ce cadre formatif, véritable processus de développement professionnel continu, l'ensemble des directions fonctionnelles est engagé ce qui concourt à créer une dynamique institutionnelle et à coordonner l'action de tous au service de la performance de la structure.

3.4.2 Le séminaire: temps de distanciation

Organisée par le DS, cette journée est consacrée à une thématique préalablement actée en équipe de direction des soins (leadership et pratiques managériales, construction d'outils communs, stratégies de communications, l'intérêt du «reporting»). Loin de l'exercice journalier, sans téléphone ou traitement de l'urgence, elle constitue un temps de prise de recul, de concertation.

Il s'agit aussi d'un temps de travail, que nous jugeons essentiel dans la mobilisation des intelligences de chacun et du groupe, dans le développement des approches professionnelles. Il renforce l'équipe et sa créativité autour de thématiques que chacun pourra réinvestir dans le management de son équipe de cadres de proximité.

Le DS coordonne ce temps dont l'objectif est de produire une base documentaire commune, socle de l'exercice professionnel et donnant du sens à celui-ci. Pour le DS, prendre ce temps, permet l'écoute et la prise en compte des idées de ses collaborateurs. Il favorise la construction d'un groupe, le renforcement identitaire et culturel.

Dans la conduite de cette démarche, le DS ne se positionne pas comme «*enseignant face à l'apprenant*» mais comme partenaire de cette construction professionnelle. Il doit être en mesure d'accepter la contradiction, positionnant ainsi les CSP en tant que professionnels responsables. Ces derniers doivent aussi s'engager à respecter les idées de chacun et à proposer des contre-argumentaires étayés. La richesse de ce temps de concertation et de

production professionnelle est portée par l'existence de relations de confiance, de transparence et de loyauté au sein des membres du groupe présent

3.4.3 L'analyse des pratiques professionnelles: temps de construction collective

Ce temps d'échanges formalisé est proposé par le DS. Son objectif est d'amener les CSP à analyser leurs pratiques professionnelles. Cette initiative managériale repose sur l'expression de difficultés exprimées, sur la survenue de dysfonctionnements consécutifs à une prise de décision mettant en doute la pertinence du choix.

Ce temps favorise le débat, l'échange sur les pratiques et le partage des expériences. C'est un temps «*apprenant*» où le CSP développe, conforte des capacités d'analyse au service de sa pratique professionnelle. Ce temps ne peut constituer une réponse immédiate à la difficulté rencontrée, à la problématique soulevée. Il doit se concevoir à distance de l'évènement et correspond à l'élaboration de pistes d'actions que le CSP ainsi que ses collègues testeront dans la rencontre ultérieure de situations identiques.

La fiabilité de cette démarche repose pour l'ensemble de l'équipe, sur la connaissance des enjeux, des modalités et des sujets qui constitueront le cœur de celle-ci. Cette dynamique de co-construction, basée sur la participation active, l'empathie et l'absence de jugement, constitue une étape essentielle pour la consolidation de l'identité professionnelle des CSP. En effet, la complexité de l'exercice de CSP, la confrontation à l'insatisfaction, à l'exigence des résultats rend nécessaire la création d'un espace où il est possible d'exprimer ses difficultés, d'expliquer ses décisions. Cela permet à chacun de reprendre chaque élément, de le discuter, d'intégrer d'autres points de vue. La lecture à distance sans enjeu émotionnel facilite la compréhension des événements, des résistances et contribue à repenser son propre fonctionnement. Lors des séances, le DS est le garant des questions posées, le groupe aide son collègue à aller au cœur de la problématique. Cet apprentissage renforce l'appropriation de la fonction par le groupe et par l'individu et conforte leur marche vers l'autonomisation. Le DS, acteur de ce processus, accompagne cette démarche, évaluant la pertinence du moment, impulsant cette volonté de progresser et ramenant la difficulté à un exercice professionnel. Une phase de réassurance vient conforter le groupe, témoignage de son engagement. La satisfaction de l'équipe, sa réactivité et sa fiabilité sont le reflet de l'adoption de cette démarche et positionne le DS en tant que leader du groupe.

3.5 Le territoire de santé, la région: intérêt des échanges

Cette ouverture sur le territoire de santé, sur la région est conduite par le DS. Elle va permettre aux CSP de prendre la mesure des orientations stratégiques nationales, régionales et territoriales.

Elle se construit sous l'égide d'un partenariat établi entre les directeurs de soins du territoire, de la région. Elle permet d'offrir aux CSP des opportunités différentes et complémentaires pour enrichir leurs connaissances, leur adaptabilité et leur savoir-faire. Travailler sur la base

d'échanges favorise la consolidation des acquis, l'approche d'autres cultures et engendre de ce fait une réflexion sur ses propres pratiques.

Sur le territoire de santé, elle renforce la capacité des CSP à collaborer voire à piloter la création de parcours coordonnés de soins, en réponse aux besoins de santé des usagers, faisant ainsi le lien avec le processus qualité et gestion des risques du «patient-traceur».

La mise en pratique d'un processus de démarche projet, identifiant de fait les partenaires relais et construisant une coopération soignante contribue à renforcer la professionnalisation des CSP par un positionnement plus stratégique. Dans cette dimension, le DS guide son collaborateur, l'oriente dans le sens où il veille à ce que ce dernier fasse ses propositions en toute connaissance de cause. De fait, il permet, l'anticipation, et par un jeu de questions, aide le CSP à calibrer ses choix.

Cette ouverture peut aussi se traduire par la création d'une banque de données exploitables quels que soit la structure et le contexte. Elle est au service des CSP et peut comprendre des éléments réglementaires, des études menées sur la qualité et la sécurité des soins..... L'organisation d'une veille documentaire participe à la dynamique professionnelle, éveille l'intérêt professionnel et favorise le décloisonnement.

Sur le plan régional, la mise en lien des différentes équipes de CSP peut se faire par la réalisation de temps de rencontres, de stages où, dans le cadre de ses échanges, le CSP sera en mesure d'observer d'autres organisations, d'interpeller son collègue sur ses pratiques et d'aborder la question des outils institutionnels dont il dispose.

L'objectif du DS est d'amener son collaborateur à construire sa propre identité, à mobiliser son intelligence en adaptant à son environnement et à son exercice des éléments jugés pertinents. Ce dernier devient pour ses collègues pourvoyeur d'informations, et conduit une démarche de créativité au service de l'évolution professionnelle de l'équipe.

«Un parcours de professionnalisation efficace repose sur une diversité de situations d'apprentissage combinées, quelles que soient les finalités des dispositifs proposés. Elles constituent une chaîne de modalités d'apprentissage.....⁸⁸».

L'efficience de ce parcours, qu'il soit individuel ou collectif, repose aussi sur une contractualisation véritable convention tripartite entre l'individu, le groupe CSP, l'institution, et le DS, où chacun s'engage dans un processus de professionnalisation, pérenne dans le temps car toujours en lien avec l'évolution des exigences du métier et des attentes institutionnelles.

⁸⁸ CONJARD P, DEVIN B ; *Op Cit*, p 94.

Conclusion

Les évolutions connues par les établissements de santé ont considérablement modifié leur organisation interne et leur management. Des démarches engagées depuis l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 ont pour objectif de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité. Dans ce contexte en pleine mouvance, exigeant sur le plan économique, le mode de gestion des structures hospitalières est profondément interrogé, les compétences respectives des acteurs internes redéfinies.

La constitution de pôle d'activité est une approche novatrice qui se doit d'être confortée. Elle s'accompagne de l'émergence de nouvelles fonctions comme chef de pôle, cadre de pôle et assistant de gestion. De fait, les circuits et outils de décision doivent être revisités afin de confier à cette structure interne les prérogatives inhérentes à son implication dans la gestion de l'établissement.

L'enjeu de cet engagement réside dans la capacité de l'institution à mailler un réseau interne de savoirs et de compétences au service de la qualité de prise en charge des usagers sur le territoire de santé. Construite sur le principe de subsidiarité, cette dynamique institutionnelle se fonde sur des valeurs communes de respect, d'équité et d'adaptabilité. Pour répondre aux nouvelles exigences sociétales, à celles du patient-acteur, chacun de ses membres devra, pour accomplir ses missions, faire preuve de professionnalisme. Toute activité requiert de l'efficacité, de la performance et de la qualité.

Le DS, par son rôle de coordination, d'expertise et de conseil, tant auprès du directoire, des pôles et de l'encadrement, participe pleinement à cette évolution. Il conduit et approfondit des actions d'amélioration des compétences professionnelles favorisant ainsi le développement de capacités d'anticipation et d'adaptation propices à l'exercice des fonctions d'encadrement. Il contribue de fait aux efforts de l'organisation hospitalière dans sa quête de performance ; celle-ci se traduisant par la qualité et la sécurité du service rendu à l'utilisateur et à son entourage, par la qualité de vie au travail des personnels et par l'efficacité garantissant une mobilisation optimale des ressources.

Dans ce contexte exigeant, l'accompagnement des cadres de pôle constitue un réel enjeu pour le DS. L'exercice de cadre de pôle s'est complexifié et demande à ces professionnels des réponses adaptées, des prises de décisions et un positionnement approprié au sein du pôle et au cœur de l'établissement. Pour la plupart cadre supérieur, les cadres de pôle sont aujourd'hui confrontés à des exigences d'ordre financier (T2A), organisationnel (gestion du temps de travail) et managérial, auxquelles leur parcours antérieur ne les a pas systématiquement ou suffisamment préparés.

L'approche managériale basée sur la transversalité, la prise de responsabilité et de décision au niveau du pôle rend le positionnement du cadre de pôle plus délicat et engagé. Cette situation est difficilement vécue par les CSP qui évoluent dans un environnement instable.

Dans son exercice, le DS va intégrer ces différents éléments sans oublier la thématique d'impulsion caractérisée par la recherche d'une qualité de vie au travail et d'un sentiment d'efficacité professionnelle. Dans cette optique, il conduit son équipe de collaborateurs à acquérir et/ou conforter ses compétences, à développer des capacités d'adaptation et à réfléchir sur sa posture managériale.

Construire un parcours de professionnalisation individuel et collectif relève de l'engagement de chacun qu'il soit institution, directeur, chef de pôle, CSP et DS. De plus, il s'agira pour ce dernier d'adapter les pratiques de professionnalisation à la structure, à son contexte et à l'histoire des individus. L'optimisation de ces processus relève donc d'une vision stratégique et sociale de l'environnement. La dimension pédagogique doit aussi être prise en compte pour élaborer un projet d'acquisition de compétences performant. L'ensemble des éléments ainsi optimisés favorise l'émergence d'une dynamique collective. Orchestrée par le DS, cette démarche renforce le positionnement des CSP, leur efficacité ainsi que leur identité professionnelle.

Réalisés au sein de chaque institution hospitalière, ces parcours de professionnalisation rendus nécessaires par l'évolution des contraintes et de l'environnement doivent conduire l'ensemble des directeurs des soins et des directions à réfléchir sur les moyens à mettre en place pour concevoir un temps de *«prise de distance dans le cadre du passage de la fonction de cadre de proximité à celle de cadre de pôle»*. Cette prise de recul favorisant ce changement de métier, est mise en évidence par l'ensemble des CSP actuellement en fonction. Devenir le supérieur hiérarchique de ses pairs au sein d'une même structure n'est pas chose évidente et concourt à complexifier l'approche managériale. Dans le cadre du rapport YAHIEL demandé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, il est proposé d'inclure un temps de préformation dans le cadre d'une deuxième année de master sous la forme de modules, temps de scolarité se déroulant à l'Ecole des hautes Etudes en Santé Publique. Il nous semble indispensable de mener une concertation sur cette proposition.

Travailler sur l'élaboration d'un parcours de professionnalisation mixte peut, selon nous, contribuer à la constitution d'un socle de connaissances générales techniques (budgétaires, financières, juridiques, législatives...) que le futur CSP sera en capacité de réinvestir quel que soit son lieu d'exercice. De plus, ce temps d'éloignement de sa structure lui permet de réfléchir à sa pratique managériale, de mettre en mouvement sa propre mutation favorisant par le biais d'enseignements et d'échanges, l'appropriation de ses nouvelles missions et activités. Le troisième temps de ce parcours de montée en compétences doit se dérouler au sein même de l'hôpital dont il est issu. En effet, sous l'impulsion du DS, il s'agit de poursuivre ce dispositif par la mobilisation d'outils propres à celui-ci, en concertation avec l'ensemble des partenaires, en tenant compte du contexte organisationnel, culturel et stratégique de la structure.

Ainsi déroulée, la démarche de professionnalisation des CSP répond aux attentes de tous, elle contribue à dynamiser l'adaptabilité nécessaire à l'exercice de ce nouveau métier.

Le DS doit être partie prenante de ce processus, fédérant son équipe de collaborateurs autour de valeurs communes de confiance, d'échanges et de performance.

Donner du sens à chacune des démarches engagées est un impératif pour lui et conforte son propre positionnement et sa légitimité au sein de la structure et aussi au sein du territoire de santé, ouverture vers laquelle il conduira les cadres supérieurs de pôle.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMNTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoire.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, *Journal officiel de la République Française*, 3 mai 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, *Journal Officiel de la République Française*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n° 2008-806 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, *Journal de la République Française*.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n°2012-1466 du 26 Décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière, *Journal Officiel de la République Française*, 29 décembre 2012.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur de Soins de la Fonction Publique Hospitalière, *Journal Officiel de la République Française*, n° 0007 du 9 janvier 2014.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, *Journal Officiel de la République Française* n°0080 du 4 avril 2010, page 6613, texte n° 34.

OUVRAGES

ALTER N., 2012, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ième} édition mise à jour, Paris : Presses Universitaires de France, 362 p.

BANDURA A., 2007, *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, Paris : Edition De Boeck Université, 2^{ème} édition, 251p.

BARBIER JM, 2005, «*Voies nouvelles de la professionnalisation*», in SOREL M, WITORSKI R, *La professionnalisation en acte et en questions*, Paris : Edition Harmattan, Collection Action et Savoir, pp.121-134.

LE BOTERF G, 2002, *Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de professionnalisation*, Paris : Editions d'Organisation, 312p.

CONJARD P., DEVIN B., 2007, *Agir sur la professionnalisation : acquérir et transmettre des compétences*, Lyon : Editions ANACT, 159p.

DGOS, ANAP, 2010, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, 160p.

Dictionnaire de la Formation et du Développement personnel, Paris : ESF, 1996.

DUBAR C, TRIPIER P, BOUSSARD V, 2011, *Sociologie des professions*, 3^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 334p.

ESNAULT N., *Le manager développeur de compétences, Guide pour managers et collaborateurs*, Guide pratique, ESF Editeur, CEGOS, 2005,150p.

LARROUSSE Dictionnaire, 2013, *Le petit Larousse illustré 2014*, SAPPI, 724p.

MINTZBERG H, 2013, *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, Eyrolles : Edition d'organisation, 283p.

ZARIFIAN P, 1999, *Objectif compétence: pour une nouvelle logique*, Eyrolles : Editions Liaisons, 229p.

ARTICLES

ANATOLE-TOUZET V, GLOAGUEN E, Janvier-Février 2011, « *Management des pôles : la place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel* », Revue Hospitalière de France, n°538, pp39-41.

BAILLY I., Novembre 2012, « *Cadre Supérieur de Santé : une fonction sur le déclin....ou pleine d'avenir* », Objectif Soins et Management, n°210, pp. 30-34.

CAMPOY E, NEVEU V., Juin 2007, « *Confiance et performance au travail, l'influence de la confiance sur l'implication et la citoyenneté du salarié* », Revue Française de Gestion, n°175, Lavoisier, pp139-153.

CHARNIGUET D, STANISLAS JL, Août-Septembre 2012, « *Qualité, sécurité, attractivité. L'accès au grade de master pour les CSS : utopie statutaire ou professionnalisation académique ?* », Gestions Hospitalières, n°518, pp422-425.

COURPASSON D., 1^{er} trimestre 1996, « *les normalisations managériales entre l'individu et le modèle professionnel* », Revue d'économie industrielle, n°75, pp239-256.

DUMAS C, Août 2009, « *Le développement du management par les compétences au sein des pôles* », Soins Cadres, n°71, pp28-30.

DUVEAU V, LUCAS S, Mai 2013, « *Le cadre de santé de pôle, un manager collaboratif ?* », Soins Cadres.n°86, pp23-26.

ERNY JC., Novembre 2011, « *A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle* », Soins Cadres n° 80, pp21-23.

GERROLT HA, mai 2013, « *Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution* », Soins Cadres-n°86, pp19-22.

GUILLON A, Mai 2013, « *Vers une nouvelle identité professionnelle pour les cadres supérieurs de santé* », Soins Cadres-n°86, p31.

LUTZ S., avril 2006, « *Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité : quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation?* », CEDREA, les cahiers de l'étude des dynamiques sociales et de la recherche action, pp27-31.

NICOLET M, Mai 2013, «*Directeur des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management*», Soins Cadres, n°86, pp39-42.

NOBRE T, Septembre-Octobre 2011, «*Pôle et formation au management, quels enjeux?* », Revue hospitalière de France-n°542, p21.

PRUVOT N, Mai 2013, «*La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle*», Soins Cadres-n°86, pp 43-46.

RAPPORTS

ACKER D, BENSADON AC, LEGRAND P, MOUNIER C, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Rapport, Inspection Générale des affaires sociales, RM2012-046P, 109p.

ANAP, mars 2012, *Etre chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? Base de partage et de réflexion pour les professionnels*, PEFC, 36p.

DOMY P, MOULIN G, MARTINEAU F, MULLER C, Mars 2014, *Bilan et Evaluation du fonctionnement des pôles dans les Etablissements de Santé*, Rapport des Conférences Hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, 32p.

HAS, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, 40p.

LARCHER G, 2008, Rapport de la commission de concertation sur « *Les missions de l'hôpital public* », présenté à Monsieur le Président e la République Française, 102p.

Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation, mars 2010, EHESP, 20p.

Référentiel de compétences des directeurs des soins, direction des études, filière de formation des directeurs des soins, décembre 2011, mise à jour décembre 2013, EHESP,27p

SINGLY C, 2009, Rapport de « *la Mission Cadres Hospitaliers* », Ministère de la Santé et des Sports, 124p.

YAHIEL M, MOUNIER C, 2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers?*, Rapport, Inspection générale des affaires sociales RM2010-155P, 73p.

ZEGGAR H, VALLET G, 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Rapport, Inspection générale des affaires sociales RM2010-010P, 124p.

THESES ET MEMOIRES

CAILLAUD R., 2012, *Le management des Cadres de Santé dans le nouvelle Gouvernance des Etablissements: enjeux et perspectives pour la Direction des Soins*, Mémoire Professionnel Directeur des Soins, EHESP, 60p.

DUPRE A., 2009, *La redéfinition d'une collaboration du Directeur des Soins avec les Cadres de Pôle*, Mémoire Professionnel Directeur des Soins, EHESP, 57p.

REINHARDT S, 2011, *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8, 422p.

CONFERENCES

TOURAINÉ M, *Pacte de confiance*, discours de présentation par Madame le Ministre des affaires sociales et de la santé, lundi 04 Mars 2013.

SITES INTERNET

Association des directeurs des soins, *Historique de la profession*, visité le 07.09.2014, disponible sur internet : <http://www.directeursdesoins-afds.com>.

BORDEAU J, *Le sens des mots*, visité le 09.10.2014, disponible sur internet : <http://www.xavierquerathement.fr/confiance-itineraire-dun-mot-qui-ne-se-decrete-pas/>.

BOURDON E., *Les directeurs des soins et la conduite du changement, parier sur l'engagement des professionnels*, 2012, visité le 07.09.2014, disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/actualités/Management-durable/RES/Management>.

CONFIANCE, *Définition*, visité le 09.10.2014, disponible sur internet : <http://www.cafe-philos.eu/pps-files/confiance-diapo.pps>.

DICTIONNAIRE de POLITIQUE, visité le 28.08.2014, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/le-dictionnaire-de-politique>.

HERTIG M., « *Ordre et action morale chez Aristote* », in S. Alexandre et E. ROGAN (dir.), *Ordres et désordres*, ZETESIS – Actes des colloques de l'association [En ligne], n° 2, 2011, URL, visité le 16.10.2014, disponible sur internet : <http://www.zetesis.fr/actes/spip.php?article24>.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, *Hôpital 2007*, dossier de presse, 20 novembre 2002, 13p, visité le 02.09.2014, disponible sur internet : http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc.nsf/.../hôpital2007_mesures_0211.pdf.

REPERTOIRE DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, visité le 25.08.2014, disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Repertoire-des-métiers-de-la-fonction-publique-hospitalière>.

ZARIFIAN P, *La logique de compétence, un enjeu de société*, débat organisé par le CIBC de Nîmes, visité le 14.08.2014, disponible sur internet : <http://www.perso.orange.fr/philippe.zarifian/page14.htm>.

Liste des annexes

ANNEXE I: Grille d'entretien des directeurs

ANNEXE II: Grille d'entretien des chefs de pôle

ANNEXE III: Grille d'entretien des cadres de pôle

ANNEXE VI: Grille d'entretien des directeurs de soins

ANNEXE 1 : Grille d'entretien des Directeurs

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis Claire ROUZAUD-GAY, directeur des soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Je réalise un mémoire professionnel de fin d'études sur le métier de cadre de pôle et l'enjeu de sa professionnalisation dans la quête de performance de l'institution hospitalière.

Cet entretien sera mené dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. L'enregistrement des échanges servira l'exploitation des données.

De plus, vos réflexions vont venir étayer ma démarche de recherche, valider la pertinence de cette problématique. Les données recueillies constitueront le socle de nos propositions, axes d'actions autour de notre exercice professionnel de demain.

Selon vous, quels sont les grands points de la politique managériale de l'institution et les modalités de déclinaison de la nouvelle gouvernance ?

Comment la structure organise-t-elle son partenariat avec le trio de pôle et plus particulièrement avec le cadre de pôle?

Que représente pour vous la fonction de cadre de pôle :

- Quelles sont ses missions?
- Quelles sont vos attentes?
- Existe-t-il un écart en termes de compétences attendues?

Quels sont les moyens mis à disposition des cadres de pôle par l'institution?

Comment concevez-vous votre collaboration avec le directeur des soins dans l'accompagnement des cadres de pôle?

ANNEXE 2 : Grille d'entretien des Chefs de pôle

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis Claire ROUZAUD-GAY, directeur des soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Je réalise un mémoire professionnel de fin d'études sur le métier de cadre de pôle et l'enjeu de sa professionnalisation dans la quête de performance de l'institution hospitalière.

Cet entretien sera mené dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. L'enregistrement des échanges servira l'exploitation des données.

De plus, vos réflexions vont venir étayer ma démarche de recherche, valider la pertinence de cette problématique. Les données recueillies constitueront le socle de nos propositions, axes d'actions autour de notre exercice professionnel de demain.

Quel est votre parcours en qualité de chef de pôle ?

Comment concevez-vous votre rôle ?

Quels sont vos collaborateurs dans l'exercice de cette fonction ?

Qu'attendez-vous d'un cadre de pôle en termes de compétences ?

Pourriez-vous me parler de votre collaboration avec lui, avec le directeur des soins au sein du pôle et dans le contexte actuel de votre établissement ?

ANNEXE 3 : Grille d'entretien des Cadres de Pôle

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis Claire ROUZAUD-GAY, directeur des soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Je réalise un mémoire professionnel de fin d'études sur le métier de cadre de pôle et l'enjeu de sa professionnalisation dans la quête de performance de l'institution hospitalière.

Cet entretien sera mené dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. L'enregistrement des échanges servira l'exploitation des données.

De plus, vos réflexions vont venir étayer ma démarche de recherche, valider la pertinence de cette problématique. Les données recueillies constitueront le socle de nos propositions, axes d'actions autour de notre exercice professionnel de demain.

Quel est votre parcours ?

Pourriez-vous me parler de votre exercice actuel, de vos relations avec les autres membres du trio de pôle ?

Quelles sont selon vous,

- vos forces,
- vos difficultés,
- vos attentes

concernant votre exercice professionnel actuel ?

Quelles relations avez-vous créées avec vos collègues cadres de pôle ?

Décrivez-moi vos liens et votre fonctionnement avec le directeur des soins.

ANNEXE 4 : Grille d'entretien des Directeurs des Soins

Bonjour Madame, Monsieur,

Je suis Claire ROUZAUD-GAY, directeur des soins en formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Je réalise un mémoire professionnel de fin d'études sur le métier de cadre de pôle et l'enjeu de sa professionnalisation dans la quête de performance de l'institution hospitalière.

Cet entretien sera mené dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. L'enregistrement des échanges servira l'exploitation des données.

De plus, vos réflexions vont venir étayer ma démarche de recherche, valider la pertinence de cette problématique. Les données recueillies constitueront le socle de nos propositions, axes d'actions autour de notre exercice professionnel de demain.

Pourriez-vous me parler,

- de la politique managériale de votre établissement,
- de la déclinaison de la nouvelle gouvernance,
- de la direction des soins et votre équipe de collaborateurs.

Que représente pour vous un cadre de pôle ?

Quelles sont vos attentes en termes de compétences et de positionnement, les concernant ?

Entre attentes et réalité, existe-t-il un écart ? Si oui, quels sont-ils et comment y remédier ?

Comment s'organise votre management de l'individu et de l'équipe de cadres de pôle ?

Quels sont d'après vous les éléments favorisant le développement des compétences du cadre de pôle ?

ROUZAUD-GAY	Claire	DECEMBRE 2014
DIRECTEUR DES SOINS Promotion 2014		
LA PROFESSIONNALISATION DU CADRE DE PÔLE : UNE PRIORITE DU DIRECTEUR DES SOINS		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université PARIS VII-DIDEROT PARIS		
<p>Résumé :</p> <p>Confronté à une évolution constante de son cadre législatif, des attentes de l'utilisateur, l'hôpital se réorganise dans un contexte économique tendu. Sa configuration en pôles d'activités cliniques et médico-techniques conduit à l'émergence de nouveaux métiers, dont celui de cadre de pôle. Membre du trinôme responsable de pôle, il a en charge la gestion du pôle sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle. Le DS, positionné en tant que supérieur hiérarchique, devient soutien et aide tant sur le plan stratégique que méthodologique.</p> <p>La fonction de cadre de pôle est le plus souvent investie par un cadre supérieur de santé, issu de la direction des soins et dont les missions se sont complexifiées. Elles exigent d'une part l'acquisition de connaissances budgétaires, financières et juridiques et d'autre part, un positionnement managérial pertinent.</p> <p>D'un rôle d'exécution, le cadre supérieur de santé devient acteur et responsable des décisions prises dans la gestion du pôle.</p> <p>Ce changement doit être accompagné par la formalisation d'un parcours de professionnalisation, initié et validé par le directeur des soins garant du respect des orientations stratégiques institutionnelles.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Cadre de pôle, directeur des soins, directeur référent de pôle, chef de pôle, nouvelle gouvernance, politique managériale, évolution, compétences, professionnalisation, parcours individuel, performance collective, confiance, transversalité, partage des expériences, formation, entretien d'évaluation, positionnement, initiative, prise de décisions, territoire de santé.</p>		
<i>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.</i>		