



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Le management du directeur des soins
dans une configuration en pôle
Un enjeu de leadership**

Florence AKLI

Remerciements

Mes remerciements vont à mes collègues de la promotion « Charlie » avec qui les nombreux échanges ont été constructifs tout au long de l'année.

J'exprime toute ma gratitude à Madame Laetitia LAUDE, Monsieur Jean-René LEDOYEN, Monsieur Jean-Michel LIGNEL et Monsieur François-Xavier SCHWEYER pour leurs conseils avisés.

Merci à tous les professionnels de terrain qui ont accepté de me livrer leurs expériences et leurs ressentis.

Enfin, une pensée particulière pour Edouard, qui m'a accompagnée dans mon cheminement professionnel et pour Maiïwenn et son regard critique sur mon travail ainsi que sa grande disponibilité.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le management du directeur des soins dans le contexte d'une gouvernance interne déconcentrée.	5
1.1 Le pilotage médico-économique.....	5
1.1.1 La progressive montée gestionnaire.....	5
1.1.2 Une gouvernance partagée qui s'accompagne de nouveaux espaces de coordination et de pilotage.....	6
1.2 Une redéfinition du rôle du cadre soignant à l'aune de nouvelles compétences.....	8
1.2.1 Le passage d'une fonction de surveillant à celle de manager.....	8
1.2.2 Cartographie du métier de cadre paramédical de pôle.....	9
1.2.3 La fonction de cadre paramédical de pôle, une fonction exigeante	13
1.3 Un management du directeur des soins fondé sur la confiance relationnelle.....	14
1.3.1 La reconnaissance du travail représente un levier managérial	16
1.3.2 La communication managériale : un vecteur de la confiance.....	17
1.3.3 Le leadership, une valeur ajoutée du management.....	20
1.4 Synthèse.....	21
2 Une enquête de terrain pour objectiver les attentes des acteurs.....	23
2.1 Le contexte de l'étude	23
2.2 Méthode de l'étude, ses points forts et ses limites	24
2.3 Restitutions des entretiens : analyse horizontale et regards croisés.....	27
2.3.1 La représentation du métier de cadre paramédical de pôle par les différents acteurs	28
2.3.2 Le contexte et les conditions d'exercice du métier de CPP	28

2.3.3 Des attentes réciproques mais une relation à consolider	30
2.3.4 Un management du directeur des soins à ajuster	34
2.4 Synthèse : De l'importance de la communication et du leadership	37
3 Une stratégie managériale en faveur d'un management à la confiance	39
3.1 Une communication managériale structurée, explicite et affichée.....	39
3.2 Des actions en faveur de la cohésion et du soutien de l'encadrement.....	44
3.3 Une présence symbolique et significative de la direction des soins.....	48
3.4 Synthèse.....	49
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes	I
Annexe 1 : Grille d'analyse des entretiens avec les cadres paramédicaux de pôle	III
Annexe 2 : Questionnaire pour les entretiens avec les cadres paramédicaux de pôle	V
Annexe 3 : Questionnaire pour les entretiens avec les directeurs des soins	VII
Annexe 4 : Questionnaire pour les directeurs des ressources humaines	IX
Annexe 5 : Questionnaire pour les entretiens avec les chefs de pôle	XI
Annexe 6 : Questionnaire pour l'entretien avec le directeur d'établissement.....	XIII
Annexe 7 : Modèle de charte : charte d'affectation des élèves directeurs de soins ...	XV

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPP	Cadre Paramédical de Pôle
CREA	Compte de Résultats Analytiques
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DH	Directeur d'Hôpital
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PMSI	Programme Médical des Systèmes d'Information
T2A	Tarification à l'Activité

Introduction

En préambule, nous précisons nos motivations à l'origine de notre travail de recherche, travail qui s'inscrit dans la validation de notre formation d'élève directeur des soins.

Nous souhaitons réfléchir et appréhender la relation entretenue par le directeur des soins avec les cadres paramédicaux de pôles (CPP). A plusieurs égards, cette réflexion nous semble opportune.

D'une part, nous n'avons pas occupé de fonction d'encadrement supérieur. Notre parcours professionnel se caractérise par une expérience de cadre de santé notamment au sein d'un centre hospitalier universitaire. Par la suite, nos choix professionnels nous ont éloignés de la gestion puisque notre dernier poste occupé fut celui de cadre de santé formateur au sein d'un institut de formation en soins infirmiers. Pendant notre préparation au concours enrichie du cycle préparatoire en présentiel pendant six mois à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique nous avons amorcé un début de réflexion sur le positionnement du directeur des soins à l'interface des pôles. La question de la coordination entre deux niveaux de prise de décision et l'enjeu d'un management à la fois stratégique et transversal nous sont apparus comme des éléments centraux dans le travail quotidien d'un futur directeur des soins (DS). D'autre part, les sources réglementaires et bibliographiques encadrant l'exercice professionnel de directeur des soins déclinent plusieurs missions et compétences attendues dans le domaine managérial¹. L'exemple de sa mission de « management de l'encadrement partagé et institutionnalisé », inscrite dans le référentiel de compétences des directeurs des soins, illustre nos propos.

Nous destinant à occuper un poste de directeur des soins dans un centre hospitalier découpé en six pôles d'activité clinique et médico-technique, il nous paraît essentiel de considérer la façon dont nous souhaitons manager les cadres paramédicaux de pôle et le sens que nous donnons à notre mission de « contribution aux processus des décisions institutionnelles et à l'accompagnement de leur mise en œuvre »².

La réalisation d'un mémoire nous permet de répondre à cet objectif en enrichissant nos représentations d'une analyse de données objectives corrélée aux résultats de notre étude de terrain.

Notre problématique s'inscrit dans le contexte de la nouvelle gouvernance.

¹ Comprendre : Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et les référentiels de compétences et de formation EHESP.

² Référentiel de compétences des directeurs de soins, décembre 2001 mise à jour décembre 2013, EHESP, Direction des Etudes.

Le fonctionnement interne de l'hôpital depuis l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé consacre un niveau intermédiaire de management auquel le principe de subsidiarité confère un pouvoir de décision. Elle redistribue les rôles des acteurs sur le terrain, mais « ne cesse d'être tiraillée entre unité et diversité, entre instance de décisions et acteurs »³. Par conséquent, « c'est la convergence qui permet de maintenir et de développer l'organisation »⁴. Un tel objectif suppose une dynamique de coordination dans un environnement où les relations entre parties prenantes et l'adéquation des actions aux objectifs sont complexes.

Le but de la gouvernance « est d'améliorer de façon continue la performance du système de santé et des organisations qui le composent »⁵. Pour préciser ce que nous entendons par performance, nous nous référons aux écrits d'André-Pierre Contandriopoulos sur ce concept dont il nous dit qu'il est « multidimensionnel, paradoxal et contingent ». Selon l'auteur, l'organisation performante est celle qui réunit quatre fonctions : « atteindre des buts légitimes, s'adapter à son environnement, produire avec qualité et maintenir et créer des valeurs »⁶. En créant un niveau intermédiaire de décision, la nouvelle gouvernance est venue modifier les équilibres au sein d'un même ensemble. De nouveaux rapports s'instaurent, notamment entre les cadres paramédicaux de pôle et les chefs de pôle. Tous deux, assistés d'un cadre ou adjoint administratif voire d'un directeur référent, managent le pôle, sur la base d'une contractualisation avec le chef d'établissement. Dans cette configuration, la fonction de cadre soignant a considérablement évolué avec un développement de compétences plus politiques et stratégiques⁷. Il représente « une valeur ajoutée pour emmener le système hospitalier vers la performance »⁸. Son positionnement auprès du chef de pôle le conduit à être un relais essentiel de la direction et un « véritable pivot des organisations »⁹. Quant au directeur des soins, il « joue un rôle déterminant de coordination dans l'appui, le conseil et l'accompagnement à la performance des pôles »¹⁰. Par ailleurs, dans une logique de transversalité inhérente à une gouvernance partagée, le directeur des soins « participe à la négociation des contrats de pôle »¹¹. A ce titre, l'une des compétences stratégiques attendue du directeur des soins et de « savoir fixer des objectifs dans le cadre des relations contractuelles au sein de

³ FRAY A.M, Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, Management & avenir, 2009, vol 28, n°8, p. 142.

⁴ Op cité, p. 143.

⁵ CONTANDRIOPOULOS AP. La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance. 2008., <http://www.cairn.info/article>, consulté le 10 août 2015.

⁶ Op cité.

⁷ Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Tome 2, Monographie de dix métiers et groupes métiers sensibles, Edition ENSP, 2007 p.135.

⁸ GRANDJEAN P., FERMON B. Performance et innovation dans les établissements de santé. 2015, chapitre 16, p.342.

⁹ TOUPILLIER D., YAHIEL M., Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, janvier 2011, p.11.

¹⁰ Op cité, p.12.

¹¹ Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, EHESP, mars 2010, p.5.

l'établissement »¹² Les enjeux d'un maintien d'une cohérence institutionnelle et l'évitement d'une balkanisation des pôles, pointés dans le rapport Zeggar et Vallet sur le bilan des pôles sont essentiels¹³. Cela nécessite que des mécanismes de coordination soient mis en place par les acteurs. Mais, « vivre et travailler en collectivité hospitalière nécessite un haut degré d'engagement car il faut savoir en permanence s'associer, s'articuler, se substituer, se compléter mais aussi s'enrichir mutuellement »¹⁴.

Pour répondre à cette problématique, nous nous sommes centrés spécifiquement sur la relation entre le directeur des soins et les cadres paramédicaux de pôle. Nous ne faisons pas abstraction du rôle à la fois stratégique et influent de la communauté médicale dans le fonctionnement de l'hôpital. De même, nous n'ignorons pas la fonction des directeurs référents qui ont certainement joué un rôle dans l'acculturation des équipes de direction au management déconcentré et à la délégation. Toutefois, notre établissement d'affectation nous place face à l'enjeu du management du directeur des soins vis-à-vis des cadres de pôle. Le contexte actuel de la structure se caractérise par une situation financière fortement dégradée, nécessitant de nouvelles orientations. S'y ajoute un découragement des cadres de pôle face à une instabilité générée par des changements récents de personnels de direction et par des contraintes médico-économiques fortes, dont la réduction des effectifs qui impactent les unités de soins. Dans cette situation, la confiance, définie comme « un phénomène social sans lequel nous ne pourrions ni agir, ni interagir »¹⁵, représente un levier essentiel à la réussite des projets et un facteur consubstantiel de l'implication des acteurs chargés de les mettre en œuvre. Aussi, travailler en toute confiance avec les cadres paramédicaux de pôle, chaînons indispensables du pilotage opérationnel de la direction, représente un enjeu fort pour le directeur des soins et constitue pour nous un objectif prioritaire. De là, il nous semble essentiel de saisir l'opportunité de réfléchir, à distance de notre prise de poste, au management qui nous permet de répondre à cet objectif.

Pour autant, le directeur des soins est membre de l'équipe de direction et exerce son activité au sein d'un collectif¹⁶. Il appartient à un ensemble. Aussi notre approche volontairement systémique, nous a amené à réaliser des entretiens semi-directifs auprès des cadres paramédicaux de pôle mais aussi des directeurs des soins, des chefs de pôle, des directeurs des ressources humaines et d'un directeur d'établissement. En tant que partie prenante dans le fonctionnement hospitalier, tous ces acteurs partagent des

¹² Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, Op cité.

¹³ ZEGGAR H, VALLET G, TERCERIE O, et al. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. IGAS, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/2010.p.40>, consulté le 14 juillet 2015.

¹⁴ TOUPIILLIER D., YAHIEL M., op cité, p.3.

¹⁵ QUÉRÉ L., OGIEN A. Les Moments de la confiance. Connaissance, affects et engagements, Paris, Éditions Economica, 2006.p.50.

¹⁶ Décret n°2010-1138 op cité.

intérêts communs avec le directeur des soins concernant le management des cadres paramédicaux de pôle, nécessitant une vision collective.

In fine, de la façon dont le directeur des soins se positionne au sein de l'institution dépend pour beaucoup sa légitimité auprès de l'encadrement auquel nous intéressons prioritairement, mais tout autant du directeur d'établissement, des directions fonctionnelles et des équipes soignantes et médicales.

De ces éléments de réflexion émerge notre question de recherche, formulée ainsi :

En quoi le management du directeur des soins favorise t-il la dynamique institutionnelle auprès des pôles ?

Trois hypothèses guident notre recherche :

- La cohérence institutionnelle est renforcée par une relation permanente et de proximité du directeur des soins avec les cadres paramédicaux de pôle.
- Le directeur des soins représente une personne ressource privilégiée par les cadres paramédicaux de pôle, grâce à son rôle d'appui et de conseil.
- Les attendus des cadres paramédicaux de pôle à l'égard du directeur des soins sont nombreux et multidimensionnels.

Nous abordons d'abord le contexte du Plan Hôpital 2007, au regard d'une revue de littérature professionnelle et scientifique. Celui-ci, nous permet de comprendre l'évolution de la fonction de cadre de santé. Puis, nous poursuivons par la présentation et l'analyse de notre étude de terrain. Celle-ci s'est déroulée au sein d'un établissement spécialisé en santé mentale (EPSM) et d'un centre hospitalier universitaire (CHU). Le temps contraint pour la réalisation de notre travail nous a amené à optimiser nos ressources. Aussi, nous avons mis à profit notre deuxième stage en EPSM, pour réaliser une grande partie de notre enquête. Cela explique le manque de liens apparents entre les structures supports de notre enquête et notre établissement d'affectation. Toutefois, notre analyse des résultats nous apparaît comme transposable au contexte de notre affectation. Nous avons utilisé la conduite d'entretiens semi-directifs comme méthodologie de recherche. Au total, nous avons réalisé dix-huit entretiens. Enfin, à partir des éléments théoriques et des apports pratiques, nous mettons en perspective la stratégie managériale que nous envisageons dans le cadre de notre futur exercice professionnel.

1 Le management du directeur des soins dans le contexte d'une gouvernance interne déconcentrée.

1.1 Le pilotage médico-économique

1.1.1 La progressive montée gestionnaire

Le secteur hospitalier français a fait l'objet de nombreuses mutations au cours du XX^{ème} siècle du fait d'une évolution législative et réglementaire. À titre d'exemple, nous citons la loi hospitalière de 1991 et les ordonnances Juppé du 24 avril 1996.

Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons particulièrement au Plan hôpital 2007 et à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), réaffirmant le principe d'une organisation en pôle d'activité.

Lancé en 2003¹⁷, le plan Hôpital 2007 comporte trois volets principaux : de nouvelles modalités de financement des établissements de santé, une nouvelle gouvernance hospitalière et un plan de relance de l'investissement hospitalier.

Le constat « d'un hôpital public désenchanté, cloisonné, bureaucratique et démotivant appelle à une réforme de gouvernance, l'objectif des réformes étant de parvenir à un système efficient, rationalisé et maîtrisé »¹⁸. Jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), les outils de gestion, nous dit Jean-Claude Moisdon auteur de *L'évaluation du changement organisationnel, l'exemple des impacts de la T2A*, sont demeurés quasi inexistantes en dehors du nombre d'admissions, du nombre de journées, du taux d'occupation et de la durée moyenne de séjour¹⁹. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) introduit en 1982, va permettre d'analyser l'activité de façon plus fine en proposant une catégorisation des patients selon des groupes homogènes de malades auquel est affecté un coût moyen par patient.

Dans le prolongement du PMSI, la T2A introduite progressivement à partir de 2004 représente un système complexe. Elle repose sur des règles de codage, des procédures multiples de financement comme les forfaits au séjour, les suppléments à la journée et autres normes hautes et normes basse entraînant des décotes. Plus simplement, la T2A relie recettes et activités. Pour les établissements, les impacts de la T2A se traduisent, notamment, par le développement d'outils médico-économiques à l'image des comptes de résultat analytique (CREA). L'objectif est de mettre en relation dépenses et recettes

¹⁷ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

¹⁸ DESBROSSE D., La nouvelle gouvernance hospitalière, adsp, n°72, septembre 2010, p. 7.

¹⁹ MOISDON J-C., L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, 2010, vol. 1, no 1, p. 217.

pour chaque pôle d'activité. L'enjeu de la T2A est d'introduire une logique économique à l'hôpital. « Le système hospitalier ne peut plus s'abriter derrière une logique de moyens, mais s'oriente vers des résultats à atteindre »²⁰. Avec la T2A, une culture gestionnaire émerge, venant modifier « les représentations des acteurs sur les modes concrets par lesquels ils s'organisent »²¹.

A ce nouveau mode de financement centré sur les recettes, a été adjoint un nouveau mode de pilotage hospitalier sous l'appellation de Nouvelle Gouvernance.

1.1.2 Une gouvernance partagée qui s'accompagne de nouveaux espaces de coordination et de pilotage

En se référant à Jacques Chevalier, auteur de *La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ?*²², nous observons que la notion de gouvernance suppose d'associer des acteurs divers aux processus décisionnels. Elle mise sur la négociation et le compromis, plutôt que l'autorité, compte tenu de la complexité des problèmes et de l'existence de pouvoirs multiples. André-Pierre Contandriopoulos ajoute que la gouvernance oblige « à réfléchir à la coordination d'acteurs et d'organisations, qui sont simultanément autonomes et interdépendants »²³. Dans l'esprit de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, la nouvelle gouvernance repose sur le principe de subsidiarité. Il s'agit d'un déplacement de l'autorité et des processus décisionnels aux niveaux les plus proches de la production de soins. L'objectif est d'arriver à un pilotage médico-économique associant les professionnels de santé à la gestion des établissements comme à la mise en œuvre des orientations stratégiques. Pour répondre à l'obligation de résultats qui incombe désormais aux établissements, le législateur pose le principe de la contractualisation. Celle-ci procède d'une démarche visant à engager la responsabilité des acteurs et instaure un nouveau mode de relation entre la direction et les pôles. Le médecin chef de pôle reçoit une délégation de gestion qu'il exerce dans le cadre d'un contrat d'objectifs. Cette contractualisation accorde une autonomie nécessaire aux pilotes opérationnels. Dans cette perspective, le contrat de pôle définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion²⁴.

²⁰ GRANDJEAN P., FERMON B., op cité, p 334.

²¹ Ibid., p. 221.

²² CHEVALLIER J., La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ?, 2003, <http://www.Cairn.info/article>, consulté le 10 août 2015.

²³ CONTANDRIOPOULOS A-P., op cité.

²⁴ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, titre 1er, article 5.

In fine, il s'agit de répondre à une gestion cohérente du pôle avec la politique globale de l'établissement²⁵ pour accroître l'efficacité définie comme la mise en relation des résultats et des moyens pour les atteindre²⁶. La mise en œuvre de la délégation de gestion s'accompagne, en théorie, d'une mise à disposition d'outils de pilotage et de contrôle. Cependant, « les outils de base du management, comme les tableaux de bord médico-économiques ne sont pas toujours disponibles au niveau des pôles »²⁷. Lorsqu'ils existent, il s'agit pour l'essentiel de tableaux de bord comportant des indicateurs à l'image du taux d'évolution des effectifs, dans le domaine de la gestion ressources humaines. La structuration de l'hôpital en pôles d'activité clinique et médico-technique donne naissance à de nouvelles fonctions. Parmi elle, figure celle de « responsable de pôle » investie par un praticien hospitalier titulaire, lequel « est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif »²⁸. On observe également fonction de cadre paramédical de pôle occupée par un cadre de santé (CS) reconnu comme collaborateur du responsable de pôle. La loi HPST va modifier certaines dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005. Ainsi le « responsable de pôle » qui peut aussi être un praticien hospitalo-universitaire et un contractuel devient « chef de pôle ». Cette transformation sémantique traduit un renforcement du pouvoir médical. Le chef de pôle est à la fois médecin et manager, investi d'une autorité fonctionnelle notamment sur les équipes d'encadrement et soignantes du pôle²⁹. Il n'est plus fait obligation ni du trio de pôle, ni de la contribution d'un cadre de santé et d'un cadre administratif : dorénavant, le chef de pôle est assisté par « un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur »³⁰. La suppression de l'obligation réglementaire antérieure des trios de pôles n'a pas eu d'incidence sur le positionnement du CPP. Tous les pôles prévoient un poste de cadre de santé auprès du chef de pôle³¹. Ce constat renforce l'idée que le CS demeure un collaborateur de choix pour le chef de pôle. Son investissement fort est reconnu dans le rapport sur le bilan de l'organisation en pôles qui souligne que les cadres de pôles « assurent avec solidité leurs fonctions de management et de gestion »³². Ainsi, d'une conception pyramidale et cloisonnée le management de l'hôpital devient transversal et fondé sur la complémentarité entre différents niveaux de décisions. Cela implique notamment pour les équipes de direction de « progressivement concevoir leur

²⁵ DHOS, ANAP, la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre, 2010, p. 43.

²⁶ CONTANDRIOPOULOS AP, op cité.

²⁷ Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, op cité, p.20.

²⁸ Ordonnance n° 2005-406, op cité, article L.6146-6.

²⁹ Op cité.

³⁰ Ibid., Article L.6146-1.

³¹ De SINGLY C, Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Ministère de la santé et des sports, septembre 2009, p. 46.

³² ZEGGAR H, VALLET G, op cité, p.23.

intervention comme celle de services supports aux producteurs de soins que sont les pôles médicaux et médico-techniques »³³.

Mais « si la performance des pôles est largement déterminée par un positionnement institutionnel favorable et la mise à disposition d'outils de pilotage pertinents, il ne faut pas négliger le rôle des managers hospitaliers dans l'émergence de l'efficience »³⁴. Pour les cadres de santé, il ne s'agit plus « d'être les représentants d'une profession technique. Ils « exercent un nouveau métier. Ils deviennent managers »³⁵. Les cadres hospitaliers représentent « une valeur ajoutée pour emmener le système hospitalier vers la performance »³⁶. Pour eux, la performance « se joue au quotidien car ils sont au cœur du système et sont de ce fait des éléments clés de son déploiement »³⁷.

Pour aller plus avant dans notre réflexion sur la relation managériale entre le directeur des soins et les CPP, nous précisons leurs caractéristiques professionnelles en termes de compétences, de formation, de démographie et de lien hiérarchique.

1.2 Une redéfinition du rôle du cadre soignant à l'aune de nouvelles compétences

1.2.1 Le passage d'une fonction de surveillant à celle de manager

Historiquement, l'essentiel de la fonction d'encadrement a longtemps été consacré à l'organisation du travail infirmier, la planification des présences et des repos et l'exécution correcte des actes à accomplir³⁸. Le cadre de santé est un « surveillant » en référence à sa fonction de contrôle qui prévalait dans le contexte d'une organisation traditionnelle, c'est-à-dire avec une unicité du rapport d'autorité et une simplicité dans les interactions³⁹. La fonction s'inscrit, alors, dans le prolongement naturel du métier d'infirmier. Elle est acquise par ancienneté. La volonté de transformer « le groupe professionnalisé des surveillantes en un corps de cadres-managers »⁴⁰ est liée à une évolution du contexte, caractérisée par une « lente mais irrésistible montée gestionnaire » pour reprendre les

³³ ZEGGAR H., VALLET G., op cité.

³⁴ GLARDON P-H, LE GALIARD L., « Comment promouvoir la performance des pôles »?, Revue hospitalière de France, n° 538, janvier-février 2011, p.28.

³⁵ De SINGLY C., op cité, p.42.

³⁶ GRANDJEAN P., FERMON B. Op cité p. 342.

³⁷ Op cité, p. 365.

³⁸ REINHART S., Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ? Thèse de doctorat. Université Paris 8, 2001, p 2.

³⁹ LETEURTRE H. MALLÉA P. Performance et gouvernance hospitalières: à jour de l'ordonnance du 2 mai 2005, 2005.p.170.

⁴⁰ DIVAY S, GADEA C, Congrès AFSP (association française de sciences politiques) Paris 2013 : Les politiques de réforme de l'Etat et des services publics : une approche par les activités des cadres intermédiaires de l'administration.

propos du sociologue François-Xavier Schweyer⁴¹. Les fonctions d'organisation et de supervision des services de soins qui prédominaient, laissent place à des missions relevant davantage de la gestion et du management⁴². Hier, chargés de faire appliquer les décisions de la direction les cadres sont, aujourd'hui, en position de responsabilité directe. Cette transformation s'est notamment accompagnée par un changement sémantique. Au début de la formation dans les années 1950⁴³, c'est le terme de « surveillant » qui est utilisé. Il est remplacé par celui de « cadre infirmier » en 1975 puis par celui de « cadre de santé » en 1995. Parallèlement, la volonté d'une professionnalisation se traduit par la mise en place d'abord de certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice ou d'infirmière surveillante, puis du certificat cadre infirmier pour aboutir depuis 1995 à un diplôme unique de cadre de santé. Depuis 2007, une réflexion sur une réingénierie de la formation est engagée au niveau ministériel. Elle fait écho à l'évolution des compétences et des modes d'exercice professionnel du cadre de santé qui, dans le contexte des pôles, est reconnu comme « un nouveau métier »⁴⁴. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) souligne les impacts d'ordre organisationnel, managérial et culturel des réformes sur la fonction de CPP. Ainsi, les CPP doivent mettre en place et faire fonctionner les outils et les procédures d'analyse médico-économique, faire comprendre et faire appliquer les mesures de gestion. Enfin, ils doivent gérer au quotidien une double contradiction : plus de qualité et de sécurité dans la prise en charge et une gestion des coûts de plus en plus serrée⁴⁵. La réflexion engagée par la DGOS n'est, à ce jour, pas aboutie concernant l'organisation de la formation elle-même. Cependant, elle a permis la production d'un référentiel d'activités et de compétences.

1.2.2 Cartographie du métier de cadre paramédical de pôle

Le référentiel métier de la DGOS prend en compte, d'une part, les conclusions du rapport de Singly sur la fonction de cadre à l'hôpital et, d'autre part, le travail réalisé par le ministère sur l'étude prospective des métiers, qui laissait apparaître dix métiers en tension dont le métier de cadre de santé. Pour préciser ce que nous entendons par métier, nous empruntons la définition au lexique de la fonction publique hospitalière (FPH) qui énonce : « le métier est un ensemble de postes ou de situations de travail pour lesquels il existe une proximité forte d'activités et de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale ». Le référentiel de la DGOS complète la fiche métier publiée au

⁴¹ SCHWEYER F-X Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins?. CRESSON G., SCHWEYER F.-X., Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques, ENSP, Rennes, 2000, p. 149-170.

⁴² <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00657653/document>, consulté le 10 août 2015.

⁴³ Ouverture en 1951 de la première école de formation à l'encadrement, par la Croix-Rouge.

⁴⁴ De SINGLY C., op cité, p.42.

⁴⁵ Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, op cité, p.21.

répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière présentant le métier de CPP sous le titre de « cadre soignant de pôle »⁴⁶.

En fonction du secteur d'activité, du périmètre d'actions et du niveau de responsabilité, l'exercice du métier est variable mais les fonctions et les compétences sont similaires. Plus que les activités et les compétences, c'est le niveau d'encadrement qui distingue un cadre de santé, d'un CPP. Trois niveaux d'encadrement sont distingués : l'encadrement de proximité, l'encadrement intermédiaire ou le positionnement en mission transversale. Le niveau d'encadrement intermédiaire concerne le CPP. Le grade ne présuppose pas la fonction occupée. Le CPP peut être un cadre de santé (CS) ou un cadre supérieur de santé (CSS), la loi HPST laissant une liberté d'organisation interne aux établissements. En pratique, l'affectation à un poste de CPP semble réservée à des CSS ou des CS, qui devraient passer le concours sur titre « dans un court délai »⁴⁷.

Considérant que le cadre de santé accède aux fonctions de CPP après une première expérience comme cadre de santé de proximité, les référentiels de compétences ciblent les compétences des cadres de santé, sans distinguer leur niveau d'encadrement. En termes de formation, la loi HPST prévoit une formation conjointe pour le chef de pôle et le cadre paramédical de pôle, sans pour autant la rendre obligatoire. D'un point de vue réglementaire, c'est la formation à l'égard des chefs de pôle qui est mentionnée⁴⁸. Concernant les parcours de formation pour les postulants à une fonction de CPP, les établissements font souvent le choix d'une orientation vers le niveau master.

A partir d'un socle commun à l'ensemble des cadres de santé, le référentiel de la DGOS 2012 précise pour chaque activité les modalités d'exercice lorsque le cadre de santé est CPP. Pour exemple, il est spécifié que le CPP contribue à « l'élaboration du contrat de pôle, met en place et analyse les indicateurs définis dans le contrat de pôle et accompagne les cadres dans la gestion des équipes en coordination avec la direction des soins »⁴⁹. Ce même référentiel précise les critères et les indicateurs d'évaluation pour chaque compétence. Pour illustrer, la compétence 2 : « Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soins », comporte comme critère « la pertinence de l'organisation définie » et comme indicateur celui d'une « organisation en adéquation avec les orientations institutionnelles »⁵⁰.

⁴⁶ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Repertoire-des-metiers-de-la.html>, consulté le 14 juillet 2015.

⁴⁷ ZEGGAR H., VALLET G., op cité, p 137.

⁴⁸ Le décret n°201-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé précise que "Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions".

⁴⁹ DGOS, Référentiel d'activités et de compétences, document de travail, Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2012, p.7.

⁵⁰ Op cité, p. 18.

Dans le contexte de travail, la fiche de poste traduit la fiche métier. Elle la précise en sélectionnant et en hiérarchisant les activités et les compétences essentielles. La fiche de poste représente un support au recrutement qui combinée au profil de poste offre l'avantage de recruter en tenant compte de deux aspects : le poste et le candidat. Elle représente un outil de communication avec le N-1⁵¹, et elle permet de se situer dans une organisation⁵². Pour apprécier cette transposition, nous avons procédé à une lecture de fiches de postes provenant des établissements supports de notre étude de terrain. Le tableau ci-dessous permet un aperçu des principaux éléments de comparaison. Ce tableau se veut être une synthèse des éléments significatifs, il n'est pas une retranscription exhaustive du contenu des fiches de poste.

Tableau 1. Les compétences et les activités du métier de cadre de santé

Document	Référentiel métier FPH V 3 / 2014	Référentiel d'activités et de compétences DGOS, 2012	Fiche de poste EPSM 2008	Fiche de poste CHU 2008
Appellation	Cadre soignant de pôle	Cadre de santé	Cadre supérieur de santé	Cadre supérieur de santé référent de pôle
Compétences	<p>Contribuer à la gestion médico-économique au sein du pôle</p> <p>Collaborer au pilotage stratégique du pôle</p> <p>Manager l'équipe d'encadrement de proximité</p>	<p>Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin.</p> <p>Contrôler et évaluer les activités</p> <p>Communiquer, transmettre les informations et rendre compte.</p>	<p>Maitriser la conduite de projet</p> <p>Maitriser les outils et méthodes de la démarche qualité</p> <p>Maitriser le fonctionnement d'un secteur de psychiatrie dans sa dimension hospitalière et ambulatoire</p> <p>Etre porteur d'une dynamique de changement.</p>	<p>Arbitrer, prendre des décisions, convaincre</p> <p>Conduire des projets</p> <p>Se positionner au regard des attendus et des exigences de la fonction dans le cadre de la logique de pôle</p> <p>Gérer des effectifs et gestion économique.</p>

⁵¹ CADILHAC X., Gestion des ressources humaines, le recrutement dans la fonction publique hospitalière, cadres théoriques et aspects pratiques, EHESP, DS 2015, cours du 25 août 2015.

⁵² De SINGLY C., Op cité p.73.

Activités	<p>Coordination et suivi de la prise en charge de prestations</p> <p>Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels</p> <p>Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité</p> <p>Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting</p>	<p>Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées.</p> <p>Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles.</p> <p>Animation de la démarche qualité et gestion des risques</p> <p>Mise en place et animation de projets</p>	<p>Participer à la conception, l'organisation, l'évolution du pôle et des activités de soins</p> <p>Coordonner et optimiser les prestations de soins du pôle dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et en manageant les équipes</p> <p>Assurer avec le médecin responsable du pôle un suivi régulier et rigoureux de l'activité et des moyens à sa disposition, à partir des indicateurs validés par l'ETS</p> <p>Faciliter la coordination entre les différents personnels du service dans une optique de décloisonnement</p>	<p>Accompagner, coordonner, superviser les cadres dans la mise en œuvre du projet de soin</p> <p>Suite aux évaluations conduites régulièrement, proposer une organisation évolutive et adaptée au processus de soin</p> <p>Rendre compte à la coordination générale des soins</p> <p>Gérer en faisant des choix en lien avec les moyens alloués au pôle.</p> <p>Dans le cadre du contrat de pôle, répartir les mensualités de remplacement, travailler à la conception stratégique de l'allocation de moyens.</p> <p>Décliner la démarche qualité institutionnelle en objectifs de pôle.</p>
-----------	--	---	--	---

Sans procéder à une analyse détaillée, cette description nous conduit à deux observations. La première est qu'il existe une variabilité dans les appellations désignant la fonction de CPP. Nous avons choisi de retenir celle de CPP. Elle figure comme autre appellation possible dans le référentiel de la FPH. Nous nous la sommes appropriée dans la mesure où, ne précisant pas le grade, elle reflète la réalité de terrain telle que notre enquête le met en évidence. La seconde est la traduction des impacts d'ordre organisationnel et d'ordre managérial dans chaque texte de référence. P. Grandjean et B. Fermon énoncent la conduite de changement comme enjeu principal pour le CPP. Celui-ci devient un « acteur capital dans la réussite des projets institutionnels »⁵³ et « force de proposition sur les décisions qui engagent l'avenir »⁵⁴. Ces caractéristiques reprises dans les référentiels accentuent les compétences significatives de la fonction de CPP.

⁵³ GRANDJEAN P, FERMON B., op cité, p.338.

⁵⁴ Ibid. p 342.

1.2.3 La fonction de cadre paramédical de pôle, une fonction exigeante

Pour compléter notre cartographie, nous précisons le nombre de CS encadrés par un CPP. Il varie d'un établissement à l'autre en lien avec la taille et la configuration des pôles. De source ministérielle, un CPP peut superviser jusqu'à 20 cadres de proximité dans les plus grands pôles⁵⁵.

L'intérêt de ces différents déterminants du métier de CPP est de mettre en évidence un positionnement des CS aujourd'hui plus stratégique, avec des compétences attendues en termes d'accompagnement des changements, de réalisation et suivi des tableaux de bord médico-économiques, de gestion des tensions que l'adaptation à de nouveaux enjeux fait émerger et d'efficience et de qualité des soins. La nouvelle gouvernance positionne les CPP comme « un élément fondamental du triptyque stratégie-qualité-efficience »⁵⁶. Cette singularité rend la fonction exigeante. « C'est d'eux dont dépend la performance quotidienne »⁵⁷. Cette fonction est considérée par le CPP lui-même « comme un nouveau métier, riche et passionnant, parfois harassant et, pour certains, insuffisamment reconnu par l'institution »⁵⁸.

A ces caractéristiques, nous ajoutons l'aspect démographique singularisant la population cadre. L'observatoire des emplois et des métiers de la FPH a identifié le métier de CS comme l'un des dix métiers sensibles compte tenu de la démographie des cadres⁵⁹. Selon l'observatoire, les départs à la retraite devraient représenter en 15 ans, en pourcentage des effectifs de 2000, 85% des CS et 92% des CSS. La faible attractivité du métier d'encadrement, conjuguée au gain de rémunération sans rapport avec les responsabilités et à la pénibilité du travail expliquent, selon le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, le recours aux « faisant fonction » pour combler les postes vacants⁶⁰. Cet élément démographique peut avoir des impacts en termes de conditions de travail si, en présence de postes vacants, une partie de la charge de travail du cadre de proximité est reportée sur celle du CPP en poste.

Enfin, pour compléter notre cartographie du métier de CPP, nous précisons les liens hiérarchiques spécifiques qui caractérisent cette fonction. La création d'un niveau intermédiaire dans la gouvernance interne de l'hôpital s'est traduite par de nouveaux positionnements. « Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le directeur des soins reste bien le chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé et le garant de l'harmonie

⁵⁵ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, op cité, p. 135.

⁵⁶ NOBRE T., LAMBERT P. *Le management de pôles à l'hôpital...: Regards croisés, enjeux et défis*. Dunod, 2012, p. 154.

⁵⁷ TOUPIILLIER D., op cité, p 11.

⁵⁸ Ibid. p.46.

⁵⁹ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, op cité, p.139.

⁶⁰ Ibid.

institutionnelle au niveau des équipes soignantes »⁶¹. Il conserve, par délégation du directeur, l'autorité hiérarchique sur les cadres de santé. Mais ceux-ci, tel qu'évoqué précédemment, sont également sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle. Ces dispositions contenues dans la loi HPST sont un « facteur limitant les risques de balkanisation des pôles au sein des établissements de santé »⁶².

Considérant que les CPP, « acteurs pionniers dans le changement hospitalier »⁶³ représentent « une force essentielle »⁶⁴ dans la mise en œuvre au quotidien des projets institutionnels, l'enjeu pour le directeur des soins est d'entretenir, voire de protéger, cette ressource capitale. Il lui revient de définir « dans son champ de compétence, la politique d'encadrement de l'établissement »⁶⁵.

Pour ce faire, le directeur des soins mise sur un management centré sur l'individu au sein d'un collectif.

1.3 Un management du directeur des soins fondé sur la confiance relationnelle

En préambule d'une revue des éléments significatifs des concepts de reconnaissance du travail, de communication managériale et de leadership, nous précisons la notion de confiance. Celle-ci représente une valeur ajoutée du management dans le contexte de gouvernance partagée entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel, dans la mesure où « l'équipe de direction d'un hôpital ne saurait conduire de nouveaux projets sans le relais actif de ses cadres. Mais ces derniers ne sont guère susceptibles d'entraîner leur équipes, s'ils sont eux-mêmes traversés par le doute, en manque de reconnaissance, voire simplement enclins à l'attentisme »⁶⁶.

La confiance est une notion composite et réponds à des définitions multiples. Ainsi, les économistes la définissent comme un « ingrédient de la croissance »⁶⁷. De notre côté, nous situant dans le cadre de la relation managériale, notre approche relève davantage de la psychologie sociale et nous amène à considérer la confiance dite relationnelle. De ce point de vue, la confiance est définie comme une « attente d'un acteur concernant la compétence, la bonne volonté et le comportement d'une autre partie »⁶⁸. Elle représente « une forme particulière de croyance en la vérité d'une proposition qui autorise l'action et

⁶¹ TOUPILLIER D., YAHIEL M., Op cité, p.20.

⁶² NOBRE T, LAMBERT P., Op cité, p. 182.

⁶³ GRANDJEAN P., FERMON, B., Op cité.

⁶⁴ De SINGLY C., Op cité p.20.

⁶⁵ Décret n° 2010-1138 op cité.

⁶⁶ Ibid, p.11

⁶⁷ BLOMQUIST L, STÄHLE P., 2000, Building organizational trust, dans NEVEU, Valérie. La confiance organisationnelle: définition et mesure. PDF. 2004, <https://www.cairn.info/>consulté le 20 août 2015.

⁶⁸ BLOMQUIST L, STÄHLE P, Op cité.

qui permet de construire un lien social »⁶⁹. Quant au manque de confiance en l'autre, il représente un obstacle au développement de la performance⁷⁰. Quatre éléments conditionnent la confiance relationnelle. Il s'agit de la compétence, notamment dans la prise de décisions, de l'ouverture comprise comme la franchise et l'honnêteté de l'autre partie, du soutien entendu comme la préoccupation des intérêts de l'autre partie et de la fiabilité définie comme la cohérence entre les mots et les actions.

La communication et notamment la qualité des explications fournies participe également de la confiance⁷¹. La confiance relationnelle semble aller au-delà d'un simple calcul d'intérêts réciproques en représentant un mode spécifique d'interactions liant les individus⁷². Cependant, elle suppose en amont « une construction institutionnelle », c'est-à-dire un ensemble de règles, de contrôles pour éviter les « crises de confiance »⁷³.

Dès lors, la confiance nous semble indissociable du management des ressources humaines.

Peter Drucker, l'un des théoriciens du management des organisations nous dit que « manager, c'est fixer des orientations et des objectifs, s'assurer qu'ils sont compris, puis organiser le travail et coordonner les efforts de ceux qui y participent »⁷⁴. Le management est pour lui « l'activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants »⁷⁵. Dans la mesure où les cadres peuvent être partagés entre des objectifs imposés et leur propre vision de la réalité⁷⁶, l'un des défis du management aujourd'hui est « de redonner du sens aux salariés »⁷⁷. L'écart entre les deux est une zone de risque pour la performance. Cela implique comme le souligne le rapport sur la prospective des métiers de « mieux communiquer sur la stratégie et de donner du sens à l'action »⁷⁸. Dans le même sens, une enquête de 2008, relative aux attentes des cadres vis-à-vis de leur hiérarchie, rend compte d'une demande constante des cadres en termes de reconnaissance tant personnelle que de leur travail, d'une communication claire sur les objectifs et de temps d'échanges, ajoutant que « le contenu insuffisant des échanges avec la direction paralyse parfois leur management »⁷⁹.

⁶⁹ BLOMQUIST L, STÄHLE P, Op cité.

⁷⁰ COUDRIER C, POTEI G, JASPARD H, *et al.* Concilier performance et management par le sens et la confiance. *Gestions hospitalières*, 2012, no 521, p. 610-611.

⁷¹ Op cité.

⁷² Ibid. p.1074.

⁷³ DORTIER JF., Dossier : La confiance, un lien essentiel, *Sciences Humaines*, n°27, juin 2015, p.35.

⁷⁴ MOUSLI M., « Il y a management et management », *Alternatives Economiques*, hors série N° 79, 1^{er} trimestre 2008, p. 44.

⁷⁵ Op cité.

⁷⁶ NOBRE T, LAMBERT P., Op cité, chapitre 17, p 365.

⁷⁷ FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., ALBRECHT A., Redonner du sens au travail : essai de modélisation de la reconnaissance au travail, *De Boeck supérieur*, n° 2011/2 n°8, p. 54.

⁷⁸ Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, op cité p.21.

⁷⁹ FRAY AM. Op cité, p. 153.

1.3.1 La reconnaissance du travail représente un levier managérial

Pour le sociologue Norbert Alter, la reconnaissance correspond au sentiment éprouvé lorsque les autres identifient clairement la place de sa propre activité dans une production collective et qu'on en tire satisfaction⁸⁰. La reconnaissance permet au salarié de s'assurer de sa place, à la fois sur le plan technique et social et d'être fier de son travail puisqu'elle récompense le fait d'avoir contribué. Le sociologue François-Xavier Schweyer, citant le sociologue allemand Axel Honneth, nous dit que la reconnaissance est « le fait de pouvoir compter sur et de savoir que l'on compte pour »⁸¹. La reconnaissance est envisagée comme une modalité de l'organisation du travail et particulièrement de la gestion des ressources humaines⁸². Elle représente un constituant du sens au travail et joue comme un facteur dynamique dans les relations professionnelles. En contribuant à la satisfaction des salariés, elle influence positivement la performance des organisations, notamment parce qu'elle minore l'absentéisme. Par conséquent, donner du sens par la reconnaissance devient un atout et un élément de pilotage des organisations.

Pour aller plus loin, le psychosociologue américain K.E Weick parle de construction de sens dans l'action. Le sens est, selon l'auteur, « une dynamique collective où les individus interagissent sous forme d'actions organisées et d'informations ». Le sens correspond à la cohérence entre les attentes et ce qui est effectivement vécu⁸³. Cela rejoint la définition de Norbert Alter, pour qui le sens se définit par la compréhension du contenu et de la finalité. Il ajoute qu'un déficit de reconnaissance s'associe à un déficit de sens⁸⁴. De son point de vue, un déficit de sens crée de l'anxiété qui peut expliquer un attachement au passé et donc freiner la conduite de changement. Dans le contexte de la nouvelle gouvernance, donner du sens, c'est éviter de réduire le pôle à un échelon organisationnel supplémentaire en intégrant la vision du pôle dans une vision plus globale, celle du projet d'établissement. Dans cette perspective, le pôle représente le niveau opérationnel de réalisation du projet institutionnel.

Pour approfondir, reconnaître le travail, c'est reconnaître l'apport des personnes à l'organisation, ainsi que leurs besoins en matière de formation et de perfectionnement.

Il s'agit de reconnaître à la fois la personne, son processus de travail et le produit, c'est-à-dire les résultats. La reconnaissance se rapporte aussi bien à l'individu qu'au collectif et s'exprime au sein de relations interpersonnelles au quotidien. Selon la psycho-dynamique du travail, elle constitue une rétribution attendue par le sujet qui se situe principalement dans le registre du symbolique. Elle prend en compte la dimension du travail réel puisqu'elle signifie à la fois une reconnaissance au sens du constat de la contribution du

⁸⁰ ALTER N., Donner et prendre. La coopération en entreprise. Editions La Découverte, 2009. p.178.

⁸¹ SCHWEYER FX, Sociologie de l'hôpital et de l'action collective, Analyse culturelle, EHESP, DS 2015.

⁸² BRUN JP., DUGAS N. La reconnaissance au travail: analyse d'un concept riche de sens. Gestion, février 2005, p.80.

⁸³ ALTER N., Op cité, p.202.

⁸⁴ Ibid.

sujet et au sens de gratitude pour souligner l'apport du sujet dans la réalisation du travail. Par travail réel, nous entendons le contenu des tâches effectivement mis en œuvre par les opérateurs. Il se caractérise par les décisions, les initiatives que prennent les opérateurs pour travailler efficacement, c'est-à-dire en rendant le travail prescrit opérationnel. Celles-ci s'appuient sur leur expérience, leur intuition, leur ingéniosité, que le travail prescrit ne présuppose pas. Le travail prescrit correspond au contenu des tâches tel que définit dans les fiches de poste⁸⁵. Concrètement, par la reconnaissance « l'individu se voit reconnaître le droit à la parole et à l'influence sur les décisions, il a l'impression d'exister et que ses besoins sont pris en considérations »⁸⁶. La reconnaissance du travail se concrétise notamment par l'information régulière donnée aux personnels sur les objectifs et la stratégie de l'organisation. Cela implique de se montrer accessible et visible. Il existe d'autres manières de la mettre en pratique à l'image de l'envoi de messages écrits ou oraux soulignant l'investissement du salarié. Ces messages peuvent intervenir à l'occasion d'une réunion d'équipe ou dans le cadre de l'évaluation. Dans tous les cas, ils s'expriment à court terme. Lorsque la reconnaissance porte sur les résultats, elle « apparaît comme une pratique de renforcement positif des actions considérées comme essentielles pour l'organisation »⁸⁷.

Mais reconnaître le travail se confronte à certaines limites qui peuvent expliquer un défaut de reconnaissance de la part des supérieurs. Il s'agit notamment de la peur de perdre du pouvoir, d'une réticence aux rapports plus égalitaires ou d'une perte de contact avec le travail réel des salariés. Reconnaître les résultats semble plus facile pour les managers que reconnaître des compétences⁸⁸.

En définitive, nous observons que la reconnaissance s'appuie sur l'information donnée. Plus qu'à l'information, nous nous intéressons maintenant à la communication et particulièrement à la communication managériale. En effet, l'information met les individus en relation avec des faits alors que la communication met les individus en relation entre eux⁸⁹. C'est en lien avec cette notion de mise en relation, que la communication managériale prend tout son sens⁹⁰.

1.3.2 La communication managériale : un vecteur de la confiance

La communication managériale désigne la communication du management vers les cibles internes. Elle a pour finalité de servir le management de l'institution et de mettre du sens et du lien entre les différents pôles et la direction. La communication « devient une

⁸⁵ ALTER N., op cité p. 18.

⁸⁶ BRUN JP., DUGAS N., Op cité.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., ALBRECHT A., Op cité p.59.

⁸⁹ IMBERT M., BROUARD V. La communication managériale : Méthodes et bonnes pratiques Dunod, 2015, p.90.

⁹⁰ IMBERT M. Op cité.

composante de la gouvernance comme du management »⁹¹. Parvenir à mettre du sens et du lien requiert de comprendre et de faire comprendre. Comprendre, concerne les personnes avec lesquelles le dirigeant travaille. Pour les comprendre il lui faut leur parler. Faire comprendre, c'est expliquer les enjeux, mettre en perspective. Ces deux aspects, comprendre et faire comprendre, créent les conditions d'une communication efficace. Cela va au-delà de faire savoir, qui revient à informer. Communiquer, « c'est construire et développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque. C'est établir des accords solides sur la nature des problèmes à traiter et des savoirs à développer, sur le sens donné aux actions »⁹². Il s'agit avant tout de comportements, plus que d'outils. Les outils seuls ne suffisent pas à créer l'interaction. Lorsque, dans l'interaction, les partenaires parviennent à une compréhension mutuelle, à un jugement de fiabilité, se créent les conditions de la confiance. Cela n'exclut pas les désaccords, mais ils peuvent s'exprimer ouvertement dans une volonté de discuter. Dans ces conditions, les conflits quand ils existent, peuvent approfondir la relation plutôt que de la détruire⁹³. En somme, la communication managériale vise pour le dirigeant à placer au cœur du système organisationnel ses collaborateurs⁹⁴. Si la communication est jugée comme faisant partie intégrante du management, démontrer sa valeur ajoutée nécessite de l'ancrer dans la réalité quotidienne. En cela, la démarche du manager doit être proactive. Il doit s'appuyer sur la mise en place d'un dispositif d'écoute et de dialogue. Cela passe notamment par la création d'espaces de discussion dont Mathieu Detchessahar, professeur des universités, nous dit qu'ils sont « probablement une des clés pour préserver un équilibre socio-organisationnel »⁹⁵. Des enquêtes menées sur la santé au travail rendent compte que le facteur essentiel de fragilisation des individus n'est pas l'hyper présence du management, mais son absence⁹⁶. Créer des lieux de proximité au sein desquels l'activité peut être régulièrement mise en discussion représente alors un levier. Les espaces de discussion visent à intégrer au management une discussion sur le travail.

Certaines caractéristiques sont nécessaires pour garantir leur utilité. Il s'agit des critères de fréquence, d'animation et de traçabilité. Trop espacés, ils éloignent la discussion des problèmes quotidiens du travail, « au bénéfice d'informations plus générales »⁹⁷. Quant à l'animateur, Mathieu Detchessahar préconise qu'il partage une même culture avec le groupe. Ceci est un gage de légitimité et de la capacité à se saisir des problèmes. Enfin, la discussion doit faire l'objet d'une traçabilité, car elle produit des solutions et des

⁹¹ IMBERT M., Op cité.

⁹² RAVEYRE M., UGHETTO P. Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, 2003, vol. 3, no 3, p.98.

⁹³ QUÉRÉ L., OGIEN A. Op cité, p.50.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ DETCHESSAHAR M. Santé au travail : quand le management n'est pas le problème, mais... la solution ? *Revue française de gestion*, Édition Lavoisier 2011, no 5, p.101.

⁹⁶ DETCHESSAHAR M., op cité.

⁹⁷ Ibid.

conventions qui fondent l'identité du groupe et guident son activité. Sur le modèle du CHR Metz-Thionville⁹⁸, la communication managériale peut être structurée autour de réunions de différente nature. Pour exemple, des temps de discussion sont organisés réunissant le DS et les CPP, pendant la semaine des instances⁹⁹.

Dénonçant une hypertrophie de l'information au détriment de la communication, Mathieu Detchessahar indique que les lieux de discussion comportent le risque d'être perçus comme des contraintes supplémentaires par rapport à l'activité¹⁰⁰. Dans ce cas, le sentiment de perte de temps ou d'inutilité ressentis par les acteurs provoque chez eux un effet de retrait ou de désertion. Parce que « certaines réunions consomment plus de ressources qu'elles ne produisent de résultats, elles ne sont pas prises au sérieux et rendent les réunions suivantes plus difficiles. Pour le manager, il s'agit de parler moins et d'écouter plus. La réunion doit être considérée comme un outil d'amélioration, mais elles peuvent être la meilleure ou la pire chose selon qu'elles sont gérées ou non »¹⁰¹. De même, les réunions sont inutiles en l'absence de débriefing. En effet, nous dit Bertille Patin, docteur en psychologie sociale, elles peuvent être interprétées « comme une manière de rabaisser ceux qui écoutent, comme si d'eux l'on ne voulait rien savoir. Les cadres y sont présents, mais tenus de se taire. Les réunions, grâce à la communication devraient avoir cette fonction d'articuler les logiques antinomiques, de les faire se parler, se rencontrer »¹⁰². Le retour d'expérience du CHR Metz-Thionville rend compte que l'efficacité et l'adhésion dépendent de critères tels que le rythme, le contenu et la durée des réunions. Un climat de confiance se nourrit de la vision claire, communiquée au personnel, de leur futur au sein de l'organisation¹⁰³. « En tout état de cause, il est essentiel de fixer les règles du jeu pour que chacun se sente partie prenante dans le présent et l'avenir de l'hôpital. Cela suppose de construire une communication simple, rapide, régulière et suffisante pour que les faits marquants de la vie et les perspectives de l'institution soient connus, compris et appropriés »¹⁰⁴. Intégrer la discussion sur le travail nécessite une reconnaissance par la direction de ce mode de fonctionnement. Il lui revient d'en structurer l'espace au sein duquel les discussions peuvent se déployer¹⁰⁵.

Reconnaissance du travail et communication managériale représentent des facteurs favorisant l'articulation de la gouvernance et de la performance. Ces éléments sont propices à l'instauration et au maintien d'un climat de confiance nécessaire à une

⁹⁸ NOBRE T., LAMBERT P. op cité.p.150.

⁹⁹ Comprendre : Commission médicale d'établissement, Conseil technique d'établissement, CHSCT, CSIRMT

¹⁰⁰ DETCHESSAHAR M., Op cité.

¹⁰¹ RANCHON H., Construire son management d'équipe, sept leviers d'action pour une équipe performante, Collection formation permanente, Edition ESF, p.19.

¹⁰² PATIN B., RUIILLER C. Cadres de santé: malaise à l'hôpital. *Médecine*, 2011, vol. 7, no 6, p. 277-281.

¹⁰³ LETEURTE H., MALLEA P., op cité, p. 194.

¹⁰⁴ TOUPILLIER D., YAHIEL M., Op cité, p.9.

¹⁰⁵ DETCHESSAHAR M., ibid.

organisation pour fonctionner efficacement. Il semble que le leadership soit un atout supplémentaire.

1.3.3 Le leadership, une valeur ajoutée du management

Selon H. Leteur et P. Mallea, le leadership constitue un élément essentiel d'un management performant¹⁰⁶. Il peut être défini comme la capacité de mobilisation et d'influence¹⁰⁷. Le leadership est la faculté de susciter la participation volontaire des personnes et des groupes. Le caractère « volontaire » l'en distingue de la notion d'autorité. Selon Guy Pelletier, professeur à l'Université de Montréal, le leadership constitue une compétence stratégique. Reprenant notre question de recherche du maintien d'une dynamique institutionnelle au niveau des pôles, il nous semble que le leadership représente l'un des leviers pour favoriser cette dynamique au profit de la gouvernance interne. La position du directeur des soins comme supérieur hiérarchique des CPP est une condition propice au leadership. Parce que, nous dit Guy Pelletier, le leadership fait référence à l'influence d'un individu sur un autre, qui ne peut se faire si l'individu n'est pas en relative dépendance par rapport à lui¹⁰⁸.

Pour Laetitia Laude, docteure en sciences de gestion, avoir de l'influence n'est possible que si le manager consacre beaucoup de temps à ses collaborateurs et « suppose d'en faire une priorité en résistant aux pressions et sollicitations nombreuses dans un contexte où les affaires urgentes sont visibles et contraignent à agir, mais ce qui est perçu comme urgent, n'est pas forcément important »¹⁰⁹. Le leadership vise la réduction des défauts de communication entre différents niveaux de gouvernance interne. Il suppose l'émergence d'une culture de l'engagement. L'engagement traduit « les motivations, les raisons d'agir, le sens, c'est-à-dire un cadre de référence qui motive l'action. Il ne s'agit pas d'une stratégie qui peut être collective. L'engagement est individuel par nature »¹¹⁰. Il représente une valeur dont la constance joue dans le fondement d'une relation de confiance. La « gestion de la confiance », c'est-à-dire la capacité à faire preuve de soutien, de fiabilité et de constance dans ses rapports avec son personnel, est une compétence majeure du leader tout comme la « gestion de l'attention », qui se traduit par la capacité à susciter et à maintenir l'intérêt des membres de l'organisation au regard des orientations privilégiées. Enfin, « la gestion de la signification » complète les dimensions essentielles du leadership. Il s'agit de la capacité à communiquer sa vision et de la rendre signifiante auprès de son personnel¹¹¹. Si l'autorité confère un pouvoir de position, le leadership attribue un pouvoir personnel. De même, le leadership se distingue du management. Les

¹⁰⁶ DETCHESSAHAR M, op cité.

¹⁰⁷ PELLETIER G., Les formes de leadership, Approches américaines, Sciences Humaines, hors série n°20, mars - avril 1998, p.26.

¹⁰⁸ PELLETIER G., Op cité.

¹⁰⁹ LAUDE L., Gouvernance et leadership, EHESP, DS 2015, cours de mars 2015.

¹¹⁰ SCHWEYER FX, Sociologie de l'hôpital et de l'action collective, Analyse culturelle, EHESP, DS 2015.

¹¹¹ PELLETIER G., op cité, p.29.

dynamiques et les orientations sont complémentaires mais dissemblables. Le manager est centré sur les systèmes et les structures. Il cherche d'abord l'ordre et la cohérence pour gérer la complexité. Le manager a avant tout des qualités de gestionnaire. Le leader se concentre sur les ressources humaines. Il utilise les leviers de la transformation et de l'interaction pour gérer le changement. Il établit une direction¹¹². Les leaders utilisent leur influence pour diriger et coordonner les activités des membres d'un groupe, en ce sens le leadership est un élément de pilotage. Le leader s'efforce d'établir un équilibre dynamique entre les valeurs, les discours et les actes¹¹³. Pour Denis Cristol, docteur en sciences de l'éducation et spécialiste du leadership, les personnes suivent un leader parce qu'ils « perçoivent un engagement fort de sa part. Le leadership tient surtout à la façon d'incarner une fonction ». Le leader n'est pas « celui qui sait et qui décide, les collaborateurs étant chargés d'appliquer les décisions »¹¹⁴. Certes, il décide et donne le sens mais il ne doit pas montrer une voie toute tracée. Son talent consiste à définir une stratégie en impliquant les personnels pour trouver les bonnes voies d'y parvenir. Un leader sait partager son objectif d'évolution de l'organisation. Partager c'est, selon Norbert Alter, diviser un tout en parts plus ou moins égales, mais partager c'est aussi s'associer à un tout¹¹⁵. Etre leader tient à la fois de l'inné et de l'acquis. Un caractère volontariste face à des situations difficiles et la capacité d'engagement participent au leadership. Selon Denis Cristol, un bon leader doit savoir se mettre au service des autres. Cette notion rejoint l'hypothèse que nous avons formulée eu égard au positionnement du directeur des soins comme personne ressource des cadres paramédicaux de pôle, au sens d'un appui fiable dans leur travail quotidien.

1.4 Synthèse

Le contexte de la nouvelle gouvernance introduit dans le monde hospitalier à partir de 2005 modifie les équilibres internes en créant un niveau intermédiaire de prise de décisions. Le risque d'une balkanisation des pôles au détriment d'une nécessaire cohérence institutionnelle représente un enjeu pour le directeur des soins. L'un des leviers consiste à entretenir une dynamique institutionnelle au niveau des pôles. Pour cela, le directeur des soins peut s'appuyer sur les CPP dont les compétences gestionnaires et managériales sont reconnues. Toutefois, cela suppose de recourir à un management basé sur la confiance. En se positionnant comme un leader, capable de reconnaître le travail réel de ses collaborateurs et de communiquer sa vision, le directeur des soins définit une politique managériale au service de l'institution.

¹¹² Directeurs et cadres, Le mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social, n° 9, mars 2012, Dossier : Revêtir le costume de leader, p.22 à 26.

¹¹³ LETEURTE H., MALLEA P., op cité p. 194.

¹¹⁴ Directeurs et cadres, op cité p.26.

¹¹⁵ ALTER N., op cité.

2 Une enquête de terrain pour objectiver les attentes des acteurs

Les apports contextuels et conceptuels ont mis en évidence l'évolution de la fonction de cadre de santé et de leur place au sein de la gouvernance interne. Ils ont également montré les plus-values d'un management à la confiance des cadres paramédicaux de pôle. En outre, celui-ci renforce la légitimité du directeur des soins, dont l'une des compétences attendues est de définir une politique managériale au service de l'institution. L'enquête de terrain va s'attacher à compléter notre question de recherche en se plaçant du point de vue des acteurs. A partir des hypothèses retenues, il s'agit de confronter la réalité de terrain avec la théorie.

Nous rappelons que notre question de recherche est : « En quoi le management du directeur des soins favorise-t-il la dynamique institutionnelle auprès des pôles ? ».

Pour guider notre recherche, nous avons posé trois hypothèses :

- La cohérence institutionnelle est renforcée par la relation permanente et de proximité du directeur des soins avec les cadres paramédicaux de pôle.
- Le directeur des soins représente une personne ressource privilégiée par les cadres paramédicaux de pôle, grâce à son rôle d'appui et de conseil.
- Les attendus des cadres paramédicaux de pôle à l'égard du directeur des soins sont nombreux et multidimensionnels.

L'analyse de notre étude de terrain vise à vérifier ces hypothèses.

2.1 Le contexte de l'étude

L'étude de terrain s'est déroulée de mai à juillet 2015. Nous avons retenu deux établissements pour réaliser nos entretiens. Le choix de deux établissements nous semblait intéressant plus dans un but d'enrichissement que de comparaison. L'exercice des fonctions de CPP et de DS, dans l'un et l'autre des établissements, peut en être éloigné du fait de leurs activités spécifiques, de la configuration et du niveau de maturité des pôles. Pour autant, la relation managériale à laquelle nous nous intéressons, peut dépendre de facteurs autres et ce quelles que soient les particularités des structures.

Le premier terrain d'enquête est un EPSM, situé dans une agglomération du grand ouest du territoire national. L'établissement, de type pavillonnaire et multi sites, est doté de 1765 lits et places de psychiatrie. Son organisation polaire initiale avec un découpage en vingt pôles date de 2010. Depuis 2012, l'établissement compte neuf pôles de psychiatrie générale dont un pôle hospitalo-universitaire et trois pôles de psychiatrie infanto-juvénile.

Cette configuration correspond aux secteurs géographiques de prise en charge des patients. Dans un double objectif, celui d'une mutualisation des moyens et celui d'une logique de filière de prise en charge, une révision du découpage des pôles est en cours. Le souhait du directeur de l'établissement est de ramener le nombre de pôles à huit. Le niveau de formalisation du principe de subsidiarité est faible, puisque seul un pôle actuellement a signé un contrat de pôle. Néanmoins, un dialogue de gestion est possible à partir des tableaux de bord existants. La structure du pilotage médico-économique du pôle varie selon les pôles. En effet, plusieurs pôles sont cogérés par trois médecins et d'autres par un seul. Tous les chefs de pôle ont un cadre de santé et un agent administratif comme collaborateurs. Ce dernier est un adjoint des cadres. Certains pôles, comme celui de l'enfant et de l'adolescent, ont également un directeur référent. Le cadre de santé du pôle est soit CSS, soit CS. Il est désigné sous l'appellation : « cadre assistant de pôle ». Ceci ne correspond pas à la fiche de poste présentée précédemment et intitulée : « cadre supérieur de santé ». Plusieurs raisons à cela. D'une part, la fiche date de 2008 et n'a pas été réactualisée. D'autre part, depuis 2014, le directeur de l'établissement a affecté comme cadre assistant de pôle des cadres de santé n'ayant pas le grade de CSS.

Le directeur des soins en poste est coordonnateur général des soins. Il n'y a pas d'autres DS dans l'équipe de la direction des soins.

Notre deuxième terrain d'enquête est un centre hospitalier universitaire appartenant au groupement HUGO (Hôpital Universitaire du Grand Ouest). Le CHU possède une culture polaire plus avancée. Chaque pôle a signé un contrat de pôle. Les cadres de santé de pôle sont tous CSS. En adéquation avec leur fiche de poste, ils sont appelés : « cadre supérieur de santé référent de pôle ». L'établissement compte plus de 3 000 lits et places et il est découpé en onze pôles d'activité clinique et médico-technique. Le pilotage de chaque pôle est assuré par un chef de pôle assisté d'un CSS et d'un cadre administratif. A chaque pôle est rattaché un directeur référent. La direction des soins comprend notamment un coordonnateur général des soins et six DS. Chaque DS est directeur référent d'un pôle.

2.2 Méthode de l'étude, ses points forts et ses limites

En amont de la construction de notre grille d'analyse puis de notre questionnaire d'entretiens, nous nous sommes inspirés de la méthode CAP : connaissances, attitudes, pratiques (annexe 1). Nous avons découvert puis expérimenté celle-ci dans le cadre de notre module inter professionnel¹¹⁶. Précisément, il s'agit de nous intéresser aux savoirs théoriques en lien avec le métier de CPP, aux comportements et aux pratiques du CPP.

¹¹⁶ Module interprofessionnel, Impact et efficacité des mesures de préventions des infections nosocomiales par des bactéries multi-résistantes - focus sur les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). Etude de terrain au CHU de Rennes, EHESP, juin 2015.

Ainsi, nous prenons en compte à la fois les connaissances du métier et des enjeux, la façon dont le CPP réagit et la manière dont il agit. Dans le cadre de notre recherche, où une part de subjectivité est présente, cette méthode nous semblait opportune. La combinaison de ces trois dimensions nous paraît permettre une vision large et au plus près de la réalité. Pour nos entretiens avec les autres acteurs, nous sommes restés sur des questions plus générales.

Le tableau ci-après présente les différentes thématiques retenues pour chacune des catégories rencontrées.

Tableau 2 : Les thématiques retenues en fonction des personnes interrogées.

	Thématique 1	Thématique 2	Thématique 3	Thématique 4
CPP	La représentation de leur rôle	L'exercice du métier	Attentes et relations	Le management du DS
DS	Les relations	Le management	Les conditions de travail	
DRH/DH	Les relations	Le management		
Chefs de pôle	Les relations	La gouvernance partagée		

Pour chaque catégorie, les thématiques du management et des relations interprofessionnelles ont été interrogées, ce qui nous permet un regard croisé.

L'enquête a été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs. Cette méthode consiste à poser des questions en suivant une trame nous permettant de conserver un fil conducteur. Nous avons adapté nos questions aux différentes catégories professionnelles rencontrées (annexes 2 à 6). Au total, nous avons réalisé dix-huit entretiens, répartis comme suit : onze CPP, deux DS, deux DRH, un DH et deux chefs de pôle. Les questions posées ont été des questions ouvertes. Aussi, fréquemment, nous avons obtenu autant de réponses que de CPP interrogés. Dans ce cas, pour dégager une tendance, nous avons retenu les éléments de réponse communs à au moins quatre CPP. Cela nous permet également d'apprécier si les réponses dépendent du type d'établissement ou pas, puisque notre échantillon de CPP exerçant en CHU est de trois.

Points forts et limites de notre étude

Nous avons prévu une heure d'entretien par CPP. Ce temps a été bien souvent dépassé. Parfois, quelques digressions nous ont amené à recentrer la discussion en suivant notre fil conducteur mais c'est, pour beaucoup, la richesse du contenu qui justifie que nous n'ayons pas mis fin à l'entretien. Nous avons pu craindre, compte tenu du sujet, que les CPP aient certaines réticences à s'exprimer notamment sur le management du DS et ce d'autant que, lors de notre enquête, nous étions en stage dans l'un des établissements. En réalité, le climat de confiance, notre engagement à leur garantir l'anonymat et notre

neutralité a favorisé l'expression libre des acteurs. De plus, l'entretien nous a permis de reformuler ou de relancer notre interlocuteur pour lui faire préciser ses réponses. Le même enthousiasme des CPP à nous parler de leur métier a été observé chez les autres acteurs. L'ensemble nous permet une analyse foisonnante.

Néanmoins, il nous semblait utile d'intégrer à notre recherche la relation du DS avec le président de la commission médicale d'établissement (PCME). De notre point de vue, il nous paraît fondamental pour une cohérence institutionnelle que ces deux acteurs collaborent et partagent une même vision quant au positionnement du CPP. Cependant, il ne nous a pas été possible de nous entretenir avec les PCME des établissements. De même, nous nous sommes intéressés aux CPP et *de facto* nous avons exclu les cadres de santé en poste de nuit. Pour autant, il serait intéressant d'élargir notre réflexion sur le management du DS à leur égard. La gouvernance interne appelle à une coordination de l'ensemble des acteurs. Cette articulation reste à questionner. Notre recherche présente également la limite de ne pas avoir de valeur statistique et n'autorise aucune généralisation, compte tenu du nombre de notre échantillonnage.

Présentation de la population interviewée

Nous présentons ci-après les différentes caractéristiques professionnelles relatives aux personnes interviewées. Pour plus de lisibilité, nous distinguons la population CPP de celles des autres acteurs.

Tableau 3 : caractéristiques des CPP

	Ancienneté			Nombre de CS dans le pôle	Formation universitaire de niveau master	Poste occupé précédemment
	dans l'Établissement	dans la fonction	dans le poste			
CPP 1 CHU	10 ans	10 ans	9 ans	10	Oui	CSS
CPP 2 CHU	25 ans	6 ans	6 ans	19	Oui	CS
CPP 3 CHU	5 ans	2 ans	5 ans	20	Oui	CS
CPP 4 EPSM	35 ans	15 ans	6 ans	4	Non	Intérim DS
CPP 5 EPSM	30 ans	8 ans	1 an	1	Oui	CPP
CPP 6 EPSM	17 ans	7 ans	1 an	4	Oui	CPP
CPP 7 EPSM	31 ans	9 ans	7 ans	4	Oui	CPP

CPP 8 EPSM	31 ans	7 ans	7 ans	4	Oui	CS
CPP 9 EPSM	32 ans	11 ans	1 an	4	Oui	CS
CPP 10 EPSM	12 ans	5 ans	11mois	10	Non	CS
CPP 11 EPSM	25 ans	11 ans	13 mois	5	Non	CS

La population CPP affiche une ancienneté moyenne de 23 ans dans l'établissement, 8 ans dans la fonction et 4,5 ans dans le poste. Les trois CPP qui ont moins de 14 mois d'ancienneté dans le poste, sont des CS. Ils exercent au sein de l'EPSM qui, depuis 2014, ne tient pas compte du grade de CSS pour nommer les CPP. L'incitation pour les établissements à orienter les CS accédant à une fonction de CPP vers un diplôme de master est effective pour huit d'entre eux. Pour les autres, il s'agit soit d'un refus à suivre une formation universitaire lié à une fin de carrière, soit d'une prise de poste récente. Tous les CPP occupaient leur précédent poste dans le même établissement. Pour le CPP8, la fonction de CPP correspond en même temps à une promotion professionnelle. La littérature fait référence au nombre maximum de 20 CS de proximité placés sous la supervision d'un CPP. Nos données précisent que ce chiffre est compris entre 1 et 19.

Tableau 4 : caractéristiques des directeurs et chefs de pôle interviewés

	Ancienneté			Poste occupé précédemment
	dans l'Etablissement	dans la fonction	dans le poste	
DS 1 / CHU	8 ans	2 ans	2 ans	CSS
DS 2 / EPSM	14 mois	12 ans	14 mois	DS
DRH 1 / CHU	5 ans	3 ans	3 ans	Directeur du système d'information
DRH 2 / EPSM	15 mois	15 mois	3 mois	Secrétaire aux affaires générales
DH / EPSM	5 ans	12 ans	5 ans	DH
Chef de pôle 1 / CHU	14 ans	15 mois	15 mois	PH
Chef de pôle 2 / EPSM	18 ans	2 ans	2 ans	Chef de service

2.3 Restitutions des entretiens : analyse horizontale et regards croisés

Pour analyser les données recueillies, nous avons fait le choix d'une analyse par thématique, chacune regroupant plusieurs questions. Nous analysons les entretiens avec les CPP de façon horizontale et croisée avec les discours des autres acteurs. Notre

analyse reprend certaines références à notre cadre théorique, ce qui nous permet de répondre de façon précise à nos hypothèses. Quand cela nous semble pertinent, nous distinguons le type d'établissement.

2.3.1 La représentation du métier de cadre paramédical de pôle par les différents acteurs

Le terme « management » est unanimement utilisé par les CPP pour exprimer ce que représente leur métier. Ils font référence à leur activité d'animation de l'équipe de CS de proximité. Celle-ci est réalisée seul ou en binôme avec le chef de pôle. La démarche qualité, avec pour exemple les audits, est la seconde activité la plus souvent citée (6/11). Les CPP de l'EPSM mentionnent également des missions transversales qui leur sont attribuées dans le domaine de l'éducation thérapeutique ou du dossier patient. Si, en théorie, les référentiels permettent de donner des repères, en pratique ils ne sont pas forcément connus de tous les acteurs concernés. En effet, une grande majorité de CPP (9/11) méconnaît le référentiel métier 2012. Globalement, il y a peu d'écarts entre la norme traduite dans les référentiels et l'expression des acteurs sur leurs activités, en dehors de leur participation aux instances comme le bureau de pôle et la commission de formation. En termes de compétences, la majorité des CPP (7/11) évoquent en priorité des savoirs-être, et citent « *avoir du leadership et être loyal* ». Viennent ensuite « *prendre position* », puis « *rendre compte* », « *travailler en équipe* », notamment avec le chef de pôle et les CS de proximité, et « *conduire des projets* ». Lorsque nous interrogeons les CPP sur leurs priorités aujourd'hui, ceux-ci se situent sur une dimension polaire ou individuelle. Ainsi, pour 4 des CPP, leur priorité principale est leur avenir au sein de la structure. Cette préoccupation est à relier au contexte de l'EPSM dont nous avons vu que le redécoupage des pôles représente une orientation prise par la direction. En écho, le CPP9 verbalise : « *mon poste n'est pas pérenne avec le projet de regroupement, alors ma priorité est d'ordre personnel* ». Pour les autres, les priorités citées sont la conduite de projets internes au pôle et la reconnaissance du rôle du CPP, par la direction.

2.3.2 Le contexte et les conditions d'exercice du métier de CPP

Neuf CPP sur les onze interrogés ont une fiche de poste, régulièrement actualisée pour la plupart (6/9) au regard de nouvelles missions¹¹⁷. Cependant, comme ce sont les CPP eux-mêmes dans huit cas sur neuf qui sont à l'initiative de son élaboration et de sa mise à jour, la finalité de la fiche de poste s'en trouve limitée. En effet, la fiche de poste sert notamment à clarifier les responsabilités et la position des agents dans l'organigramme. En réalité, dans leur élaboration, les CPP ne l'élargissent pas à la formalisation de leurs relations fonctionnelles, ce qui les restreint dans la connaissance « *de leur véritable périmètre d'action* » (le CPP5). Concernant l'utilisation d'outils, dont nous avons vu qu'ils

¹¹⁷ Dont celle du développement de projet dans le cadre de groupement de coopération sanitaire.

concrétisent la délégation de gestion, neuf CPP mentionnent l'utilisation de tableaux de bord et de logiciels notamment dans le domaine de la GRH. Dans leur pratique quotidienne, cinq CPP se sont créés des outils supplémentaires « *pour leur gestion des effectifs* » (CPP2). Ces initiatives soulignent la part du travail réel du CPP et témoignent de l'investissement des CPP dans leur rôle de gestionnaire. Les CPP ont une connaissance juste des enjeux de leur établissement. Ils identifient la gouvernance interne, le pilotage médico-économique et la prise en charge du patient comme étant les orientations stratégiques, qu'ils expriment par : « *le maintien de l'équilibre entre la direction et les pôles* », « *la réduction d'effectifs* » et « *le développement de filières* ». Ils pensent que leur rôle est de répondre à ces enjeux en se positionnant comme « *un interlocuteur de la direction auprès des équipes et comme un soutien auprès des CS pour les accompagner à aller dans le sens souhaité* ». Ils ajoutent également leur rôle dans la conduite de projet et le décloisonnement des pôles. Leurs points de vue convergent avec ceux des directeurs. Le directeur d'hôpital (DH) parle de la nécessité de revoir le découpage des pôles : « *le système polaire dans cet établissement est détourné, les pôles marquent une défiance vis-à-vis de la direction et de la ligne hiérarchique. L'établissement manque d'une gouvernance claire. C'est trop à géométrie variable* ». Pour les DS et les directeurs des ressources humaines (DRH), l'enjeu prioritaire est « *le besoin d'avoir des organisations soignantes capables d'inventer de nouveaux modes d'organisation dans une contrainte de réduction de lits* ». Cet objectif rejoint l'idée du développement de filières exprimée par les CPP. Pour les CPP, les contraintes comme « *la réduction de la masse salariale* » représentent une opportunité de « *questionner les organisations et de se réinventer, en travaillant différemment et collectivement à développer d'autres moyens de réponses aux besoins* ».

Sur le volet des conditions de travail, les CPP ne sont pas impactés par les vacances de postes de CS de proximité, grâce au recours aux « *faisants fonction* ». En revanche, l'absence de formation continue, « *jugée utile et nécessaire, tant au niveau des compétences à mobiliser dans le management du pôle, qu'au niveau de la qualité des relations entre les responsables* »¹¹⁸, représente une limite à l'exercice du métier et un frein à la reconnaissance du travail des CPP. En effet, elle correspond à un besoin mais aucun n'en a bénéficié, comme l'exprime le CPP9 : « *je n'ai pas bénéficié d'une formation, j'apprends sur le tas, pourtant j'aurai besoin d'être formée à l'analyse médico-économique* ». Paradoxalement, le DH énonce « *le master ne suffit pas, tous doivent avoir des compétences d'analyse des tableaux de bord* ».

¹¹⁸ FELLINGER F et BOIRON F. Mission Hôpital Public. Rapport technique, Rapport au ministre, 2012.p.47.

2.3.3 Des attentes réciproques mais une relation à consolider

Dans le cadre de cette thématique, nous nous sommes intéressé, notamment, aux notions de « besoin », « d'attente » et de « personne ressource », que nous clarifions en préambule. La notion de besoin correspond à une sensation de manque face à quelque chose qui est nécessaire pour l'individu. L'idée « d'attente » signifie le fait de compter sur ce que la personne souhaite obtenir ou voir se réaliser. Elle est liée à la représentation de ce qui, de son point de vue, doit être possible¹¹⁹. Enfin, la notion de « personne ressource » désigne une personne à laquelle on fait appel en raison de son expérience, de ses compétences, de sa pondération. Une personne devient ressource dans des situations précises où ses connaissances et ses compétences peuvent être utiles. On la sollicite pour obtenir des conseils, une écoute, un accompagnement¹²⁰.

A) Les besoins exprimés par les cadres paramédicaux de pôle

Les CPP expriment des besoins qui concernent en premier lieu, le positionnement du DS. Ils sont huit à évoquer le besoin d'un DS « *qui les soutiennent dans les messages à faire passer, qui reconnaisse leur travail et leur légitimité* » et six ajoutent « *un DS positionné comme tel et non comme un DRH bis* » ou « *dans l'ombre de la DRH* », « *un DS qui anticipe et oriente* ». L'un d'eux ajoute : « *ce n'est pas mon guide spirituel, il n'a pas non plus forcément la solution, mais il doit être là* ». Pour le chef de pôle¹, « *le CPP n'est pas assez soutenu par le DS, il faut qu'il lui apporte tout l'éclairage. Les gens bossent, s'impliquent mais ce qu'ils demandent, c'est de la considération* ». Nous retrouvons la notion de soutien traduite comme une nécessité dans le rapport relatif à l'hôpital public¹²¹ et qui représente l'une des composantes de la confiance. D'autres besoins sont exprimés comme « *une meilleure lisibilité sur les objectifs institutionnels* », une formation (5/11) et une fiche de poste (4/11). Nous identifions à travers ces expressions la notion de reconnaissance, envisagée comme une modalité de l'organisation du travail. La reconnaissance, en tant que composante du sens au travail joue comme un facteur dynamique dans les relations professionnelles et influence la performance des organisations¹²². Quant à donner du sens, c'est un élément de pilotage qui permet de faire comprendre le contenu et la finalité des actions. Par conséquent, un manque de reconnaissance et de sens peut freiner le CPP dans son rôle de relais de la stratégie¹²³. En ce sens, le management du DS constitue bien un facteur favorisant ou non, la dynamique institutionnelle auprès des pôles.

¹¹⁹ <http://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/demarche-qualite-wk267/apprehender-la-notion-de-besoin-sl3238610/clarifier-les-notions-de-besoins-demande-attente-satisfaction-des-usagers-sl6275681.html>, consulté le 16 septembre 2015.

¹²⁰ <http://dcalin.fr/publications/claude.html>, consulté le 16 septembre 2015.

¹²¹ FELLINGER, BOIRON, op cité, p. 48.

¹²² BRUN JP., DUGAS N, op cité.

¹²³ TOUPILLIER D., YAHIEL M., op cité, p 11.

B) Des attentes mutuelles insuffisamment traduites en pratique

Nous poursuivons sur les attentes des CPP à l'égard du DS, au cœur de l'une de nos hypothèses. Celles-ci sont à la fois nombreuses et unanimes. Dix CPP sur les onze interrogés disent attendre du DS « *de la communication avec la possibilité d'exprimer ses désaccords* », « *un soutien réel et constant dans les situations difficiles* », « *qu'il porte le projet de soins et mette du sens dans le travail* » et « *une proximité du DS avec les pôles* ». Les CPP ajoutent des attentes en termes de valeurs, dont « *une loyauté réciproque, de l'engagement, de la cohérence* ». Enfin pour cinq d'entre eux, l'existence « *d'un collectif cadre entretenu par le DS* » fait partie de leur attente en ce qu'il permet « *de créer du lien et une proximité avec le terrain* ». Ces données viennent confirmer notre hypothèse selon laquelle les attendus des CPP à l'égard du DS sont nombreux et multidimensionnels. Nous retrouvons à travers l'expression des CPP des composantes de la confiance relationnelle. Rappelant que celle-ci est une attente d'un acteur concernant notamment le comportement de l'autre partie, elle repose en particulier sur le soutien, entendu comme la préoccupation des intérêts de l'autre, l'engagement et la communication. Interrogés sur les attentes de la direction à leur égard, ils sont neuf à mettre en avant la loyauté qui se manifeste pour eux par « *une remontée d'informations* » et la « *performance du pôle* » auxquels les CPP relient « *le maintien d'un bon climat social* ». Huit pensent que la direction attend d'eux « *qu'ils soient un relais de la stratégie* ». Leurs points de vue convergent avec ceux des DS, qui attendent des CPP de « *la loyauté, une capacité à rendre compte, à anticiper les problèmes et à échanger sur des perspectives* ». Mais en réalité, dans une grande majorité (9/11), les CPP n'obtiennent pas ce qu'ils souhaitent du DS, du fait d'« *un manque d'implication, de présence, de dynamisme* », voire de lien, comme pour le CPP11 qui verbalise : « *aujourd'hui, je n'ai aucun lien avec lui* ». Le CPP10 ajoute de la déception liée à l'absence de réponse « *il m'apporte peu, je suis déçue, le pôle fonctionne mais le DS ne s'inquiète pas de savoir pourquoi, il ne communique pas. Je lui ai demandé de venir sur des réunions cadres, j'attends toujours* ». Ces propos laissent penser à « *une perte de contact avec le travail réel* » des CPP identifiée comme l'une des trois causes qui peuvent expliquer un défaut de reconnaissance de la part du supérieur hiérarchique.¹²⁴ Les CPP évoquent, également, un défaut de confiance dont nous avons vu qu'il limite l'action, voire un manque de confiance en l'autre ce qui représente un obstacle au développement de la performance. Un seul CPP manifeste une réelle satisfaction et exprime : « *nous fonctionnons comme les cinq doigts de la main* » (CPP1). Par assimilation, le DS n'est pas identifié comme leur première personne ressource, du fait notamment, pour cinq d'entre eux, de « *son éloignement du pôle* » et de « *son absence de réponse à leurs questions* ». Ce dernier facteur peut inciter le CPP à solliciter les représentants syndicaux,

¹²⁴ FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., ALBRECHT A., op cité p.59.

« car eux (...) apportent des réponses qui (...) permettent de répondre aux questions des agents ». Huit citent en priorité le chef de pôle comme personne référente. L'un des chefs de pôle au cours de notre discussion énonce « moi je passe dans les services et la CS, l'infirmière elle voit que même tard, il n'y a pas qu'elle qui bosse et mine de rien, c'est énorme. On ne cherche pas à régler les problèmes à ce moment là, mais en passant on envoie un message. Même si ce n'est pas le rôle premier du DS, il a un vrai rôle de proximité à jouer. Tout est question de relation humaine, il gagne en légitimité en étant présent car il faut qu'il ait la confiance de ses CPP, qu'il ait les oreilles dans le couloir. Ce n'est pas du pilotage, mais il faut aller au contact des gens et abandonner un peu le sommet pyramidal ». Notre hypothèse selon laquelle le DS représente une personne ressource privilégiée par les CPP, grâce à son rôle d'appui et de conseil, se trouve donc infirmée par les résultats de notre enquête. Ce n'est pas vers le DS qu'ils se tournent spontanément pour obtenir des conseils, parce qu'il « ne se rend pas disponible ». C'est au niveau du pôle et non de l'institution que les CPP trouvent en priorité des réponses à leurs questions. Ceci renforce notre idée selon laquelle le management du DS, fondé sur la confiance, représente un levier pour limiter la balkanisation des pôles. Mais cela implique de se montrer accessible et visible et de « garder le contact avec le travail réel »¹²⁵ des CPP.

C) Des relations interprofessionnelles de différentes natures

Pour approfondir la relation entretenue par le DS avec les CPP, nous nous sommes intéressés à la fréquence et au motif de leurs rencontres. Pour six CPP, la dernière rencontre avec le DS remonte à moins de trois jours dans le cadre d'une réunion d'encadrement. Le degré des rencontres dépend en partie des volontés individuelles. Certains s'entretiennent avec le DS tous les jours, d'autres uniquement dans le cadre des réunions d'encadrement organisées par la direction des soins tous les quinze jours. De plus, les CPP n'assistent pas toujours à toutes les réunions. De ce fait, la dernière fois que le CPP10 a rencontré le DS remonte à trois mois. Le CPP6 précise qu'« (il s')autorise à aller à la direction des soins tous les jours, humer l'air du temps » et le CPP8 insiste sur le fait « qu'il le sollicite sinon, il ne le voit pas » et ajoute « d'ailleurs le DS n'a jamais fait le tour des services ». Pour plus de la moitié des CPP, les contacts avec le DS sont à leur initiative dans le cadre de discussions à propos d'un projet ou pour évoquer des situations intéressant un agent ou l'équipe soignante du pôle. En miroir, nous avons interrogé les DS. Ils qualifient leurs relations avec les CPP de « professionnelles, loyales, optimistes et transparentes » et y associent la notion de confiance. Le DS1 ajoute qu'il avait pour habitude de ne voir régulièrement, hors du champ des réunions organisées, que les CPP pour lesquels il « fallait dénouer des situations problèmes, mais

¹²⁵ FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., ALBRECHT A., op cité.

réalise que tous les CPP ont un réel besoin de partage, d'échanges ». Quant au DS2, il dit « *regretter que les CPP fassent appel à lui en dernier recours quand la situation est bloquée et être en train de réfléchir à avoir un espace de réunions plus régulier avec l'encadrement supérieur* ». Nous avons élargi le champ de la relation DS/ CPP à celles entretenues par le DS avec le PCME, les chefs de pôle, les DRH et le DH et réciproquement. De l'avis des DS, leurs relations avec les chefs de pôle sont « *bonnes et influentes* ». Le DS1 énonce que « *leur jeu n'est pas le même, les rapports de force ne sont pas toujours équilibrés mais on arrive toujours à négocier et à aboutir à une entente* ». La fréquence des relations du DS avec les chefs de pôle varie selon que le DS est aussi directeur référent d'un pôle ou non. Dans le premier cas, elles sont « *privilegiées* » (le DS1). Le chef de pôle1 précise « *qu'ils se voient en directoire, mais aussi de façon formelle avec des réunions courtes mais fréquentes ce qui donne le rythme et permet de construire une relation et de l'informel, sans ordre du jour mais avec des sujets dont l'un et l'autre veulent discuter* » Dans le second cas, elles existent dans le cadre d'un dossier à traiter, voire le temps d'un projet, de là elles ont un caractère plus occasionnel.

Leurs relations avec les PCME dépendent en partie de la structuration de l'établissement. Pour le DS1 qui exerce en CHU, elles sont peu nombreuses. Pour le DS2, elles sont « *concordantes, sincères et visionnaires* ». Selon lui, la gouvernance implique qu'ils soient tous les deux en accord sur « *les modalités d'organisation de l'encadrement soignant* ». Leurs relations sont formelles dans le cadre de travail sur des dossiers communs relatifs à la démarche qualité et la gestion des risques, et informelles, caractérisées dans ce cas par le DS2 de « *relations d'opportunités, en fonction des sujets qui se présentent* ».

De leur côté, les chefs de pôle disent entretenir de « *bonnes relations avec le DS* ». Pour le chef de pôle 1, « *la position du DS donne une dimension particulière en termes de projet de soins, d'organisation et d'efficience des ressources humaines* ».

Quant aux relations des DS avec les DRH, elles sont fondées sur leur vision positive du binôme qu'ils forment. Le DS2 qualifie ses relations « *d'excellentes* », ajoutant que « *leur articulation est naturelle et que ça marche bien* ». C'est un sentiment partagé par les DRH eux-mêmes. Unanimement, DS et DRH insistent sur leur complémentarité. « *Le DS est le pilier de mon organisation, on a besoin l'un de l'autre pour fonctionner, le DS a un rôle complémentaire du mien ; le DS a un rôle d'animation, il donne le ton et le même à tous les CSS, le DRH n'a pas la compétence pour apprécier si ça fonctionne ou non avec une ou deux personnes en moins* » (DRH1). Le binôme DS/DRH est jugé comme « *central* » et son fonctionnement dépend « *de la confiance mutuelle* ». Il tire sa force « *du relais médical avec les chefs de pôle et soignant avec les CSS et CS* ». En pratique, les DS et DRH se rencontrent tous les jours en plus de réunions formelles direction des soins/direction des ressources humaines, tous les quinze jours. Collectivement, ils

s'accordent à dire qu'il leur est essentiel d'avoir des bureaux à côté mais qu'« *il ne faut pas uniquement se voir entre deux portes, rien ne remplace les temps d'échanges, le temps de réunions* ». Du point de vue du DH, sa relation avec le DS « *ne lui pose aucun problème, (il est) dans la délégation au maximum* ». Pour le DS concerné, son interprétation est plus nuancée : « *la délégation au maximum peut être vécue comme trop d'autonomie sans soutien dans les affrontements lors d'instances où le DH me laisse seul m'exprimer sur certains sujets sensibles* »¹²⁶. Nous formulons l'hypothèse que la cohérence institutionnelle est renforcée par la relation permanente et de proximité du directeur des soins avec les CPP. A ce stade, les données recueillies indiquent que la relation du DS avec les CPP est en construction. Aujourd'hui, la communication managériale indique une faiblesse dans les interactions. De ce fait, la liaison entre les pôles et la direction des soins est imparfaite et la dynamique institutionnelle, telle qu'elle est impulsée, ne joue pas comme valeur ajoutée pour créer une unité institutionnelle sans faille. Le risque d'un fonctionnement des pôles « *en chapelle, chacune avec son clocher* » (les CPP2 et 5), n'est pas écarté. Pour les chefs de pôle, « *l'enjeu au quotidien est lié à la tendance naturelle d'avoir une scission au sein des services et le DS peut très vite perdre le lien avec les CPP et les CS. Une pensée stratégique non formalisée débouche sur un hôpital avec deux clans qui vont s'opposer. Ça peut mettre du temps, mais il faut que le DS ait la volonté d'impulser une dynamique* ». Les DS ont conscience que certains ajustements s'avèrent nécessaires et réfléchissent à des pistes d'amélioration. La relation du DS avec le DRH et réciproquement semble davantage valorisée et paraît plus aboutie. Leur proximité est explicite. En poursuivant sur la thématique du management du DS, nous apportons des éléments de réponses complémentaires.

2.3.4 Un management du directeur des soins à ajuster

La communication managériale est un élément significatif d'un management à la confiance mis en évidence par les CPP et les chefs de pôle.

A) Un manque de formalisation des objectifs fragilise la relation de confiance

Nous avons vu dans notre cadre conceptuel que manager, c'est fixer des orientations et des objectifs et que les cadres attendent de leur hiérarchie qu'elle leur fixe des objectifs clairs. Dans la réalité, pour dix CPP aucun objectif n'a été communiqué et c'est « *de façon implicite qu'ils les déduisent, comme le respect des effectifs cibles* » (CPP1). Pourtant, ils ont besoin « *de comprendre dans quelle direction ils doivent aller* » et ajoutent que « *fixer des objectifs serait un témoin de la reconnaissance et de la légitimité (que le DS) leur porte* ». L'entretien annuel d'évaluation représente alors pour eux l'opportunité de pouvoir discuter des objectifs. Mais paradoxalement, le DS n'accorde qu'une valeur relative au

¹²⁶ Le contexte évoqué est notamment celui de la révision de l'aménagement du temps de travail en cours dans l'établissement.

temps de l'évaluation qui « *ne lui apporte pas grand-chose, car trop formelle* » et dit espérer « *qu'ils ne découvrent pas ce (qu'il) pense de leur travail à ce moment là* ». Fixer des objectifs, c'est donner du sens aux CPP. L'absence de sens impacte la performance, tout comme le contenu insuffisant des échanges avec la direction peut paralyser le management des CPP. Communiquer sur les objectifs est essentiel parce que, nous dit le DRH2, « *cela permet qu'ils mettent en œuvre le projet sans partir dans tous les sens et surtout le sens qu'ils veulent en trouvant des niches qui les intéressent mais sans orientation avec le projet d'établissement* ». Selon le chef de pôle¹, il faut que « *la stratégie de la direction soit déclinée tout au long de la pyramide, à tous les niveaux, sinon ça ne marche pas. Je ne vois pas toujours la proximité du DS avec les CPP ni avec les CS. Le DS a une position critique par rapport aux besoins que lui fait remonter le CPP, il questionne davantage et c'est son rôle, mais il n'est pas suffisamment sur le suivi, l'accompagnement. Les équipes ont de plus en plus des objectifs chiffrés mais on laisse de côté des critères moins objectivables et pourtant fondamentaux* ». Pour autant, l'absence de formalisation d'objectifs n'empêche pas les CPP de se sentir associés aux projets institutionnels. Ils sont huit à le considérer, ce qui va de pair avec leur perception évoquée précédemment d'être « *un relais de la stratégie* ». Concrètement, c'est au travers la mise en œuvre et le suivi du projet de pôle que les CPP, en collaboration avec le chef de pôle et les CS, déclinent les objectifs institutionnels.

La façon dont le DS manage est considérée par les CPP comme manquant « *de dynamisme et d'engagement* ». Ils pensent que le DS « *ne s'intéresse pas suffisamment à leur travail* ». Ils regrettent qu'il ne défende pas plus le projet de soin et reste dans l'information descendante sans impulser de réflexions de fond. Sept d'entre eux pensent que le DS a « *une bonne connaissance des situations, mais qu'il ne partage pas suffisamment* ». Ils reconnaissent que le DS est « *présent quand ils le sollicitent et a su être un appui dans les situations difficiles comme le changement de CS, mais qu'il ne valorise pas assez ce que les CPP peuvent amener* ». Pour les chefs de pôle, la gouvernance partagée les interrogent car disent-ils « *on parle de cogestion mais en pratique on nous sort trop souvent une note de service et tout est fait comme si on avait acquiescé de fait, mais on nous a pas associé* ». Ces propos viennent en contradiction avec ceux des DS qui définissent leur management comme « *horizontal, reposant sur une relation de confiance et de la transparence* ». Ils souhaitent laisser « *suffisamment de marges de manœuvre aux CPP pour qu'ils investissent pleinement leurs missions* ». Nous observons par comparaison des discours une certaine discordance qui n'est pas en faveur d'un management à la confiance, dont nous avons vu qu'il se nourrit notamment de la fiabilité, définie comme la cohérence entre les mots et les actions, et des interactions symbolisées par des réelles discussions sur le travail. Le DS2 ajoute « *la mise en œuvre de mon management se fait en gardant cette ligne de conduite, mais c'est une*

philosophie qui demande du temps et de la constante ». De ce fait, nous pouvons penser que la dynamique managériale se confronte à un décalage de temporalités qui donne le sentiment aux CPP d'un manque d'engagement. Pour rappel, l'engagement, individuel par nature, renvoie à l'idée d'incarner une fonction et illustre la différenciation entre un manager et un leader. Etre leader tient d'une volonté à être au service des autres.

B) Une vision partagée mais une transposition dans la pratique à concrétiser

Fondamentalement les CPP et les DS semblent partager une même vision de la relation managériale fondée sur la loyauté et la confiance. Cependant, le positionnement du DS en appui des pôles est peu reconnu par les CPP et les chefs de pôle. Ceci fait écho à l'un des enjeux de la nouvelle gouvernance qui est la coordination d'acteurs qui sont simultanément autonomes et interdépendants¹²⁷.

A partir de limites identifiées par les DS, des ajustements de leur management sont possibles. En pratique, le DS1 reconnaît « *un manque de capacité parfois à avoir la vision globale et il faut une bonne relation de confiance avec les CPP car la rétention d'informations est hyper facile* ». La deuxième limite rejoint la première : « *le DS n'a pas les manettes de ce qui se fait à l'intérieur du pôle, pourtant il est garant de la cohérence institutionnelle* » (les deux DS). En réponse, une démarche proactive du DS représente un levier. Elle repose notamment sur une communication de sa vision, pour la rendre signifiante, et des objectifs fixés aux CPP, pour mieux communiquer sur la stratégie et donner du sens. Il utilise les effets de l'interaction, dont nous rappelons qu'elle permet la mise en relation des individus entre eux, contrairement à l'information qui relie les individus aux faits. Le DS se positionne alors comme un leader pour diriger, coordonner. Les propos du DRH2 vont en ce sens. Il verbalise que l'un des leviers est de trouver le bon niveau, « *grâce au dialogue et pas que de l'information descendante. Les CPP ont une certaine ambition, qu'il faut nourrir sans quoi le DS les perd* ». Pour le DRH1, la grandeur des pôles rend la gouvernance « *complexe et le DS pour garantir l'intérêt général doit impulser et entretenir une dynamique. Cela impose d'être avec eux et de leur consacrer du temps. Il dispose d'une structure avec beaucoup de compétences, il faut juste aller les réveiller* ». Du point de vue des chefs de pôle, il faut que « *le DS se positionne par rapport à la DRH, il faut qu'il s'autorise le droit de ne pas être d'accord avec le DRH, c'est à lui d'apporter la pertinence là où elle n'apparaît pas forcément évidente, aider les CPP et les médecins à la définir, pour cela il faut qu'il soit cohérent et exemplaire* ».

Dans la perspective de préconisations idoines, nous avons sollicité l'avis des CPP sur le projet managérial. Selon Chantal de Singly, le projet managérial, volet du projet social, permet de définir l'organisation et se fixer les priorités concernant l'encadrement. Elle

¹²⁷ CONTANDRIOPOULOS A-P, op cité.

propose de « rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme l'une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement »¹²⁸. Pour nous, nous l'associons à un modèle managérial au sens d'un schéma avec pour finalité une transparence et un partage sur le fonctionnement de la direction des soins. Pour six CPP, le projet managérial ne leur « évoque rien ». Pour les autres, ils le définissent soit comme « *une ligne de conduite formalisée sur la base de valeurs partagées* », soit comme « *l'identification d'une éthique professionnelle, support de la certification* » et ajoutent « *il n'existe pas mais j'aimerais bien* ».

2.4 Synthèse : De l'importance de la communication et du leadership

Notre enquête de terrain démontre que les CPP ont investi leur rôle gestionnaire en utilisant des outils support du dialogue de gestion entre la direction et les pôles. Cependant, les outils seuls ne suffisent pas pour créer l'interaction en réponse à l'enjeu de coordinations des acteurs à des niveaux décisionnels différents mais nécessairement convergents. Il faut une relation permanente et de proximité du DS vis-à-vis des pôles qui permet une compréhension mutuelle, un jugement de fiabilité favorisant la confiance. Les CPP, bien au fait des enjeux pour leur établissement, n'identifient le DS comme personne ressource, qu'à la condition d'un engagement fort de sa part. Dans le contexte de la nouvelle gouvernance, où le champ des relations humaines est central, le management hospitalier repose nécessairement sur la confiance. Une même vision du management des CPP partagée, notamment, avec le DH, les DRH et les chefs de pôle représente un atout pour le DS afin de valoriser le rôle de relais de la stratégie institutionnelle, identifié comme un rôle clé du CPP. Tous ces aspects réunis permettent au DS, qui se positionne comme un leader, de manager l'encadrement au profit d'une dynamique institutionnelle, gage de cohérence et *in fine* de performance.

¹²⁸ De SINGLY, op cité, p.15.

3 Une stratégie managériale en faveur d'un management à la confiance

A partir de notre travail de recherche et en nous inspirant de notre expérience vécue durant cette année de formation, nous formulons des pistes d'action en vue de répondre à l'enjeu d'établir et de maintenir une relation de confiance entre le DS et les CPP. Certaines propositions intègrent les chefs de pôle et les DRH compte tenu de leurs liens d'interdépendance, et rappelant que le DS « participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins »¹²⁹.

3.1 Une communication managériale structurée, explicite et affichée

Pour répondre aux besoins de lisibilité sur les orientations stratégiques et assumer leur rôle de relais des décisions institutionnelles, les CPP ont besoin d'objectifs formalisés. De même, ils sont demandeurs d'une communication qui soit plus que de l'information descendante avec la possibilité d'exprimer leurs points de vue. Enfin, ils attendent du DS de l'écoute et du dialogue, une reconnaissance et du sens dans leur travail quotidien. De son côté, le DS a besoin de CPP loyaux, qui lui assurent une remontée d'informations sur l'activité au sein de leurs pôles, qui s'impliquent dans la mise en œuvre des projets institutionnels et qui aient confiance. Nos propositions d'action se concentrent autour de la communication, centrée sur l'interaction et ancrée dans la réalité quotidienne.

A) Des temps de communication collectifs sur le versant institutionnel

Il s'agit d'organiser des réunions avec l'ensemble des personnels de l'encadrement supérieur. Nous intégrons, à ce stade de notre travail, les CSS affectés à la direction des soins et ceux positionnés en missions transversales, par exemple sur la démarche qualité. En effet, notre recherche c'est centrée sur les CPP pour les raisons déjà évoquées, mais nos propositions ne se limitent pas à eux. D'une part, nous pensons que la cohérence institutionnelle implique, de fait, l'adhésion de l'ensemble de l'encadrement supérieur à la politique managériale et que tous aillent dans le même sens. D'autre part, notre management serait contraire à nos valeurs d'équité et de cohérence, et à nos intentions d'un management fondé sur la relation de confiance relationnelle, si nous clivions à l'intérieur de l'équipe d'encadrement supérieur, les CPP d'un côté et les non CPP de l'autre. Nous englobons donc, dans nos propositions, l'ensemble des acteurs de l'encadrement supérieur. Les réunions d'encadrement visent à garantir le même niveau d'information à chacun, à expliquer les décisions prises par la direction et à communiquer notre vision, nous positionnant ainsi en leader. Nous avons vu que les réunions peuvent

¹²⁹ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010, op cité, article 4-III.

être davantage consommatrices de ressources, notamment humaines et temporelles, qu'elles ne produisent de résultats. De ce fait, certains écueils nécessitent d'être pris en compte pour faire des réunions, une vraie valeur ajoutée du management. Assister aux réunions ne doit pas représenter, pour les CPP et CSS, un effort non consenti mais être perçu comme utile. C'est en ce sens, qu'elles représentent un outil managérial. Parmi les écueils, nous citons leur durée. Dans le cadre de notre formation, un consultant en communication nous indiquait qu'une réunion ne doit pas excéder une heure trente¹³⁰. Au-delà, la durée peut être perçue à la fois comme une contrainte pour les participants qui peuvent, par conséquent, être tentés de ne pas y assister, priorisant leurs activités, et être contre productive en ne débouchant sur rien de concret. Un autre écueil est lié à leur contenu. Si le DS ne procède qu'à de l'information descendante sans prévoir un temps de débriefing permettant aux CPP de s'exprimer, alors ces derniers peuvent considérer qu'ils « doivent être présents mais tenus de se taire »¹³¹. Les échanges vont permettre de créer une dynamique collective et de donner du sens. En donnant du sens, le pôle n'est pas réduit à un échelon organisationnel. Il est considéré comme un échelon opérationnel, intégré dans une vision globale, celle du projet d'établissement. En pratique, le DS arrêtera l'ordre du jour à partir de la dernière réunion et des points soulevés au travers du débriefing qui méritent d'être repris de façon plus approfondie. Il complètera cet ordre du jour de sujets d'actualité comme, actuellement sur notre lieu de stage, les mesures prises dans le cadre du plan triennal et leurs impacts sur le plan de formation. Nous pensons que l'ordre du jour ne doit pas être décidé unilatéralement. C'est rappeler, d'une certaine façon, qu'un leader utilise son influence pour diriger et coordonner, il donne le sens, mais doit tout autant savoir partager. Ainsi, de notre point de vue, l'ordre du jour se construit aussi en tenant compte des propositions ou des suggestions des participants à la réunion, ce qui est une manière de les impliquer. A charge pour le DS de distinguer ce qui relève d'une réunion d'encadrement de ce qui s'inscrit davantage dans une séance de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSRIMT). Tout en sachant que les frontières entre les uns et les autres sont poreuses, la réalité nous montre que le fond de la plupart des sujets est repris dans plusieurs instances, avec une adaptation du discours en fonction des personnes auxquelles il s'adresse. Cela montre aussi que l'hôpital est un système ouvert, avec des liens d'interdépendance à la fois en termes de structures et en termes d'acteurs. Il nous semble important et bénéfique que certains sujets soient directement présentés par les acteurs qui ont partie prenante dans le projet exposé. Cela permet de favoriser l'interaction et de valoriser les professionnels. L'ordre du jour prévoira un temps d'information sur des points d'actualité institutionnelle, ceux soulevés, par exemple, en directoire ou en CME. Le DS assure, ainsi, un lien entre

¹³⁰ GOURAUD F., Communication et gestion de crise, techniques et compétences communicationnelles au service de la pratique managériale, EHESP, DS 2015, cours du 30 juin 2015.

¹³¹ PATIN B., RUIILLER C, op cité.

les pôles et la direction, en relayant les informations nécessaires à l'encadrement pour conduire les projets et être aux faits des enjeux de l'établissement. Ce temps d'information ne doit pas être trop contraint pour laisser aux CPP la possibilité de poser des questions, sachant qu'une décision non comprise a de fortes chances d'être mal ou pas appliquée. Plus il y aura de transparence, plus il y aura d'informations qui circulent ce qui permet de mieux anticiper les impacts et au besoin de prévenir les conflits. Quel que soit l'ordre du jour, le déroulement de la réunion doit être préparé, très structuré et respecter la durée annoncée. Il est important qu'un temps de la réunion soit consacré aux questions diverses et que ce temps, prévu à l'ordre du jour, soit effectif. Nous avons pu observer la frustration de CSS qui n'avaient pas pu poser les questions qu'ils avaient préparées en vue de la réunion lorsque la durée ayant été largement dépassée, le DS a clôturé celle-ci. Ne pas obtenir de réponses est l'un des griefs des CPP à l'encontre du DS. De plus, afficher un ordre du jour mais ne pas le respecter impacte la congruence et donc la confiance. Un compte rendu de réunion sera réalisé par l'un des CPP/CSS, validé par le DS et diffusé à l'ensemble des CS. L'ensemble de ces critères nous semblent conférer une réelle utilité aux temps de réunion. *In fine*, la qualité des réunions participent à reconnaître le leadership du DS, capable « d'établir une direction »¹³².

B) Des temps de communication individuels sur le versant des pôles

Il s'agit, pour le DS, de formaliser des rencontres individuelles avec chacun des CPP et CSS. Programmées entre deux réunions d'encadrement, elles ont un double objectif : celui d'informer le DS des projets en cours et à venir au sein du pôle, ce qui permet notamment d'apprécier leur articulation avec le projet de soins, et celui de prendre connaissance de problématiques que le CPP rencontre dans son pôle. Certains dossiers abordés au cours de l'entretien, comme des redimensionnements d'effectifs ou l'ouverture d'un nouveau service, nécessitent un travail de réflexion. Dans ce cas, un deuxième temps serait programmé pour travailler les dossiers sur le fond. Le DS du centre hospitalier dans lequel nous effectuons notre troisième stage, nous dit : « *la clé est la capacité du DS à se rendre disponible quand il y a un besoin pour le CPP de le rencontrer* ». Dans cette perspective, il a convenu qu'en fonction de la nécessité d'approfondir certains sujets, chaque CPP prend rendez-vous avec lui auprès de son assistante qui a la main mise sur son agenda. La relation de confiance se tisse donc aussi avec l'assistante de la direction des soins, à qui le DS confie des tâches de planification de ses rendez-vous comme des temps forts de la direction des soins, à l'image des réunions et des séances de la CSIRMT. Cette organisation profite à tous. Le DS rencontre les CPP de façon régulière et conventionnelle. C'est une façon de maintenir une dynamique institutionnelle au niveau des pôles, puisque dans le contexte de la

¹³² Directeurs et cadres, Le mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social, op cité.

nouvelle gouvernance, les CPP sont, reprenant les propos de notre maître de stage, « *la porte d'entrée du DS dans les pôles* ». Somme toute, c'est aussi pour le DS se donner les moyens d'être en mesure de conseiller le DH dans sa prise de décision. En même temps, le DS se décharge d'une gestion de ses rendez-vous, qui pourrait être consommatrice de temps sans plus-value en regard. De leur côté, les CPP obtiennent des réponses à leurs demandes. Notre enquête nous a révélé que le défaut de réponse du DS aux questionnements des CPP a un effet nuisible sur la confiance. Avec cette structuration, ils savent qu'ils ont, de façon rituelle, une rencontre avec le DS tous les 15 jours et la possibilité de le rencontrer plus fréquemment pour traiter ensemble de dossiers complexes. Ils restent à la fois autonomes dans leur pôle et en lien avec le DS auprès duquel ils rendent compte. De la sorte, le DS représente pour les CPP leur supérieur hiérarchique et une personne ressource, grâce à l'accompagnement méthodologique qu'il leur apporte. Quant à la secrétaire, elle a une autonomie dans son travail en ayant un accès direct à l'agenda du DS. Ceci lui permet d'organiser le planning du DS et les activités de la direction des soins avec une liberté d'action, tout en ayant eu au préalable les consignes lui permettant de prendre des initiatives sans pour autant dépasser son champ de compétences. Cette autonomie joue comme un facteur favorisant la satisfaction au travail¹³³. Parallèlement, le DS veillera à reformuler régulièrement aux CPP, au cours de leurs rencontres formalisées, sa proposition de leur venir en appui pour faire passer des messages aux équipes du pôle. Cela renforce son engagement d'être une personne ressource auprès des CPP et d'incarner un leader, c'est-à-dire un manager qui consacre du temps à ses collaborateurs, s'engage et veille à réduire les défauts de communication entre les différents niveaux de gouvernance interne.

Pour donner plus de force à la communication ainsi structurée et ritualisée, nous proposons de la rendre explicite et visible par tous au sein de l'institution, en recourant à l'élaboration d'une charte, entendue comme un cadre de référence qui motive l'action.

C) Une charte pour renforcer la valeur d'engagement

Elaborer une charte, c'est afficher une volonté de transparence qui constitue un élément de la confiance. De même, une charte managériale nous semble réductrice d'incertitude. Quand les règles sont définies, réfléchies et écrites collectivement, les acteurs concernés savent ce qui est attendu et organisé. Pour l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), la charte est un document qui décrit l'organisation interne et qui a valeur de règlement intérieur. Les règles que les professionnels concernés se fixent constituent un cadre de travail « sécurisant et équitable pour tous »¹³⁴. Le contenu de la charte porterait sur les objectifs et les activités, à l'instar des réunions et des espaces de discussion, que

¹³³ OIRY E., Cours de Master II, RH option conditions de travail et compétences, Aix-Marseille Université, 2005-2006.

¹³⁴ Journée ARS-ANAP Bretagne, Synchronisons nos temps autour du patient, 3 juin 2015.

nous développons ci-après, et des éléments organisationnels à l'image du rythme des réunions, des modalités du compte rendu en termes de charte graphique et de diffusion. Ce formalisme augmente la dimension prescriptive du travail, dont l'un des écueils est de rigidifier le système. Néanmoins, la charte, en formalisant les règles de fonctionnement, explicite ce qui est convenu. Pour que les règles aient un effet structurant, elles s'élaborent ensemble. Cela évite les malentendus, les interprétations subjectives et les positions équivoques qui impactent la congruence et la fiabilité. Nous avons pu entendre, sur l'un de nos terrains d'enquête, l'incompréhension des CS, exerçant comme CPP, face à un manque de clarté dans la définition du public concerné par les réunions d'encadrement. Celles-ci, identifiées « réunions d'encadrement supérieur », excluaient par définition les CS de proximité. Le public concerné n'étant pas explicite, les CPP non CSS ne s'autorisaient pas d'y assister. Or, le contenu de la réunion les concernait aussi. Ce manque de précision a pu fragiliser le positionnement des CS concernés. Aussi, comme l'énonce le directeur d'établissement de notre dernier stage, il y a des « *choses évidentes qu'il vaut mieux écrire* »¹³⁵. La charte est, en ce sens, une façon d'identifier la place de chacun et contribue à reconnaître le rôle des acteurs dans la gouvernance institutionnelle. Ceci représente un facteur positif de la performance des organisations. Pour ces raisons, les avantages de la charte nous paraissent supérieurs à l'inconvénient d'ajout de norme. Le DH ajoute que, pour la rendre opposable, il est nécessaire de faire valider la charte en instances. Cela permet, outre le caractère opposable, d'afficher institutionnellement les valeurs partagées, comme la transparence et l'équité, qui encadrent la politique managériale définie par le DS. Chacune des parties prenantes serait signataire de la charte. Chaque année, dans le cadre des entretiens d'évaluation, il serait intéressant d'évaluer la dynamique mise en place, de façon à réajuster des règles de fonctionnement ou des comportements qui seraient contraires à l'esprit de la charte. La co construction des règles de fonctionnement avec l'ensemble des acteurs concernés, est une garantie que le sens donné sera respecté. A titre d'exemple, nous avons expérimenté, dans le cadre de notre formation actuelle, l'usage d'une charte dans le contexte de la recherche de poste en vue de notre affectation future. Celle-ci est conditionnée aux postes proposés, ce qui introduit un enjeu fort pour chacun des élèves. En effet, chacun souhaite obtenir ce qu'il veut, être choisi et choisir et appréhende d'occuper un poste par défaut. Autant dire que la recherche d'affectation, cinq mois avant la fin de notre formation, cristallise a priori toutes les tensions et la stratégie de l'acteur au sens sociologique du terme, au risque de faire voler en éclat la cohésion de groupe bâtie depuis six mois. Pour prévenir ce risque préjudiciable à l'esprit de groupe et de corps, nous, les quatre délégués de la promotion dont je suis, avons fait le choix de proposer une charte explicitant la démarche dans laquelle nous nous engageons pour réussir ce

¹³⁵ Directoire du 28 septembre 2015.

passage obligé. Certains ont signifié leur scepticisme vis-à-vis de la charte, d'autres ont exprimé à demi-mots leur opposition. Nous avons poursuivi notre objectif, convaincus du bien-fondé d'explicitier via un document écrit nos valeurs et principes d'actions. De plus, nous étions encouragés dans notre initiative par notre responsable de filière. Notre charte, validée par lui, a été présentée à l'ensemble de la promotion (annexe 7). Chacun a pu s'exprimer quant au contenu. En définitive, tous l'ont signé. La période d'affectation passée, force est de constater à l'unanimité que les principes d'action affichés, guidés par une volonté de transparence, ont largement contribué à non seulement vivre cette période sereinement mais qui plus est de gagner en esprit de groupe. Cette expérience nous fait dire que, souvent, les acteurs ont intégré ce que l'on attend d'eux, mais tant que ce n'est pas écrit, cela reste implicite et sujet au sens que chacun veut bien lui donner. La charte s'apparente à un contrat moral entre les parties prenantes. C'est aussi une façon de signifier que les parties ont réussi à se mettre d'accord sur des modalités de fonctionnement et l'optimisation des ressources. La confiance étant un construit social, le seul affichage d'une charte ne suffit pas. Son élaboration ne vaut que comme renforcement des actes effectivement réalisés, avec récurrence.

La charte pourrait, en outre, représenter un facteur d'attractivité dans la mesure où elle rend compte d'aspects du fonctionnement de la direction des soins. Dans le cadre de recrutements, la charte compléterait le profil de poste. Le candidat pourrait y trouver des repères déontologiques du management et des éléments organisationnels. En tant que document de référence, la charte donne du sens et de la cohérence aux actions managériales, ce qui est plutôt sécurisant, « personne ne souffrant de trop bien comprendre le pourquoi de ses actions »¹³⁶.

3.2 Des actions en faveur de la cohésion et du soutien de l'encadrement

Face aux risques de balkanisation des pôles, d'un manque de transversalité entre les pôles, voire d'un cloisonnement entre membres d'un même groupe de CPP/CSS, le tout préjudiciable à l'équilibre institutionnel, trois dispositifs nous semblent en faveur du développement d'une dynamique collective. Le préalable, néanmoins indispensable à la réussite de ces méthodes, est l'assurance d'une relation de confiance, d'où l'importance, en amont, d'avoir une communication managériale structurée, formalisée et partagée. A défaut, la parole ne sera pas libre et ni les CPP, ni les chefs de pôle ne se livreront en présence de membres de l'équipe de direction.

¹³⁶ De SINGLY C., op cité.

A) La formation conjointe

L'objectif est de faire se rencontrer autour d'une thématique d'actualité, telle que la conduite du changement en établissement de santé, des CPP, des chefs de pôle, le président de la CME et des directeurs tels que le DS, le DRH et autres directions fonctionnelles parties prenantes. S'interroger ensemble sur la façon de faire passer les messages, sur la manière d'anticiper les enjeux ou encore comment ne pas communiquer nos propres craintes, présente un intérêt dans un environnement très complexe et instable à l'image de l'hôpital. Participer ensemble à une même formation, animée par un consultant extérieur, nous semble un bon moyen d'apprendre à mieux comprendre et se faire comprendre. C'est un levier managérial que nous pourrions impulser en nous appuyant sur le binôme que nous souhaitons former avec le DRH. A ce titre, nous précisons qu'il nous semble important d'afficher, à la vue des équipes soignantes au sens large, un tandem fort, synchrone et symétrique DS/DRH, eu égard à notre complémentarité dans le management des personnels soignants. La formation est, aussi, une opportunité de prendre du recul, favorable à l'ajustement mutuel qui représente un soutien à la coordination entre des acteurs dont les logiques professionnelles se confrontent parfois. La valeur ajoutée est de partager une même vision dans des domaines incontournables à l'instar de la qualité des soins. En pratique, la formation doit se limiter à deux jours, permettant ainsi à chacun de se libérer. Délocalisée, elle favorise la mise à distance de son activité quotidienne et participe au développement d'un sentiment d'appartenance institutionnelle.

La formation conjointe pourrait, également, s'envisager dans une approche territoriale. Il s'agira alors de réunir les professionnels sus mentionnés issus d'établissements différents et appartenant à un même groupement hospitalier de territoire (GHT). La formation créerait une convenance de rencontre entre des partenaires qui partagent des intérêts communs, mais qui n'ont pas nécessairement l'occasion, voire l'habitude de se regrouper.

B) La création d'espaces de discussion

Le deuxième outil de cohésion repose sur la mise en place d'espaces de discussion. L'exercice professionnel du cadre est un exercice plutôt solitaire. Les espaces de discussion, dont le principe repose sur des réflexions collectives autour de l'activité réelle du travail, seraient une façon d'apporter « un complément social à l'autonomie, une socialisation qui manque au héros solitaire de la performance »¹³⁷. Notre enquête a mis en exergue le souhait « *d'un collectif cadre entretenu par le DS* »¹³⁸. Ségolène Journaud, chargée de mission au sein de l'agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT), énonce que les espaces de discussion sont sous-tendus par cinq conditions :

¹³⁷ SAINSAULIEU I., Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers, Revue française d'administration publique, n° 128, avril 2008, p. 674.

¹³⁸ Cf. p. 31.

une approche collective, une discussion centrée sur l'expérience du travail, un cadre et des règles construits, l'ancrage dans l'organisation et la visibilité que cela produit¹³⁹. Le respect de la confidentialité de ce qui s'y énonce, l'écoute entre pairs, le respect mutuel et le non jugement nous semblent des critères indispensables à la réussite et à la pérennité de ces moments d'échanges collectifs. Parallèlement, nous pensons que l'animation de ces groupes de discussion doit être assurée par les CPP eux-mêmes. Le DS, en tant que supérieur hiérarchique, ne serait pas présent pendant les échanges, au risque de limiter la liberté d'expression. Son rôle est d'impulser la dynamique, de s'assurer de leur tenue régulière, de leur conférer une visibilité, notamment avec la charte managériale, et de les soutenir pour maintenir la dynamique. En définitive, pour le DS, il s'agit de promouvoir chez les CPP un sentiment d'appartenance à un même groupe capable de réflexions professionnelles qui viennent alimenter la stratégie institutionnelle et nourrir le dialogue social. Les espaces de discussion sont pensés comme un outil managérial contribuant pour l'encadrement au maintien du sens de son activité. Il y a des prérequis à la réussite d'un collectif cadre, celui notamment d'en définir précisément la finalité. Ce peut être la régulation collective, la concertation, la résolution de problèmes ou le développement professionnel, ce qui s'apparente aux groupes d'analyse de pratiques. La logique qui sous-tend le collectif est la coopération entre pairs dans l'intérêt commun. Pour les CPP, les bénéfices espérés sont de partager les difficultés et les solutions, d'identifier des risques et des opportunités perçus par chacun, de réguler entre eux et de créer ou de renforcer le lien social. Ils visent à cibler leurs besoins et les faire travailler ensemble en l'absence du DS, auquel ils assureraient une remontée d'informations. Le déficit d'échanges entre les membres d'une équipe et le manque de confrontation de la diversité de points de vue peut conduire à des prises de décisions basées sur des représentations partielles, ce qui renforce notre intérêt pour ce dispositif.

C) La tenue d'un séminaire sous l'égide de la direction des soins

Nous proposons qu'une fois par an, la direction des soins organise une journée dédiée à des présentations publiques dans le domaine de l'organisation du travail. La finalité est de valoriser le rôle majeur « d'acteur pionnier du changement », reconnu aux CPP¹⁴⁰. Dans le cadre d'un projet majeur pour l'établissement qui a des impacts forts sur les pôles, comme le virage ambulatoire ou le développement d'une filière gériatrique, le retour d'expérience dans le cadre d'un séminaire pourrait être une forme de reconnaissance de l'implication de l'encadrement au sein de l'institution. La direction des soins accompagnerait le pilotage, la conception, la communication interne et externe et l'organisation de la journée sous le format des journées professionnelles soignantes

¹³⁹ JAOUËN M., Discuter du travail pour mieux le transformer, Travail & changement, n° 358, janvier/février/mars 2015, p.2.

¹⁴⁰ GRANDJEAN P., FERMON, B., Op cité.

ouvertes au public. Ce serait une façon de promouvoir les pratiques managériales innovantes et de donner une visibilité au travail des cadres. En effet, le rôle d'interface de l'encadrement, aux frontières entre les différents services du pôle et entre le pôle et la direction, est un travail essentiel mais invisible¹⁴¹. Il nous semble que la présentation publique de partages d'expériences autour de pratiques managériales réussies est une façon vertueuse de reconnaître aux cadres leur « valeur ajoutée pour emmener le système hospitalier vers la performance »¹⁴².

D) Le rôle de facilitateur du DS envers le pôle

Le DS a un rôle de facilitateur auprès des CPP. En tant que membre de l'équipe de direction, il est un porte-parole des CPP/CSS et peut faire passer des messages auprès de la direction générale comme des directions fonctionnelles, notamment au cours d'un comité de direction ou d'un directoire. Il peut aussi faciliter une rencontre CPP/direction fonctionnelle. Enfin, il peut favoriser la compréhension, par un binôme CPP/chef de pôle, des enjeux et des impacts d'une décision institutionnelle sur la qualité des soins par exemple, en se rendant disponible pour leur apporter un éclairage supplémentaire. Nous pensons, par exemple, à une situation particulière vécue au cours de notre troisième stage. Au détour d'une discussion avec un chef de pôle, celui-ci nous a dit apprécier que le directeur des affaires financières et le directeur de la stratégie participent à leur initiative, une fois par trimestre, à la réunion du trio de pôle, sans ni en être le directeur référent ni se substituer à lui. Cela lui permet d'avoir des explications qui l'aident dans son pilotage. Nous pensons que cela peut également s'étendre au DS, qui a un rôle pédagogique auprès des équipes, pédagogique étant entendu comme l'accompagnement en vue d'expliquer, notamment par la répétition et la traduction, les messages institutionnels. Le rôle de facilitateur relève plus de l'informel mais peut permettre de faire avancer les dossiers de façon accommodante, dans un environnement complexe comme l'est celui de l'hôpital. Ce rôle s'incarne, aussi, au travers du positionnement du DS pour défendre des conditions matérielles de travail satisfaisantes. Il peut venir en appui d'un CPP pour garantir la mise à disposition d'un bureau qui, dans le cadre de restructurations architecturales, peut être secondaire pour la direction des travaux par méconnaissance du travail des cadres. Ceci participe au respect et à la reconnaissance de l'activité réelle de travail des cadres, qui en réalité ne va pas toujours de soi. Pour exemple, un CPP que nous avons enquêté, affecté sur un pôle multi sites, nous a révélé ne pas avoir de téléphone ni fixe, ni sans fil et ce malgré plusieurs demandes faites auprès de la direction depuis 18 mois, mais non honorées. Cela le contraint à utiliser son téléphone personnel

¹⁴¹ BOURRET P., Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. Revue française d'administration publique, avril 2008, n° 128, p.1.

¹⁴² GRANDJEAN P., FERMON B. op cité, p.342.

pour son activité quotidienne de travail. Une intervention du DS peut s'avérer utile pour garantir des conditions de travail satisfaisantes aux cadres.

3.3 Une présence symbolique et significative de la direction des soins

A) Cas particulier d'un intérim de la direction des soins

Dans le contexte d'un centre hospitalier où la direction des soins compte un seul directeur des soins, il nous semble important de réfléchir, en amont, à une représentation de la direction des soins dans le cas d'une absence du DS. Cette absence peut être le fait d'une période longue de congés ou d'un intérim, comme c'est le cas concernant notre établissement d'affectation. L'enjeu est d'occuper l'espace en permanence et d'assurer une présence de la direction des soins pour maintenir le lien direction générale/pôle d'activités cliniques dans le champ de l'organisation et la qualité des soins. Pour ce faire, le DS proposerait une organisation qui permet d'intégrer les CPP à la vie institutionnelle, d'assurer une représentation de la direction des soins dans les différentes instances, commissions et sous-commissions et de continuer pour les CPP à être impliqués dans les projets institutionnels. En définitive, il s'agit pour la direction des soins de garder une proximité avec la direction générale en occupant physiquement le terrain continuellement.

B) Cas d'un établissement multi sites

Le CH dans lequel nous effectuons notre dernier stage est comme le CH de notre affectation, multi sites. Que les sites périphériques représentent des pôles spécifiques, comme les soins de suite et réadaptation ou qu'ils soient des prolongements de pôles existants au sein du site principal, il nous paraît fondamental que le DS maintienne un lien fort avec l'encadrement des sites. Pour cela, les réunions d'encadrement doivent les inclure de fait. Occasionnellement, nous pourrions envisager qu'elles se tiennent à cet endroit. Cela imposerait une contrainte de déplacement pour une majorité de professionnels, mais cela participe à la mise en acte de la valeur d'équité. Dans la situation d'intérim sus spécifiée, les CSS de site seraient intégrés à l'organisation mise en place. En plus des réunions auxquelles les CSS de sites participeraient, il nous semble important que le DS effectue un déplacement sur les sites périphériques tous les 15 jours à la rencontre des CSS, sur le même principe que celui avec les CPP internes au site principal. De même, à la demande du CSS, le DS peut venir en appui pour faire passer des messages institutionnels ou apporter un soutien affiché au CSS au cours d'une réunion avec les CS ou les équipes de soin.

C) Un directeur des soins présent physiquement dans les pôles

En dehors des cas où le DS se déplace dans le pôle à l'occasion d'une réunion de trio de pôle ou à la demande d'un CPP, nous pensons que le DS qui se montre auprès des

équipes soignantes dans leur contexte de travail renforce la confiance que les professionnels peuvent ressentir. Cette pratique doit, cependant, être convenue avec le CPP, pour éviter que cela soit perçu comme de l'ingérence, mais bien comme une marque de soutien. Symboliquement, les visites ponctuelles et informelles du DS dans les services nous semblent permettre aux équipes de s'apercevoir qu'elles ne sont pas en dehors des préoccupations de la direction des soins et que celle-ci est à leur écoute.

D) Une valorisation du travail des CPP

Le DS qui mise sur la visibilité et la présence de la direction des soins, comme nous venons de l'évoquer, traduit aussi sa volonté de donner une lisibilité à la fonction, au rôle et au travail du CPP. Lorsque le CPP est amené à se positionner dans une instance ou à défendre un projet, il communique sur ses activités, ses contraintes, ses priorités. C'est également une façon de responsabiliser les CPP. En participant à la vie institutionnelle, ils ont un devoir d'information envers leurs collègues. En ce sens, être le représentant de la direction des soins les oblige à réaliser des feedbacks, ce qui encourage la mise en commun de l'information et le respect mutuel entre CPP. L'interaction permet l'échange d'informations et de tendre vers une vision unifiée des situations et donc un partage des solutions. La relation de confiance entre pairs, ainsi encouragée par le DS, viendrait renforcer la relation managériale en elle-même.

3.4 Synthèse

Plus que de reconnaissance a posteriori, les cadres ont besoin de confiance a priori. Cette confiance n'est pas une donnée de l'organisation. Elle se construit dans le temps et sous certaines conditions¹⁴³. Nous avons proposé plusieurs pistes dans le champ de la communication managériale en tant que levier d'une dynamique collective favorable à la cohérence institutionnelle. Certaines s'inscrivent à court terme, comme la tenue de réunions et les rencontres individuelles, d'autres s'organisent à moyen terme à l'image du séminaire ou de la formation. Toutes demandent à être éprouvées en situation réelle, mais il nous semble qu'elles apportent des éléments de réponse à l'enjeu de la nécessaire relation de confiance entre le DS et l'encadrement, pour contribuer au pilotage performant de l'institution hospitalière. Avant d'être productrice de résultats, l'organisation mise en place est productrice de comportements. Nous proposons cette stratégie managériale, qui implique les personnels, pour trouver les bonnes voies de parvenir ensemble à la performance hospitalière. *In fine*, nous nous positionnons en leader, capable de communiquer notre vision du management et de la rendre signifiante avec une exigence du maintien d'un équilibre entre nos valeurs, notre discours et nos actes.

¹⁴³ De SINGLY C., op cité, tome 2, annexe.

Conclusion

Depuis la Nouvelle Gouvernance, introduite par le Plan hôpital 2007 et dans son prolongement la loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires de 2009, les pôles d'activités cliniques et médico-techniques représentent l'une des composantes essentielles de l'institution hospitalière. Ils constituent un niveau intermédiaire du pilotage médico-économique de l'hôpital auquel le principe de subsidiarité attribue un pouvoir de décision. Des apprentissages collectifs et organisationnels ont été réalisés depuis 2005, incitant à des évolutions internes et à une acculturation des équipes médico-soignantes au dialogue de gestion. Néanmoins, l'utilisation seule des outils ne suffit pas à l'atteinte de la performance hospitalière. Celle-ci, en tant que construit social, suppose l'interaction entre les différents membres qui composent l'organisation. Dans l'esprit du bilan des pôles dont la littérature se fait l'écho, nous reconnaissons aux CPP des compétences gestionnaires et managériales qui leurs confèrent un rôle essentiel de relais des décisions de la direction. De même, nous identifions la fonction de la direction des soins comme étant une fonction support aux services producteurs de soins. Dans ce contexte, notre travail de recherche s'inscrit dans une approche sociologique. Nous avons fait le choix de nous intéresser à l'exercice professionnel des CPP, ainsi qu'à leurs besoins et leurs attentes à l'égard du DS. Il nous paru nécessaire d'élargir notre questionnement aux relations du DS avec d'autres acteurs, à l'image des DRH et des chefs de pôle, pour mieux identifier l'intérêt d'une vision managériale partagée. En tant que futur directeur des soins, et dans le cadre d'une prise de poste à court terme, nous souhaitons réfléchir à notre positionnement et notre politique managériale la mieux à même de répondre aux enjeux mis en exergue par notre étude du terrain transposables à ceux auxquels nous allons être confronté demain. Parmi ceux-ci, figure la nécessaire relation de confiance à construire avec les CPP. Cela nécessite un engagement fort de la part du DS. Il s'agit pour lui de mobiliser des compétences sociales comme savoir reconnaître le travail de ses collaborateurs et savoir communiquer une vision. La relation de confiance à construire s'entend, aussi, à l'intérieur du collectif des CSS, pour une dynamique institutionnelle forte en faveur de la performance hospitalière. Cet objectif nécessite pour le DS de parvenir à mettre suffisamment de transversalité entre les pôles pour éviter le risque de balkanisation. *In fine*, il s'agit, pour le DS, de prendre en compte des éléments essentiels et interdépendants. Il lui faut se positionner à la fois comme un membre de l'équipe de direction, capable d'éclairer le DH dans sa prise de décision, comme un partenaire du directeur des ressources humaines avec lequel il est complémentaire et comme une personne ressource auprès des cadres paramédicaux et des chefs de pôles pour leur apporter une lisibilité sur les orientations stratégiques, un soutien dans les projets et une écoute de leurs difficultés. En cela, le rôle DS est celui d'un leader, capable d'influencer et

de coordonner des individus autour d'un objectif commun pour répondre à la mission première de l'hôpital, à savoir la prise en charge de qualité des usagers. Dans cette perspective, notre enquête de terrain nous oriente vers des propositions d'actions qui privilégient, pour beaucoup, la communication. Guidé par des valeurs de loyauté, de transparence et de congruence, il s'agit, pour nous, de nous appuyer sur des outils en faveur de l'interaction permettant de partager une vision, de fixer des objectifs et de donner du sens aux actions. De cette façon, il nous semble possible de répondre aux attentes fortes des acteurs avec lesquels nous allons travailler au quotidien. Parmi ces outils nous faisons référence, notamment, à la tenue de réunions avec des exigences de structuration permettant d'en faire une réelle valeur ajoutée managériale. Complétées de rencontres individuelles régulières avec les CPP, elles permettent les échanges et garantissent au DS une remontée d'informations afin d'avoir une vision globale de l'activité et ainsi d'éclairer la prise de décision du DH. Notre engagement à représenter une personne ressource pour les CPP nous conduit à penser qu'il est nécessaire de se montrer accessible et visible. En ce sens, nous concevons d'être présent ponctuellement en proximité dans les services de soin, en appui ou non du CPP, mais en concertation préalable avec lui pour ne pas laisser place à des malentendus propices à la défiance et au délitement du lien social. Pour renforcer notre légitimité, nous nous devons, également, d'entretenir des liens étroits avec le DRH, tout en veillant à conserver notre identité de directeur des soins au fait des organisations de soins et des compétences attendues des acteurs de la chaîne de production de soins.

Le prolongement de notre recherche serait d'étendre la relation de confiance du DS avec l'encadrement supérieur à celle du DS avec l'encadrement de proximité. Dans un enjeu de cohésion institutionnelle, nous nous sommes intéressés à la façon de mettre en œuvre la dynamique permettant de lier les pôles à la direction. Nous pourrions nous situer sur le versant de l'autonomie et interroger la façon dont le DS se positionne pour être à la fois dans une relation de confiance avec les CSS et avec les CS. Cela passe sans doute par le respect du périmètre d'action de chacun, reconnaissant, ainsi, le rôle de l'encadrement supérieur envers l'encadrement de proximité. Cela passe aussi par la valeur d'exemplarité, convaincu de l'effet miroir. Autrement dit, le management du DS envers les CSS se reflète dans le management des CSS envers les CS. La CSIRMT nous apparaît comme un moyen dont dispose le DS pour impulser et entretenir une relation avec les CS et les équipes soignantes, sans empiéter sur le management du CSS au risque d'introduire de la méfiance, préjudiciable à la confiance et en définitive à l'atteinte de la performance hospitalière.

Bibliographie

Ouvrages

ALTER N., Donner et prendre. La coopération en entreprise. *Editions La Découverte*, 2009. 232 p.

DETCHESSAHAR, M. Santé au travail, Quand le management n'est pas le problème mais la solution. *Revue française de gestion*, 2011, no 5, 204 p.

GRANDJEAN P., FERMON B. Performance et innovation dans les établissements de santé. 2015, 480 p.

IMBERT M., BROUARD V. La communication managériale : Méthodes et bonnes pratiques *Dunod*, 2015, 257 p.

NOBRE T., LAMBERT P. *Le management de pôles à l'hôpital.: Regards croisés, enjeux et défis.* *Dunod*, 2012, 256 p.

OGIEN A., QUERE L. Les moments de la confiance : Connaissance, affects et engagements. Paris, France. *Economica*, 2006, Etudes sociologiques, 232 p.

RANCHON H., Construire son management d'équipe, sept leviers d'action pour une équipe performante, *Collection formation permanente, Edition ESF*, 240 p.

Rapports

De SINGLY C., Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, *Ministère de la santé et des sports*, septembre 2009.

Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Tome 2, Monographie de dix métiers et groupes métiers sensibles, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, *Edition ENSP*, 2007.

FELLINGER, F, BOIRON, F. Mission Hôpital Public. Rapport technique, Rapport au ministre, 2012.

TOUPILLIER D., YAHIEL M., Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, *Ministère du travail, de l'emploi et de la santé*, janvier 2011.

ZEGGAR H, VALLET G, TERCERIE O, et al. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. *IGAS*, 2010.

Textes législatifs et réglementaires

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, titre 1er, article 5.

Décret n°201-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

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

Articles de périodiques

BOURRET P., Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, avril 2008, n° 128.

BRUN JP., DUGAS N. La reconnaissance au travail: analyse d'un concept riche de sens, *Gestion*, février 2005, vol.30.

COUDRIER C, POTEL G, JASPARD H, *et al.* Concilier performance et management par le sens et la confiance. *Gestions hospitalières*, 2012, no 521.

DESBROSSE D., la nouvelle gouvernance hospitalière, *adsp*, n°72, septembre 2010.

DETCHESSAHAR M. Santé au travail : quand le management n'est pas le problème, mais... la solution ? *Revue française de gestion, Édition Lavoisier* 2011, no 5.

Directeurs et cadres, *Le mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social*, n° 9, mars 2012, Dossier : Revêtir le costume de leader.

DIVAY S, GADEA C, Congrès AFSP (association française de sciences politiques) Paris 2013 : Les politiques de réforme de l'Etat et des services publics : une approche par les activités des cadres intermédiaires de l'administration.

DORTIER JF., Dossier : La confiance, un lien essentiel, *Sciences Humaines*, n°27, juin 2015.

FENDER R., MANGEMATIN Y., HUSSON J., ALBRECHT A., Redonner du sens au travail : essai de modélisation de la reconnaissance au travail, *De Boeck supérieur*, 2011/2 n°8.

FRAY, A.M, Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, *Management & avenir*, 2009, vol 28, n°8.

GLARDON P-H, LE GALIARD L., « Comment promouvoir la performance des pôles »?, *Revue hospitalière de France*, n° 538, janvier-février 2011.

JAOUËN M., Discuter du travail pour mieux le transformer, *Travail & changement*, n° 358, janvier/février/mars 2015.

LETEURTRE H. MALLÉA P. Performance et gouvernance hospitalières: à jour de l'ordonnance du 2 mai 2005, 2005.

MOISDON, J-C. L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, 2010, vol. 1, n°1.

MOUSLI M., « Il y a management et management », *Alternatives Economiques*, hors série N° 79, 1^{er} trimestre 2009.

PELLETIER G., Les formes de leadership, Approches américaines, *Sciences Humaines*, hors série n°20, mars - avril 1998.

RAVEYRE M., UGHETTO P. Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, 2003, vol. 3, no 3.

REINHART S., Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ? Thèse de doctorat. Université Paris 8, 2001.

SAINSAULIEU, I. Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmiers, *Revue française d'administration publique*, n°128, avril 2008.

SCHWEYER, F-X Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins?. CRESSON G., SCHWEYER F.-X., Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques, *ENSP, Rennes*, 2000.

Documents

CADILHAC X., Gestion des ressources humaines, le recrutement dans la fonction publique hospitalière, cadres théoriques et aspects pratiques, EHESP, DS 2015, cours du 25 août 2015.

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

DHOS, ANAP, la loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre, 2010.

GOURAUD F., Communication et gestion de crise, techniques et compétences communicationnelles au service de la pratique managériale, EHESP, DS 2015, cours du 30 juin 2015.

LAUDE L., Gouvernance et leadership, EHESP, DS 2015, cours de mars 2015.

OIRY E., Cours de Master II, RH option conditions de travail et compétences, Aix-Marseille Université, 2005-2006.

Module interprofessionnel, Impact et efficacité des mesures de préventions des infections nosocomiales par des bactéries multi-résistantes - focus sur les entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC). Etude de terrain au CHU de Rennes, EHESP, juin 2015.

Référentiel de compétences des directeurs de soins, décembre 2001 mise à jour décembre 2013, EHESP, Direction des Etudes.

Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, EHESP, mars 2010.

SCHWEYER FX, Sociologie de l'hôpital et de l'action collective, Analyse culturelle, EHESP, DS 2015.

Autre source : Site Internet

<http://www.Cairn.info/article>

CHEVALLIER J., La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ?, 2003 consulté le 10 août 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance. 2008, consulté le 10 août 2015.

BLOMQUIST L, STÄHLE P., 2000, Building organizational trust, dans NEVEU, Valérie. La confiance organisationnelle: définition et mesure. PDF. 2004, consulté le 20 août 2015.

<http://dcalin.fr/publications/claudine.html>, consulté le 16 septembre 2015.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000246/index>

ZEGGAR H, VALLET G, TERCERIE O, et al. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. IGAS, 2010, consulté le 14 juillet 2015.

<https://halshs.archivesouvertes.fr/tel-00657653/document>, consulté le 10 août 2015.

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Repertoire-des-metiers-de-la.html>, consulté le 14 juillet 2015.

http://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/demarche-qualite_wk267/html, consulté le 16 septembre 2015.

Liste des annexes

- Annexe 1** : Grille d'analyse des entretiens avec les cadres paramédicaux de pôles
- Annexe 2** : Questionnaire pour les entretiens avec les cadres paramédicaux de pôle
- Annexe 3** : Questionnaire pour les entretiens avec les directeurs de soins
- Annexe 4** : Questionnaire pour les entretiens avec les directeurs des ressources humaines
- Annexe 5** : Questionnaire pour les entretiens avec les chefs de pôle
- Annexe 6** : Questionnaire pour l'entretien avec le directeur d'établissement
- Annexe 7** : Modèle de charte : charte d'affectation des élèves directeurs de soins

Annexe 1 : Grille d'analyse des entretiens avec les cadres paramédicaux de pôle

Thématiques	CAP	Questions	Attendus
La représentation de leur métier	C P	Pouvez-vous me présenter votre métier <i>Relance : concrètement ce que vous avez fait ces trois derniers jours</i>	Evoque et illustre des activités de gestion et de management.
	C P	Connaissez-vous le référentiel de compétence cadre de 2012 ? Selon vous, qu'est-ce qui a justifié son élaboration ?	Est au courant de l'actualité concernant sa profession. S'auto évalue.
	A P	Pouvez-vous me donner des exemples de compétences nécessaires à l'exercice de la fonction.	Identifie des savoirs, savoirs-être, savoirs-agir.
	C	Quels sont, selon vous les enjeux actuels pour l'établissement ?	A une vision globale de son établissement. Connait les priorités, les problématiques.
	P	Quelles sont vos priorités aujourd'hui dans votre exercice professionnel ?	Identifie des priorités individuelles et/ou collectives, au niveau du pôle et pour l'institution.
L'exercice du métier	C P	Avez-vous une fiche de poste ? Si oui, celle-ci correspond-elle à votre activité ?	Travail prescrit/travail réel.
	P A	Disposez-vous d'outils pour exercer vos activités ? Si oui, quelle en est la (les) finalité(s) ?	Niveau de maturité polaire Dialogue de gestion compétence gestionnaire Prise d'initiative, adaptation
	A	De quoi avez-vous besoin aujourd'hui ?	Le CPP en exprimant des besoins, traduit certains manques dans sa pratique. Comment réagit-il face aux besoins qu'il identifie.
	A P	Quels liens faites-vous entre ces enjeux et votre fonction de CPP ?	Se positionne comme acteur clé, relais de la politique institutionnelle. Va dans le même sens que la direction Pilotage opérationnel
	A P	Que pensez-vous des contraintes auxquelles vous avez à faire face ?	Prise de recul, capacité à identifier des perspectives pour l'organisation. Capacité à innover, à entreprendre.
	P	Au sein du pôle, y a-t-il des postes vacants de CS de proximité. Si oui, quels en sont les impacts sur votre exercice professionnel. Quelles sont les perspectives ?	Lien avec la démographie des CS. Impacts en termes de report de charge de travail, marge de manœuvre, perspective de recrutement. Pas d'impact : processus des « faisant fonction », auto alimenté.

	C P	Avez-vous bénéficié d'une formation d'adaptation à l'emploi lors de votre prise de poste ?	Est au fait de la loi HPST Sa prise de poste a été accompagnée. Reconnaissance d'un nouveau métier avec de nouvelles compétences attendues. Renforcer la dynamique institutionnelle par des formations inter pôle et réunissant chef de pôle et CPP.
Attentes et relations	A P	Avez-vous des attentes vis-à-vis du directeur des soins ? Au quotidien, trouvez-vous une réponse à vos attentes ? Pouvez-vous me donner des exemples.	Le CPP souhaite obtenir ou voir se réaliser certaines choses, qu'elle pense possibles.
	C A	Selon vous, quelles sont les attentes de la direction vis-à-vis d'un CPP ?	Les attentes sont connues et sont en corrélation avec les dires des DS et comment il réagit face aux attentes qu'il identifie.
Le management du directeur des soins	A P	Quelles sont pour vous les personnes ressources dans votre établissement ? A quelle occasion et à quelle fréquence les rencontrez-vous ?	Le CPP désigne 1 ou des personnes qu'il sollicite comme appui dans des situations précises.
	A P	A quand remonte la dernière fois où vous avez rencontré le directeur des soins ? Quelle en était la raison ? Quelle forme a pris cette rencontre ? Qui en a pris l'initiative ?	Existence ou rupture dans la relation managériale. Intensité de la relation, rencontre formelle, informelle.
	C P	La direction vous associe-t-elle aux projets ? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples	LE CPP est au fait des projets institutionnels, y est-il associé directement ou indirectement : légitimité du CPP, place dans l'institution.
	A P	Des objectifs formalisés par le directeur des soins vous sont-ils fixés ? Si non, qu'en pensez-vous.	Sens des missions du CPP, communication managériale, suivi, évaluation et contrôle.
	C A P	Que pouvez-vous me dire du management du DS	Fait référence au mode de management (déléгатif, ...), fait référence au style (autoritaire, leadership), Fait référence à la structure : réunions, projet de soins. Quelles sont ses réactions en réponse au management identifié. Son positionnement face à ce management.
	C P	Que vous évoque la notion de projet managérial ? Celui-ci vous semble-t-il nécessaire ?	Formalisation des principes, valeurs, objectifs de fonctionnement de la direction des soins. Assimiler à une charte. Témoignage d'un engagement dans une démarche d'amélioration des pratiques managériales pour fédérer, renforcer la reconnaissance du travail, valoriser les compétences.

Annexe 2 : Questionnaire pour les entretiens avec les cadres paramédicaux de pôle

Questions

1. Pouvez-vous me présenter votre métier

Reformulation : concrètement ce que vous avez fait ces trois derniers jours

2. Connaissez-vous le référentiel de compétence cadre de 2012 ?

Selon vous, qu'est-ce qui a justifié son élaboration ?

3. Pouvez-vous me donner des exemples de compétences nécessaires à l'exercice de la fonction.

4. Avez-vous une fiche de poste ? Si oui, celle-ci correspond-elle à votre activité ?

5. Disposez-vous d'outils pour exercer vos activités ? Si oui, quelle en est la (les) finalité(s) ?

6. De quoi avez-vous besoin aujourd'hui ?

7. Quels sont, selon vous, les enjeux actuels pour l'établissement ?

8. Quels liens faites-vous entre ces enjeux et votre fonction de CPP ?

9. Que pensez-vous des contraintes auxquelles vous avez à faire face ?

10. Avez-vous des attentes vis-à-vis du directeur des soins ? Au quotidien, trouvez-vous une réponse à vos attentes ? Pouvez-vous me donner des exemples.

11. Selon vous, quelles sont les attentes de la direction vis-à-vis d'un CPP ?

12. Quelles sont pour vous les personnes ressources dans votre établissement ?

13. A quelle occasion et à quelle fréquence les rencontrez-vous ?

14. A quand remonte la dernière fois où vous avez rencontré le directeur des soins ? Quelle en était la raison ? Quelle forme a pris cette rencontre ? Qui en a pris l'initiative ?

15. La direction vous associe-t-elle aux projets ? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples

16. Des objectifs formalisés par le directeur des soins vous sont-ils fixés ? Si non, qu'en pensez-vous. ?

17. Que pouvez-vous me dire du management du DS

18. Que vous évoque la notion de projet managérial ? Celui-ci vous semble-t-il nécessaire ?

19. Au sein du pôle, y a-t-il des postes vacants de CS de proximité. Si oui, quels en sont les impacts sur votre exercice professionnel, Quelles sont les perspectives ?

20. Avez-vous bénéficié d'une formation d'adaptation à l'emploi lors de votre prise de poste?

21. Quelle sont vos priorités aujourd'hui dans votre exercice professionnel ?

Annexe 3 : Questionnaire pour les entretiens avec les directeurs des soins

Ancienneté dans l'établissement

Ancienneté dans la fonction

Ancienneté dans le poste :

Poste occupé précédemment :

Poste de directeur référent :

Axe Relation

1. Comment qualifiez-vous votre relation avec les CPP ?

Celle-ci correspond-elle à ce que vous souhaitez ?

2. Entretenez-vous des relations avec le PCME ?

Si oui : de quelle nature, selon quelles modalités, à quelles occasions, sur quels sujets ?
Comment qualifiez-vous cette relation en trois mots ?

3. Entretenez-vous des relations avec le DRH ?

Si oui : de quelle nature, selon quelles modalités, à quelles occasions vous rencontrez-vous, sur quels sujets ?

Comment qualifiez-vous cette relation en trois mots ?

4. Entretenez-vous des relations avec les chefs de pôle ?

Si oui, de quelle nature, avec tous les chefs de pôle, uniquement celui du pôle ?

5. Comment qualifiez-vous cette relation en trois mots ?

Axe Management

6. Quels sont les enjeux pour l'établissement aujourd'hui ?

7. Avez-vous des attentes vis-à-vis des CPP ? Si oui, de quelle nature,

8. Quels sont selon, les atouts et les limites à l'exercice de la fonction de DS ?

9. Comment définissez-vous votre mode de management ?

Comment le mettez-vous en œuvre ?

10. Que vous apporte comme enseignements l'entretien d'évaluation annuel avec les CPP ?

Axe conditions de travail

11. Existe-t-il des postes vacants de cadres de proximité ?

Si oui, cela a-t-il des impacts sur l'exercice professionnel du CPP ?

Si oui, en quoi ?

Annexe 4 : Questionnaire pour les directeurs des ressources humaines

Ancienneté dans l'établissement :

Ancienneté dans la fonction :

Ancienneté dans le poste :

Poste occupé précédemment :

Axe Relation

1. Pour vous, que représente le directeur des soins ?
2. Quelles relations entretenez-vous avec le directeur des soins ?, qu'en attendez-vous ?

Selon quelles modalités,

3. Avez-vous ou abordez-vous ces points ensemble ?

Axe Management

4. Comment percevez-vous le rôle et le positionnement du directeur des soins ?
5. Quel(s) sont, selon vous, les enjeux pour le directeur des soins, aujourd'hui ?
6. De quels leviers disposent, selon vous, le directeur des soins ?
7. Qu'est-ce qui distingue, selon vous, le directeur des soins du président de la CME ?
8. Que vous évoque l'évolution du métier de cadre ?

Annexe 5 : Questionnaire pour les entretiens avec les chefs de pôle

Statut : PU-PH - Pr - PH Chef de service - Contractuel

Ancienneté dans l'établissement :

Ancienneté dans la fonction :

Ancienneté dans le poste :

Poste occupé précédemment :

Formation suivie dans le cadre de la prise de fonction de chef de pôle :

Oui,

Non, Si non, est-elle prévue, l'avez-vous demandé

Axe Relations

1. Entretenez-vous des relations avec le directeur des soins ?

Si oui, comment qualifiez-vous en trois mots clés vos relations

Si oui, vos relations sont de quelle nature (formelle, informelles) et s'exercent selon quelles modalités (rencontres régulières, instances), et concernant quels sujets ?

2. Quels sont, selon vous, les enjeux d'une relation effective DS-chef de pôle ?

Axe gouvernance partagée

3. Avez-vous des attentes vis-à-vis du DS concernant le management des CPP ?
4. Pensez-vous qu'il existe des écueils aujourd'hui, à la nouvelle gouvernance ?
5. Avez-vous signé un contrat de pôle ?

Annexe 6 : Questionnaire pour l'entretien avec le directeur d'établissement

Ancienneté dans l'établissement :

Ancienneté dans la fonction :

Ancienneté dans le poste :

Poste occupé précédemment :

Axe Relation

1. Quelles relations que vous entretenez avec le directeur des soins ?

(Nature, modalités, fréquence, intensité)

Axe Management

2. Que pouvez-vous me dire du management des CPP ?
3. Selon vous, quels sont les enjeux pour la direction des soins aujourd'hui ?
4. Selon vous, de quel(s) levier(s) dispose(nt) le directeur des soins pour favoriser la dynamique institutionnelle au niveau des pôles ?
5. Quels sont aujourd'hui les enjeux pour l'établissement ?

Elèves Directeurs des Soins 2015

Promotion Charlie

Charte d'affectation

Préambule : L'objet de la présente charte est d'assurer à chacun les meilleures conditions de recherche d'affectation et de préserver la cohésion de la promotion. Elle constitue un engagement moral de chacun à ce que cette période se déroule dans le respect des valeurs de notre métier de Directeur des Soins.

Phase de recherche des postes

Article 1 : Les délégués d'affectation (DA) s'engagent à respecter les principes de transparence et de neutralité dans l'exercice de leurs missions. A ce titre, ils s'engagent à transmettre l'ensemble des informations dont ils disposent sur les postes au CNG et à l'ensemble de la promotion.

Article 2 : En matière de prospection de postes susceptibles d'être vacants, les DA sont les interlocuteurs uniques des établissements et des différents partenaires institutionnels.

Article 3 : Les élèves de la promotion s'engagent à transmettre aux DA toute information, vacance ou ouverture de postes dont ils auraient connaissance, en respectant les mêmes principes de transparence et de neutralité qui s'imposent aux DA.

Ils s'engagent ainsi à ne pas démarcher les établissements concernés dans le but de se faire connaître d'eux ou d'y postuler avant même la parution de la liste des postes vacants.

Article 4 : Les élèves de la promotion s'engagent à passer par les DA pour toute communication avec le CNG. Cette communication se fera uniquement par mail institutionnel.

Phase de recherche d'affectation

Article 5 : Après la publication des postes, un recensement des intentions de positionnement sur les postes publiés aura lieu lors d'une réunion plénière de la promotion. Les élèves DS dont les postes sont fléchés s'engagent à ne pas postuler sur d'autres postes.

Article 6 : Les élèves de la promotion s'engagent à

- informer les DA de tous les postes sur lesquels ils sont pressentis, de manière probable ou certaine.
- Informer les DA des postes sur lequel ils postuleront dans le cas où ils ne sont pas retenus sur leurs premiers choix

Cette communication se fera uniquement par mail institutionnel.

Article 7 : Les DA s'engagent à transmettre le tableau de suivi à la promotion tous les 10 jours et à assurer une permanence sur la période des vacances estivales.

Article 8 : Les élèves retenus sur au moins 2 postes s'engagent à se retirer d'un des postes dans un délai de 48h. Le délai débute à partir de la date à laquelle l'élève sait être retenu sur le 2^{ème} poste.

Article 9 : Les élèves s'engagent à ne pas changer d'affectation après que la réponse ait été donnée par le recruteur et a été confirmée par le CNG.

Article 10 : Les DA, en tant que membres à part entière de la promotion, sont soumis aux mêmes engagements que les autres élèves dans cette phase d'affectation.

Date

Nom, Prénom et signature

AKLI	<Florence>	<Décembre 2015>
Directeur des soins Promotion 2015		
Le management du directeur des soins dans une configuration en pôle Un enjeu de leadership		
<p>Résumé :</p> <p>La mise en place de pôles d'activités cliniques constitue un élément central de l'évolution du management à l'hôpital. Notre intérêt s'est porté sur les compétences et les attitudes des cadres paramédicaux de pôles. Notre objectif est de comprendre leurs actions et d'identifier leurs besoins et leurs attentes, afin de définir une politique managériale adaptée à la réalité de terrain. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cadres paramédicaux de pôles au sein d'établissements de deux typologies différentes. Ils se complètent de rencontres avec des directeurs de soins, des chefs de pôles, des directeurs de ressources humaines et d'un directeur d'hôpital. En tant que futur membre de l'équipe de direction et collaborateur des responsables de pôles, il nous a semblé opportun d'interroger leur représentation du management. Ce travail de recherche nous a permis de réfléchir à la façon dont nous souhaitons incarner la fonction de directeur des soins.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Directeur des soins – Cadre supérieur de santé – Nouvelle Gouvernance – Management – Relation professionnelle – Communication – Leadership – Travail en équipe – Performance</p>		
<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></p>		