



EHESP

Directeur des soins

Promotion : 2015

Date du Jury : ***Décembre 2015***

**Directeur des soins et cadres
paramédicaux de pôle: Quelle
collaboration en établissement public
de santé.**

Véronique MONTÈS

Remerciements

Mes sincères remerciements,

A Véronique, ma colocataire, mon binôme, mon amie, avec qui j'ai partagé mes doutes et mes vraies questions depuis deux ans et sans qui, l'année de formation, éloignée de mes proches, aurait été difficile.

A l'ensemble de mes collègues de la promotion « CHARLIE », pour cette année riche en débats d'idées, partages d'expériences, moments sportifs et pour la convivialité tout au long de la formation.

A l'ensemble des professionnels de santé que j'ai interviewé - en particulier Amélia - et rencontré en stage, pour leur disponibilité et la richesse de leurs échanges.

A mes maîtres de stage, Marie-Pierre et Guillaume, pour leur disponibilité, leur écoute, les discussions et conseils prodigués pour mon futur métier de directeur des soins.

A l'ensemble des intervenants durant ma formation à l'EHESP et en particulier à Jean-René LEDOYEN, pour son écoute, ses vraies questions et ses conseils précieux. Ainsi qu'à Nelly, pour sa disponibilité et sa réactivité.

Et bien sûr, à Christiane, Katy, Mathilde, Pascal et Maxime, pour leurs encouragements et leur solide soutien sans lesquels, « notre projet » n'aurait pas abouti.

Sommaire

Introduction	1
1 Eclairage contextuel et approche conceptuelle.....	7
1.1 Un empilement de réformes qui a modifié l'organisation à l'hôpital et décentralisé le management.....	7
1.1.1 Un cadre législatif évolutif	7
1.1.2 Vers une gestion médico-économique	8
1.1.3 L'encadrement polaire à l'hôpital.....	9
1.2 Le directeur des soins dans la nouvelle gouvernance	12
1.2.1 De l'infirmière générale au directeur des soins.....	12
1.2.2 Le positionnement du directeur des soins	14
1.2.3 Un rôle de soutien pour les cadres et d'accompagnement pour les pôles ..	15
1.3 D'une logique hiérarchique vers une logique de collaboration	17
1.3.1 Un rôle d'interface pour le directeur des soins.....	17
1.3.2 La collaboration entre le directeur des soins et les cadres de pôle.....	20
2 A l'écoute des professionnels	23
2.1 Objectifs de l'enquête et méthodologie.....	23
2.1.1 Population enquêtée	23
2.1.2 Outils de recueil	24
2.1.3 Limites de l'enquête	24
2.2 Résultats des analyses	24
2.2.1 Analyses de l'expression des directeurs des soins.....	25
2.2.2 Analyse de l'expression des cadres paramédicaux de pôle.....	30
2.2.3 Analyse de l'expression des chefs de pôle.....	34
2.3 Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses	36
3 Préconisations.....	39
3.1 Une collaboration à construire.....	39
3.1.1 Instaurer une relation de confiance pour collaborer.....	39
3.1.2 Développer la proximité avec le terrain	40
3.1.3 Reconnaître et valoriser les réussites de ses collaborateurs	41
3.2 Un positionnement institutionnel du directeur des soins	41
3.2.1 Accompagner les pôles dans la déclinaison de la politique institutionnelle .	41
3.2.2 Elaborer et partager le mode de fonctionnement de la direction des soins .	42
3.2.3 Programmer des rencontres avec chaque cadre paramédical de pôle	44
3.3 Une culture managériale partagée	45

3.3.1	Elaborer le projet de soins infirmiers de rééducation, médico- technique....	45
3.3.2	Favoriser le partage de pratiques professionnelles managériales.....	46
3.3.3	Etablir le rapport annuel d'activités de la direction des soins	46
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Nota bene : d'un point de vue purement formel, nous précisons ici que les citations bibliographiques sont placées entre guillemets dans un style de police normal. Tandis que les propos des personnes interviewées sont placés entre guillemets et en italique.

Liste des sigles utilisés

AFDS : Association Française des Directeurs des Soins
ARS : Agence Régionale de Santé
CAP : Cadre administratif de Pôle
CDP : Chef De Pôle
CDS : Cadre De Santé
CGS : Coordonnateur Général des Soins
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLUD : Comité de Lutte Contre la Douleur
CME : Commission médicale d'établissement
COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPP : Cadre Paramédical de Pôle
CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique
CSP : Cadre Supérieur de Pôle
DH : Directeur d'Hôpital
DS : Directeur des Soins
FPH : Fonction Publique Hospitalière
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISA : Indice Synthétique d'Activité
MCO : Médecine - Chirurgie - Obstétrique
ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PCME : Président de la Commission médicale de l'Etablissement
PEC : Prise En Charge
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Projet Régional de Santé
PSIRMT : Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
SROS : Schéma régional de l'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité
PAQSS : Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Introduction

L'hôpital connaît, depuis plus de dix ans, des réformes majeures qui ont modifié le management hospitalier et les lignes hiérarchiques des différents acteurs appelant ainsi à développer de nouveaux modes de fonctionnements plus collaboratifs. Tout particulièrement depuis l'ordonnance du 2 mai 2005 qui a initié l'organisation en pôles d'activité dans les établissements et la loi HPST du 21 juillet 2009¹ l'a conforté.

Les pôles sont renforcés, notamment à travers le rôle des chefs de pôle et aussi par la contractualisation interne assortie de délégation de gestion concédée par le directeur d'établissement.

Cela se traduit par un accroissement du rôle et des compétences des chefs de pôles, qui deviennent des managers s'impliquant davantage dans les problématiques, et dans la gestion budgétaire de leur pôle, de l'établissement.

Pour les directeurs des soins, la loi HPST vient finaliser les évolutions managériales initiées par l'ordonnance de mai 2005. Le DS président de la CSIRMT devient membre de droit du directoire, avec voix consultative à la CME. Ces évolutions se concrétisent à travers le décret 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH. Il est membre de l'équipe de direction et a un rôle de conseil auprès du directeur.

Aujourd'hui, l'organisation polaire est généralisée dans les établissements publics, selon des modalités qui semblent pertinentes². Généralement il est retrouvé au niveau du pôle un trio constitué ; d'un chef de pôle (CDP), d'un cadre paramédical de pôle (CPP) et d'un directeur référent de pôle. Ce directeur référent peut être en charge d'une direction fonctionnelle comme par exemple les ressources humaines, ou de la direction des soins. Ainsi, dans chaque pôle, se constitue une « équipe dirigeante de pôle » qui collabore plus ou moins, pour arriver à faire fonctionner le pôle et atteindre les objectifs partagés du projet de pôle, et cela, le plus souvent, dans des situations de tensions économiques et sociales.

Avec la mise en place des pôles, le directeur des soins, voit ses missions évoluer vers plus de stratégie au sein de l'équipe de direction et il s'enrichit d'une vision transversale d'accompagnement des pôles. Le directeur des soins est à l'interface de l'équipe des CPP et de l'équipe de direction.

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

² Rapport des conférences hospitalières, 2014, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé », pp 2.

Pour cela, les CPP sont de véritable relais, de véritables collaborateurs pour le DS dans la mise en œuvre des politiques institutionnelles et dans la transmission des informations. Leur collaboration est indispensable pour rendre les organisations efficaces et assurer la qualité des soins, la gestion des risques.

Les immersions professionnelles durant l'année de formation de directeur des soins à l'EHESP, et les échanges avec les élèves directeurs de la promotion, nous ont permis de découvrir l'organisation en pôles d'activités et de mieux appréhender le rôle des différents acteurs dans la nouvelle gouvernance.

Nous avons pu nous rendre compte que la collaboration entre le DS et les CPP n'est pas toujours opérationnelle, et que les CPP ne transmettent pas toujours les informations stratégiques aux DS.

Et donc, de ce fait, le DS peut se retrouver « éloigné » des pôles et des équipes soignantes, de leurs problématiques et manquer d'informations sur le fonctionnement des pôles, sur les organisations de soins en place et sur les dysfonctionnements. Eloigné de la réalité du terrain, le DS peut être confronté à des difficultés pour argumenter, pour défendre un dossier en réunion de direction.

Cet éloignement des pôles et ce manque de collaboration avec les CPP font que le DS peut manquer d'éléments nécessaires à la prise de décision et à son positionnement.

- Alors, comment peut-il être stratégique, force de propositions pour le directeur, s'il n'a pas les informations ?
- Comment peut-il être en appui des pôles si la collaboration avec les CPP n'est pas opérationnelle?
- Comment peut-il positionner la direction des soins aux instances s'il n'a pas les connaissances stratégiques des pôles?
- Et comment peut-il être dans la transversalité et veiller à la cohérence institutionnelle ?

Ainsi, Il peut arriver que le directeur référent de pôle puisse avoir une meilleure connaissance du fonctionnement et des organisations des soins d'un pôle que le DS. Il peut également arriver que le DS soit informé d'un projet ou d'une décision du pôle par le directeur référent du pôle lors d'un comité de direction, ou au cours d'un bureau de pôle lorsqu'il est invité à y participer.

- Mais alors, Quels intérêts peuvent avoir les CPP à collaborer avec le DS ?

Du côté des CPP, ce manque de collaboration et d'échanges d'informations avec le DS peut entraîner leur « isolement » dans « leur pôle », des difficultés de gestion de leur pôle et un manque de compréhension des orientations stratégiques attendues. Cette situation peut aboutir au découragement des CPP.

- En supra, dans l'équipe de direction, comment le DS fait-il pour collaborer avec les CPP ?
- Comment peut-il développer un management impliquant, pour s'assurer de la mise en œuvre du projet de soins et des politiques institutionnelles dans les pôles ?
- Comment créer les bonnes conditions de travail à la direction des soins pour développer un travail de co-construction avec les CPP ?

Car le directeur des soins peut rapidement se trouver marginalisé et en difficulté pour assurer la cohérence institutionnelle des soins entre les pôles et pour piloter des projets transversaux.

Ainsi, la question de la collaboration entre le directeur des soins et les cadres paramédicaux de pôle nous paraît fondamentale pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le DS du fait de ses fonctions, a un positionnement de plus en plus distancié du terrain et de l'opérationnel. La loi HPST lui a consacré une place nouvelle en le positionnant membre du directoire, instance au sein de laquelle il a une place particulière. « Il a un rôle d'interface, de « décodeur », il est celui vers qui tout le monde se tourne quand le débat s'enlise.... Sa valeur ajoutée : le regard transversal sur une organisation qui doit rester centrée sur le patient, tout en gagnant en efficience. »³

Ses contributions au directoire, sont définies par le référentiel métier⁴. Il participe au positionnement stratégique de l'établissement sur le territoire et aux coopérations entre établissements. Il conçoit la politique des soins en cohérence avec la stratégie et les ressources techniques, financières et humaines de l'établissement.

Le DS peut ainsi apporter son expertise au directeur de l'établissement en matière de politique des soins. Comme le prévoit le décret du 29 septembre 2010 portant statut au corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, «le directeur des soins coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ».

³ ANTHONY-GERROLD.H Juin 2014 Cours « Directeur des soins et Gouvernance »-EHESP

⁴ Référentiel métier du directeur des soins, 2010, DGOS, 12 p

Pour cela, il doit bien connaître les organisations et bien connaître les différentes problématiques de l'établissement. Le DS a donc besoin d'avoir la remontée des informations, des innovations, des dysfonctionnements des équipes dirigeantes des centres opérationnels que sont les pôles d'activités.

Et d'autre part, parce que, la qualité des relations entre les CPP et le DS peut influencer le regard et l'appréciation que porteront les CDP sur le DS. Ce regard, cette appréciation est importante, car elle va à son tour conditionner les relations de travail entre le DS et les CDP.

Il en est de même pour la qualité des relations entre le DS et le président de la CME. En effet, la qualité de leurs relations va influencer le regard que posera la communauté médicale sur le DS et l'envie de collaborer avec lui.

Le manque d'informations sur le fonctionnement des pôles est une vraie question pour le DS et nécessite de s'interroger sur ce qui peut être mis en place en amont pour ne pas se retrouver dans cette situation.

A partir de ce constat, nous pouvons nous poser la question suivante :

Avec la mise en place des pôles, quel doit être le positionnement du directeur des soins pour avoir des relations efficaces avec les cadres paramédicaux de pôle ?

Plusieurs hypothèses permettent d'explorer cette question :

- Le métier de DS a évolué et ses missions sont d'un niveau plus stratégique et moins opérationnel. Le DS assure un rôle d'accompagnement des pôles et de soutien des CPP.
- La capacité du DS à se positionner, contribue à l'élaboration d'une relation efficace avec les CPP.
- Il existe des leviers pour le DS pour instaurer la collaboration avec les CPP et aussi des freins

La première partie de ce travail consiste à amener un éclairage avec les apports théoriques, qui correspond au cadre conceptuel. L'analyse du contexte nous permettra de mieux appréhender la question centrale.

La deuxième partie sera consacrée à l'analyse des données collectées lors de l'enquête réalisée auprès des directeurs de soins, des cadres paramédicaux de pôles et des chefs de pôle. Cette analyse permettra de vérifier les hypothèses posées.

Puis dans la troisième partie, en lien avec l'analyse croisée des différents entretiens, nous dégagerons quelques préconisations professionnelles pour un futur directeur des soins.

1 Eclairage contextuel et approche conceptuelle

1.1 Un empilement de réformes qui a modifié l'organisation à l'hôpital et décentralisé le management

1.1.1 Un cadre législatif évolutif

En France, selon l'INSEE, les dépenses de santé sont de plus en plus importantes et ont atteint 11.7% du produit intérieur brut en 2013. Cette augmentation s'explique en partie par le vieillissement de la population et la montée des maladies chroniques telles que l'asthme, le cancer, le diabète, le virus de l'immunodéficience humaine et la maladie d'Alzheimer qui concernent plus de 15 millions de français. Ces pathologies nécessitent des prises en charges complexes, longues, qui impliquent de nombreux professionnels de santé qui doivent se coordonner. Ces maladies représentent deux tiers des dépenses de santé et constituent un véritable enjeu de santé publique.

Face à ce constat, et dans le but de maintenir notre système de santé basé sur le principe de solidarité, les pouvoirs publics ont pris depuis plusieurs décennies des mesures pour maîtriser les dépenses de l'assurance maladie et pour assurer l'accès à tous les usagers à des soins de qualité. Ces mesures sont faites pour responsabiliser à la fois les professionnels de santé et les assurés sociaux.

C'est dans cet esprit que la loi n°83-25 du 19 janvier 1983, portant sur diverses mesures relatives à la sécurité sociale, instaure dans son article 4, un forfait journalier qui doit être supporté par toutes personnes hospitalisées dans un établissement de santé. En parallèle cette loi prévoit dans son article 8 la mise en place d'une dotation globale annuelle de financement, fondée sur taux directeur en vue de freiner les dépenses. En effet, jusque-là, les établissements de santé étaient financés au prix de journée forfaitaire d'hospitalisation, ce qui n'incitait pas à optimiser les séjours et qui encourageait à garder les patients pour occuper les lits.

Afin de réguler l'offre de soins, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a un objectif de rationalisation contrainte de l'organisation sanitaire. Pour cela, elle prévoit la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire et l'obligation pour les établissements d'élaborer un projet d'établissement. Cette loi définit aussi, la notion de contrat d'objectif et de moyen, et, pour les cliniques, elle fixe un objectif quantifié national. Le SROS permet de déterminer la politique sanitaire régionale en fonction des besoins de la population. Actuellement, ce sont les SROS- PRS qui sont élaborés par les agences régionales de santé pour chaque territoire de santé. Ils ont

également pour objectif d'inciter les établissements publics et privés à coopérer et d'élaborer un projet médical de territoire en vue de rationaliser et optimiser l'offre de soins.

Les ordonnances du 24 avril 1996, appelées ordonnances Juppé, mettent en place les agences régionales d'hospitalisation dans le but de piloter cette régulation de l'offre de soins et pour une meilleure répartition de l'enveloppe de l'ONDAM entre les établissements. Elles modifient le modèle de dotation globale de financement des établissements en introduisant, la mesure de leur activité par le PMSI et en fonction d'un indice d'efficience : le coût du point ISA.

Les ordonnances du 24 avril 1996 initient la procédure d'accréditation pour favoriser une meilleure organisation des établissements et les amener à promouvoir une politique de développement continue de la qualité des soins. Modifiée à plusieurs reprises, cette procédure d'accréditation assurée par la Haute Autorité de Santé, porte aujourd'hui le nom de certification et entre dans sa quatrième version : V2014. Tous les établissements de santé publics et privés font l'objet d'une visite de certification. La V2014, se veut plus axée sur la capacité des établissements à maîtriser leurs propres risques et à évaluer leur capacité à s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

1.1.2 Vers une gestion médico-économique

Le plan Hôpital 2007 est à l'origine de plusieurs réformes : la réforme du financement des établissements publics de santé, la réforme de leur gouvernance interne et un plan de relance immobilier.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 traite de la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que du régime des autorisations des établissements, qui devient plus contraignant pour une meilleure répartition de l'offre de soins. A ce jour, le régime des autorisations des établissements de santé relève de l'ordonnance du 23 février 2010 et est soumis aux ARS. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a également permis de supprimer la carte sanitaire qui a été remplacée par le SROS et a introduit la notion de territoire de santé. Le territoire de santé n'est pas forcément lié au découpage administratif des départements et des régions.

C'est la loi du 18 décembre 2003, qui instaure la rémunération des établissements publics et privés en fonction de la mesure du volume et de la nature de leurs activités. C'est la mise en place de la tarification à l'activité, la T2A pour les établissements de MCO, à l'exception des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie. Cette réforme a bouleversé le régime budgétaire et comptable des établissements. La notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'établissement.

Cette mise en place progressive de la tarification à l'activité à partir de 2004 a demandé aux établissements de santé de passer d'une logique de demande de moyens à la tutelle, à une logique de résultats d'activité de l'établissement.

C'est un véritable travail d'acculturation que les différents acteurs ont à réaliser pour collaborer afin de réussir à assurer la pérennité financière de l'établissement. De façon caricaturale, il était fréquent que, seules les équipes de direction et en particulier le directeur d'hôpital soit préoccupé par les problématiques financières et économiques de l'hôpital, alors que la majorité des équipes médicales focalisent sur le fonctionnement de leur service et des moyens alloués. Encore bien souvent, l'adage : «la santé n'a pas de prix» était dans les discours des équipes soignantes. Or avec la T2A, c'est l'activité réalisée qui génère les recettes.

L'introduction de la T2A a induit la réforme de la nouvelle gouvernance décrite dans l'ordonnance du 2 mai 2005. Cette réforme traduit la volonté d'instaurer un dialogue médico-économique dans les établissements de santé en mettant en place une coordination entre les médecins et les administratifs. La gouvernance constitue un système de déconcentration de la prise de décision par les chefs de pôles en prenant en compte les problèmes de management des services, le financement à l'activité et la satisfaction des patients

Pour cela, la réforme crée d'une part, le conseil exécutif composé d'administratifs et de médecins qui prennent part au pilotage stratégique de l'établissement.

Et d'autre part, elle pose le principe de l'organisation en pôles cliniques et médico-technique à l'hôpital.

1.1.3 L'encadrement polaire à l'hôpital

Depuis 1941, l'hôpital était découpé en services de soins, à la tête desquels, un chef de service était nommé, «titre consacrant à la fois la reconnaissance d'un chef d'école

médicale mais aussi d'un responsable d'équipe auquel chacun, praticien hospitalier, infirmier ou patient peut se référer »⁵ Mais cette organisation ne s'avérait pas toujours efficace et adaptée à la spécialisation de la médecine et aux parcours des patients. Bien au contraire, cette organisation entraînait un fort cloisonnement entre les différents services et n'incitait pas aux mutualisations.

Avec l'ordonnance de 2005, c'est la modernisation de la gestion des établissements publics de santé qui est recherchée en incitant les services à se regrouper en pôles d'activités. Les établissements s'orientent donc vers une déconcentration de gestion vers le corps médical et un décloisonnement des logiques soignantes, médicales et administratives. « Le pôle devient l'échelon pertinent pour la gestion médico-économique. Il n'y a plus d'autres choix que d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension »⁶

Ainsi, des restructurations s'imposent aux établissements pour mettre en place les pôles et en cascades ce sont les organisations de travail qui doivent être repensées. Les compétences peuvent ainsi être mutualisées et les effectifs en personnels et la capacité en lits des services sont adaptés plus justement aux besoins.

La réforme appelle les équipes soignantes à se responsabiliser en les acculturant à une gestion, médico-économique et aussi, elle a pour finalité l'amélioration de la prise en charge des patients.

Quatre ans après, la loi HPST consacre l'organisation en pôles des établissements publics de santé et modifie la nomination des responsables de pôles, devenus des chefs de pôles. Le chef de pôle est désormais nommé par le directeur d'établissement, sur présentation d'une liste de proposition établie par le président de la CME pour les centres hospitaliers et établie par le président de la CME et le doyen pour les centres hospitalo-universitaires. Il n'est pas nécessaire pour les praticiens de posséder 5 ans d'exercice pour pouvoir être nommés et la durée du mandat est fixée à 4 ans renouvelables.

Avec la loi HPST, le chef de pôle voit son rôle et ses compétences renforcées, il devient le pilote, le manager des centres opérationnels de l'hôpital. A ce titre, il peut bénéficier d'une formation pour mieux assurer ses missions comme le précise le décret n°201-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé « Dans les 2 mois suivant leur nomination, le directeur

⁵ Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mise en place dans les établissements de santé » rapport IGAS 2010

⁶ Ibidem

propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercices de leurs fonctions. »⁷

Pour pouvoir gérer et piloter leurs pôles, la loi prévoit que les chefs de pôle bénéficient d'une délégation de gestion de la part du directeur d'établissement.

«Les chefs de pôles bénéficient d'une délégation de gestion et de moyens sur la base d'un contrat de pôle. Mais dans la très grande majorité des établissements de santé les contrats de pôles n'ont pas été signés. Et lorsque les directeurs ont contractualisé avec les chefs de pôle, le contenu du contrat est limité.»⁸

Ce constat est retrouvé dans le rapport des conférences hospitalières publié en 2014 sur le fonctionnement des pôles : « Le établissements ont développé la contractualisation avec les pôles, mais son contenu est variable, notamment sur la délégation de gestion et l'intéressement ... Les chefs de pôle semblent en attente d'une clarification importante en la matière, même si tous n'apparaissent pas demandeurs d'un approfondissement de délégations »⁹

Selon la mission de 2010 sur l'organisation en pôle, les équipes de direction sont souvent réticentes sur les délégations de gestion. Cela traduit leurs difficultés à accepter le principe même de la déconcentration de la gestion Elles ont un travail d'acculturation à faire au management déconcentré.

Un contrat de pôle est signé par le directeur et le chef de pôle après avis du président de CME et, pour les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. Il détermine les objectifs, l'ensemble des moyens et est assorti d'indicateurs de résultats.

Le chef de pôle est assisté par un ou des collaborateurs qui l'accompagnent dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des soins. Le plus souvent, il est assisté d'un cadre paramédical de pôle sélectionné suite à une candidature auprès de la direction. Bien souvent, ces cadres n'ont reçu aucune formation spécifique au management des pôles.¹⁰Le CPP peut avoir été CSS ou pas avant d'être nommé CPP.

Le chef de pôle peut avoir à ses côté un autre collaborateur qui est le cadre administratif de pôle, sélectionné lui aussi après candidature auprès de la direction. Son rôle sera

⁷ Ministère de la santé et des sports – ANAP 2009 « La loi HPST à l'hôpital : les clés pour la comprendre » pp 43

⁸ Rapport des Conférences hospitalières Mars 2014 : Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé. 32 pages

⁹ Ibidem

¹⁰ Ibidem

d'assister le chef de pôle et le cadre de pôle, en particulier dans l'analyse et le suivi des tableaux de bord. Mais force est de constater que : « Les centres hospitaliers ont pour plus de la moitié d'entre eux, identifié des directeurs référents des pôles »¹¹ en complément de leurs missions fonctionnelles. Leur rôle est d'accompagner les pôles dans la conduite de leurs projets et le dénouement des obstacles administratifs mais un des risques est qu'il « défendent » leur propre pôle et que leurs charges de travail soit trop importante. Le directeur référent de pôle n'a pas toujours la vision transversale que le DS peut avoir sur les organisations et les projets, ni son expertise en soins.

En effet, le directeur référent n'est généralement pas de formation paramédicale et n'a pas exercé comme professionnel dans les services de soins des pôles. Par conséquent, cela rend la compréhension des organisations plus difficiles. D'autre part, ses missions de directeur référent sont différentes, elles sont centrées sur un pôle. En effet, sa priorité ne sera pas de décloisonner, ni d'harmoniser les pratiques managériales des cadres contrairement au DS qui s'attachera à le faire.

Le rapport IGAS ¹²précise, que sur le terrain, ce trio de pôle (chef de pôle, cadre de pôle et Cadre administratif) assure donc un pilotage médico-soignant plutôt que médico-économique.

Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, afin de mener à bien sa politique de gestion et d'assurer le bon fonctionnement du pôle.¹³

1.2 Le directeur des soins dans la nouvelle gouvernance

Avant d'aborder le positionnement du DS nous allons reprendre l'évolution du métier de directeur des soins pour bien comprendre l'évolution de son rôle stratégique à l'hôpital.

1.2.1 De l'infirmière générale au directeur des soins

A la fin des années 60, les chefs d'établissements nomment à leurs côté des cadres issus de la filière infirmière pour coordonner les équipes soignantes à l'échelle de l'établissement. C'est l'époque des premières surveillantes générales.

¹¹ Rapport des Conférences hospitalières Mars 2014 : Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé

¹² Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mise en place dans les établissements de santé » rapport IGAS 2010.p 21

¹³ La Loi HPST à l'Hôpital : Les clés pour la comprendre Ministère de la santé et des sport- 2009 160 pages

Ce n'est qu'en 1975 dans la circulaire n°222/DH/4 du 31 juillet relative au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux des établissements d'hospitalisation publics, qu'apparaît la notion de service infirmier et crée le grade d'infirmier général,« ... l'action de l'infirmier ou de l'infirmière générale... devra tendre essentiellement à donner au service de soins ...la possibilité d'exercer dans les meilleures conditions psychologiques et d'obtenir ainsi la plus grande efficacité possible. »

Commence ainsi, le début d'une reconnaissance sur le terrain de la profession : l'infirmière générale prend place dans l'équipe de direction.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit la création dans chaque établissement d'un service de soins infirmiers et une commission du service des soins infirmiers (CSSI). Cette commission est présidée par le directeur du service des soins infirmiers. (DSSI).

C'est le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction hospitalière publique qui modifie le contour de la profession en créant le corps de directeurs des soins, coordonnateur général des soins. Sa zone de responsabilité s'étend aux paramédicaux des trois filières : infirmière, de rééducation et médico-technique. Les directeurs d'institut deviennent des directeurs des soins.

Le DS est choisi par le directeur chef d'établissement. Il dispose, par délégation de celui-ci, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

Puis, l'ordonnance du 2 mai 2005, rappelle le rôle essentiel du DS dans la coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, mission qu'il exerce notamment en s'appuyant sur la commission des soins dont les prérogatives sont élargies, notamment ce qui concerne l'organisation interne de l'établissement.

Le CGS est présent dans le conseil exécutif au choix du directeur.

Enfin, la loi HPST introduit des changements dans la gouvernance des hôpitaux et positionne le DS, comme CGS et président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, membre de droit du directoire.

Le DS devient membre consultatif de la commission médicale d'établissement.

A l'instar des directeurs d'établissements, la gestion du corps des DS est confiée au centre national de gestion.

«C'est le décret 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH, modifiant le décret du 19 avril 2002 qui confirme le rôle plus stratégique, plus politique et moins opérationnel des DS. La mention de l'autorité

hiérarchique sur les cadres de santé disparaît car désormais ne subsiste qu'un seul patron à l'hôpital : le Directeur de l'établissement.»¹⁴

Le directeur peut déléguer cette autorité hiérarchique au DS afin qu'il puisse assurer la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins.

- Si le DS n'a pas de fait l'autorité hiérarchique sur les cadres, alors comment fait-il pour asseoir sa légitimité dans ses actions et comment fait-il pour collaborer ?

La question se pose puisque sa tâche n'est pas facilitée avec la mise en place des pôles.

- Comment peut-il rendre visible dans sa ligne hiérarchique avec le trio de pôle ?
- Et ne doit-il pas se positionner comme un collaborateur incontournable en amenant une plus-value ?

1.2.2 Le positionnement du directeur des soins

La loi HPST consacre le directeur des soins, coordonnateur général des soins et président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques membre de droit au directoire.

Ainsi, le directeur des soins voit s'ouvrir devant lui de nouveaux champs de responsabilité. Ses missions s'élargissent comme le précise le référentiel métier du directeur des soins¹⁵. Elles relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel.

Le DS, sous l'autorité du directeur d'établissement, organise, contrôle et évalue, la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement. Il contribue dans le champ de ses compétences, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement. Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé à la gestion et au recrutement des personnels, autre que médicaux, contribuant aux activités de soins, il propose au directeur l'affectation de ces personnels, au niveau des pôles, en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles, et en tenant compte des compétences et des qualifications.

Sa participation aux instances de l'établissement et en particulier au directoire lui permet d'apporter son expertise en soins et en organisation. Ainsi, il pourra contribuer aux restructurations à mener au sein de l'établissement, aux redimensionnements des

¹⁴ www.directeurdesoins_afds.com/metier.asp consulté en ligne le 23 juillet 2015

¹⁵ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS - 2010 – Le référentiel métier du directeur des soins -12 pages

moyens des pôles cliniques et médico-technique, aux regroupements d'unités, aux mutualisations d'équipement, aux réorganisations des blocs opératoires, à l'optimisation des ressources humaines, etc.

En étant stratégique, réactif et prospectif, lors des prises de décisions, le DS pourra anticiper au mieux les réactions des acteurs concernés suites aux décisions prises pour améliorer les organisations et la qualité des soins.

« Au fur et à mesure du découpage en pôle, le besoin de réaffirmer la cohésion et la solidarité des différentes composantes des hôpitaux s'est imposé afin d'éviter la balkanisation »¹⁶. Un travail en transversalité, permettra de veiller à la cohérence des projets de pôle entre eux et avec le projet d'établissement. C'est son positionnement plus distancié par rapport au terrain, par rapport aux centres opérationnels que sont les pôles qui lui permet d'avoir une vision transversale de l'organisation.

Le DS doit travailler avec les équipes dirigeantes des pôles et en particuliers, avec les CPP qui constituent le noyau dur de l'équipe de la direction des soins. Ce sont eux qui assurent les relais entre les soignants et les administratifs.

1.2.3 Un rôle de soutien pour les cadres et d'accompagnement pour les pôles

«Les équipes de direction deviennent des directions support, qui doivent développer des relations clients avec les pôles»¹⁷

Les cadres de pôles sont souvent, « ... des cadres paramédicaux de pôle qui gèrent aujourd'hui des structures de plusieurs centaines de lits et d'équivalents temps plein, parfois plus importants en taille que certains établissements de santé »¹⁸

Les CPP sont les artisans de la mise en œuvre du projet de soins institutionnel au sein de leur pôle. Ils accompagnent les cadres dans la conduite de projet, ils font le lien entre les différents cadres de proximité, et participent aux organisations de soins. Par leur expertise soignante et managériale de cadre de proximité, ils sont capables de proposer des organisations plus adaptées aux contraintes budgétaires et aux activités médicales.

Ils forment avec les CDP un binôme qui partage les objectifs du pôle.

¹⁶ Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mise en place dans les établissements de santé » rapport IGAS 2010.p 37

¹⁷ Guy VALLET et Hayet ZEGGAR « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mise en place dans les établissements de santé » rapport IGAS 2010. Recommandation n°27 p41

¹⁸ ANTHONY-GERROLD H., Mars 2013, « Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution », Soins cadres, n°86, page 28

Avec la nouvelle gouvernance, c'est le principe de subsidiarité qui est posé.

« La subsidiarité vient du « latin subsidiarii, troupe de réserve, de subsidium, réserve, recours, appuis. Il est défini comme, le principe selon lequel une responsabilité doit être prise par le plus petit niveau d'autorité publique compétent pour résoudre un problème. C'est donc, pour l'action publique, la recherche du niveau le plus pertinent et le plus proche des citoyens. Il conduit à ne pas faire à un échelon plus élevé ce qui peut être fait avec la même efficacité à un échelon plus bas. Le niveau supérieur n'intervient que si le problème excède les capacités du niveau inférieur »¹⁹

Le principe de subsidiarité ne se conçoit donc pas sans le principe de suppléance, qui prévoit que c'est l'échelon supérieur qui soutient l'échelon inférieur lorsque celui-ci peine à résoudre un problème.

- Ainsi pour que le principe de subsidiarité s'applique entre le DS et le CPP, ne faut-il pas qu'il gagne la confiance des cadres et s'assurer de leur loyauté ?

Selon le dictionnaire Larousse, la loyauté peut être définie comme le caractère de quelqu'un, de quelque chose qui est honnête, loyal.

La loyauté doit être réciproque.

Alors qu'à l'hôpital le « patron »²⁰ c'est le directeur, il arrive que les CPP voient leurs CDP comme leur patron alors qu'ils sont hiérarchiquement rattachés au DS. Sur le terrain les professionnels pensent que les directeurs sont loin des réalités quotidiennes.

- Le rôle du DS n'est-il pas de faire le lien entre les différentes logiques soignante, médicale et administrative et éviter ainsi les confusions ?
- Comment le DS peut-il éviter de s'éloigner du terrain ?

Les CPP sont amenés à gérer des situations de plus en plus complexes et difficiles que sont les restructurations, les diminutions d'effectifs, les réorganisations, etc.

Ils peuvent être en difficulté sur certaines problématiques et le DS a le recul nécessaire pour agir. Il connaît les orientations stratégiques de l'établissement et a une vision globale et transversale des organisations des pôles que n'ont pas les CPP.

Aussi, le DS doit soutenir, s'intéresser et échanger sur les situations complexes auxquelles ils sont confrontés. Il doit replacer les difficultés rencontrées dans le cadre, dans le contexte, renforcer positivement les CPP qui accompagnent les changements.

¹⁹ <http://www.toupie.org/Dictionnaire.htm> consulté le 26 juillet 2015

²⁰ <http://discours.vie-publique.fr/notices/087001207.html> consulté le 26 juillet 2015 : discours de N.SARKOZY à Neufchâteau le 17 avril 2008

In fine, avec la mise en place des pôles, la direction des soins, comme les autres directions fonctionnelles, a un rôle de conseil et d'accompagnement des équipes dirigeantes des pôles.

1.3 D'une logique hiérarchique vers une logique de collaboration

« La réglementation a concrétisé l'ensemble des changements, et derrière ces mutations, des hommes et des femmes ont dû s'adapter à l'évolution de leur métier, de leurs missions, de leurs responsabilités et inventer de nouveaux modes relationnels »²¹

La contractualisation entre les pôles et l'évolution des missions du DS entraînent des modifications dans la répartition des pouvoirs et de facto, des relations entre le DS et les CPP.

« Ainsi, le contrat vient remplacer la contrainte, la responsabilité succède à l'obéissance, la cohérence est assurée par le projet partagé et non par la discipline... »²²

1.3.1 Un rôle d'interface pour le directeur des soins

Les CPP assurent un rôle de gestion, ils sont co-gestionnaires du pôle, et collaborateurs du CDP. Il est vrai que pour les CPP « Leur proximité initiale avec la direction des soins a évolué au fur et à mesure vers une nouvelle proximité avec le praticien responsable de pôle ... »²³

Si les chefs de pôles sont responsables du fonctionnement des pôles, il n'en reste pas moins que le DS, membre de l'équipe du directoire, « contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique »²⁴

²¹ NICOLET M, Mai 2013, « Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management » Soins cadres n°86 p 39

²² Ibidem

²³ ANTHONY GERROLD H, Mars 2013 « Le cadre paramédical de pôle : un métier complexe en pleine évolution » Soins Cadres n°86 page 28

²⁴ 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. Article 4

Nous l'avons évoqué, le DS a vu son rôle stratégique s'accroître ces dernières années vers plus de transversalité. C'est par délégation du directeur d'établissement que le DS a autorité hiérarchique sur les cadres de santé.

A ce propos, la recommandation n°27 du rapport IGAS 2010²⁵ stipule « En définitive, puisque les cadres de santé considèrent le chef de pôle comme leur véritable patron, que les directions des soins leur apparaissent comme des institutions lointaines déconnectées de leurs pratiques quotidiennes, qui ne l'emporteront pas en cas de conflit avec le chef de pôle... »

- Le DS n'a-t-il pas besoin de l'autorité hiérarchique pour assurer ses missions être légitimé dans sa fonction ?
- N'est-il pas celui qui a la compétence pour évaluer les cadres et proposer des parcours professionnels qualifiants aux paramédicaux ?

L'historique de la profession infirmière montre bien la volonté de la profession d'avoir sa propre hiérarchie. « L'histoire récente des professions infirmières est trop marquée par leur émancipation du corps médical pour pouvoir dès aujourd'hui envisager une relation hiérarchique entre médicaux et soignants »²⁶

Selon Philippe BERNOUX, sociologue des entreprises, « il n'est jamais vrai que le supérieur, par le seul fait qu'il soit supérieur, puisse obtenir ce qu'il veut. Il doit préparer le terrain, manœuvrer, avoir un comportement stratégique pour y parvenir. »²⁷

Aussi le DS doit légitimer l'exercice de son pouvoir pour asseoir son autorité. L'autorité, qui n'est pas seulement une catégorie de pouvoir puisqu'elle peut exister en dehors d'un statut de subordination, connote une relation de confiance.

Philippe BERNOUX explique : « il a de l'autorité »²⁸ signifie que sa séduction ou sa compétence engendre une action conforme à son désir sans contrainte et avec confiance.

Le DS s'attache à créer des liens et à mettre en place un réseau de communication et d'information. Car l'enjeu pour lui est d'obtenir des informations stratégiques. «

²⁵ ZEGGAR Hayet –VALLET G-2010 Rapport IGAS- Bilan de l'organisation d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. pp 41

²⁶ Ibidem pp 41

²⁷ BERNOUX P 1985 ; « La sociologie des organisations » cinquième édition, Editions du Seuil p160.

²⁸ Ibidem pp166

L'information est du pouvoir parce qu'elle permet de mieux maîtriser les incertitudes devant affecter l'organisation ». ²⁹

« Ce qui importe c'est d'être mieux informé que les autres, ou avant eux, si cela permet d'agir efficacement... L'information utile est celle qui permet d'anticiper les situations futures importantes pour les intéressés ». ³⁰

Les CPP sont quotidiennement en lien direct avec les cadres et les médecins au sein des organisations. Ils sont pour les soignants et pour les médecins des interlocuteurs privilégiés. Ils ont une très bonne connaissance de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas dans les unités et du climat qui règne dans les équipes de soins. Ce sont pour les directeurs des soins, de véritables « lanceurs d'alertes » qui lui permettent de connaître l'avancée des différents projets et les difficultés rencontrées. Le DS devra s'engager à accompagner, à intervenir pour faciliter la mise en œuvre des projets et des décisions partagées.

Le DS coordonne les professionnels autour de projets transversaux afin d'impulser la stratégie institutionnelle dans les pôles pour toujours plus de cohérence et de décloisonnement.

Le DS doit alimenter un tissu de relations qui font la vie de l'établissement et il doit connaître la personne qui lui donnera la bonne information, « ...c'est-à-dire celle qui permet de mieux maîtriser une incertitude donne l'avantage à celui qui la connaît ». ³¹

Ce sont ses aptitudes à rencontrer les autres, à comprendre et à savoir utiliser les informations qui lui permettront de maîtriser les relations.

Le DS doit être communicant, expliquer les changements, les réorganisations, les mutualisations, pour amener l'encadrement à accepter les objectifs des changements, mais surtout pour parvenir à les faire participer à leurs mise en œuvre.

« La communication est une autre source de pouvoir dans la mesure où une mauvaise communication peut faire échouer même une bonne décision ». ³²

Ces évolutions montrent bien ce changement dans les relations entre le DS et CPP et l'importance pour le DS de développer la communication et le travail en collaboration avec les CPP afin de ne pas être coupé des organisations, de la vie des pôles et ainsi de pouvoir accomplir ses missions d'animation et de soutien des cadres de santé.

²⁹ Ibidem p164

³⁰ SCHWEYER F-X, Mai 2015, « Sociologie de l'hôpital et de l'action collective », cours EHESP Rennes, pp 24

³¹ TOURNIER F –SEBILLAUD A 2011 « Réussir dans ses missions transversales » 2ième Edition, Editions Liaisons p 53

³² Ibidem p 53

Il légitime ainsi sa place dans l'équipe de direction, de par son expertise en soins, sa connaissance du terrain et des enjeux des projets portés.

1.3.2 La collaboration entre le directeur des soins et les cadres de pôle

Que veut dire collaborer ?

L'origine étymologique du verbe « collaborer » vient du latin *Cum Laborare* qui signifie « travailler avec ». Le suffixe Cum marque l'union, l'action conjointe.

Le dictionnaire électronique Larousse³³, définit la collaboration comme l'action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres.

Plusieurs synonymes sont proposés pour la collaboration et en premier lieu nous trouvons la coopération, puis la participation.

« Pour résumer, coopérer consiste à collaborer à une œuvre commune, c'est faire ensemble, c'est la participation de plusieurs personnes œuvrant dans le même sens, elles partagent ou bien des valeurs identiques ou bien des intérêts ou des buts communs »³⁴

D'une manière générale, le concept de collaboration est une notion très importante à l'hôpital si l'on considère la diversité des statuts, des fonctions exercées et des formations initiales de ses professionnels de santé.

La collaboration interprofessionnelle prend ici tout son sens, et répond aux attentes de la loi HPST.

La collaboration permettra au DS de développer la complémentarité et le décloisonnement.

Pour collaborer, il faut d'une part que les acteurs concernés trouvent un intérêt, une motivation, dans ce qu'on leur demande, que ce soit dans leurs objectifs, que ça leur offre des opportunités dont ils ont besoin. Pour cela, le DS devra leur permettre de s'exprimer, de s'impliquer. C'est d'autant plus important, si l'on veut que l'investissement et la motivation des personnes perdurent.

D'autre part, collaborer signifie que l'on accepte de négocier, de composer et de se confronter à l'autre. Et donc cela demande au DS de comprendre des logiques différentes des siennes, et de remettre en cause ses certitudes, ses représentations.

³³ www.larousse.fr/dictionnaire consulté le 28 juillet 2015

³⁴ TOURNIER F – DEBILLAUD A 2011 « Réussir dans ses missions transversales » Editions Liaisons p 79

« C'est le processus d'apprentissage culturel : c'est reconnaître et apprendre la logique et les valeurs des autres, au risque de remettre en question ses propres valeurs. Et c'est trouver les voies d'un projet commun à partir de ces diversités ». ³⁵

Cela demande pour le DS d'organiser des temps d'échanges et de concertation avec les CPP afin d'élaborer ensemble la meilleure stratégie pour mener à bien les réorganisations, les différentes missions, toujours in fine pour un meilleur service aux patients.

- En effet, sinon, comment un cadre peut appliquer et expliciter une décision à l'équipe, s'il n'a pas été associé à la prise de décision ?

Le dialogue managérial prend là toute sa place. « L'écoute est un aspect essentiel, un préalable indispensable aux décisions à prendre » ³⁶ Cela demande au manager de dégager du temps pour être disponible pour consulter les personnes pour analyser les situations et prendre les décisions.

« Les personnes avec lesquelles on travaille, attachent autant d'importance à la nature des relations qu'à leur contenu ». ³⁷

Permettre à chacun de s'exprimer, de faire part de ses propres expériences, de ses propres problématiques, développe la confiance et permet de s'enrichir mutuellement. Ce partage d'informations permet aussi de partager les connaissances et les expertises. Là encore, la capacité du DS à communiquer, à écouter est déterminante pour collaborer.

Ainsi, le DS devra pour coordonner et faire les liens, s'ajuster en permanence avec un grand nombre de personnes - notamment avec le CPP qui seront plus ou moins contraint de participer aux projets. En effet, le DS, à sa prise de poste, n'aura pas choisi son équipe de CPP. Tout comme les CPP n'auront pas choisi leur DS.

Coopérer, collaborer, nous l'avons écrit, c'est faire ensemble. Cela implique d'échanger. Selon Norbert ALTER, sociologue, « En donnant, on modifie ainsi assez aisément le schéma conventionnel des relations... : on amène l'autre à donner à son tour, à soi et à d'autre. »

L'échange ne se fait pas toujours dans l'instant, mais chacun doit avoir confiance et sait qu'il y aura un retour à un moment ou à un autre.

C'est une relation d'interdépendance qui nécessite de la confiance pour s'instaurer et durer.

³⁵ SCHWEYER F-X, avril 2015, « Culture, identité : la régulation culturelle » Cours Sociologie, EHESP Renne, pp 15

³⁶ GARNIER D, mai 2015, EHESP Rennes, Conférence « Le pouvoir à l'épreuve du quotidien »

³⁷ ALTER.N, 2009, « Donner et prendre : la coopération en entreprise », Edition La Découverte, Paris pp 44.

Le DS doit développer le «travailler ensemble» pour obtenir une cohérence institutionnelle. Cette collaboration est indispensable si l'on veut continuer à prendre soin des patients et si on veut améliorer la qualité et la sécurité des soins des établissements de santé.

2 A l'écoute des professionnels

Rappelons ici que la question centrale de ce travail de recherche est la suivante :

Avec la mise en place des pôles, quel doit être le positionnement du directeur des soins pour avoir des relations efficaces avec les cadres paramédicaux de pôle ?

2.1 Objectifs de l'enquête et méthodologie

L'enquête auprès des professionnels a pour objectif de confirmer ou d'infirmer les hypothèses suivantes :

- Le métier de DS a évolué et ses missions sont d'un niveau plus stratégique et moins opérationnel. Le DS assure un rôle d'accompagnement des pôles et de soutien des CSP
- La capacité du DS à se positionner, contribue à l'élaboration d'une relation efficace avec les CSP.
- Il existe des leviers pour le DS pour instaurer la collaboration avec les CPP et aussi des freins

Pour étudier la collaboration entre le DS et les CPP, il apparaît pertinent de rencontrer les professionnels concernés dans le cadre d'entretiens semi-directifs. En effet, l'entretien semi-directif permet de favoriser la production d'un discours libre sur le sujet et permet également d'intervenir à tout moment pour reformuler pour s'assurer que les propos recueillis sont bien compris.

2.1.1 Population enquêtée

13 entretiens ont été réalisés auprès de 3 catégories de professionnels directement concernés par notre problématique: 5 DS, et 6 CPP. Et 2 CDP Les entretiens ont duré environ 45 minutes pour chacun d'eux et ont permis de croiser les regards que portent les personnes interrogées, sur le positionnement de DS et du CPP et sur leur collaboration.

Le choix d'interroger des DS et des CPP est apparu comme une évidence puisque nous travaillons sur la collaboration entre ces 2 acteurs. La décision d'interroger des CDP s'est prise au regard du binôme qu'ils constituent avec les CPP, et parce qu'ils interviennent dans la dynamique du pôle.

2.1.2 Outils de recueil

Un guide d'entretien a été élaboré, et adapté pour chaque catégorie professionnelle. (Annexe I, II et III).

Les entretiens ont été pour certains, réalisés sur le lieu de travail des personnes et pour d'autres par téléphone.

Une partie des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement, avec leur accord et sous couvert d'un anonymat garanti, permettant une retranscription écrite de l'ensemble des propos et le repérage de mots clés ou d'expressions significatives.

Une autre partie, a fait l'objet de prise de notes

Chaque entretien a donné lieu à une prise de rendez-vous pour une rencontre riche en échanges pour laquelle les interviewés se sont rendus disponibles. Ils ont en moyenne duré 45 minutes.

2.1.3 Limites de l'enquête

Un nombre plus important d'entretiens semi-directifs aurait mérité d'être mené, en particulier pour les chefs de pôles. De ce fait, nous n'avons pas une représentativité suffisante pour faire une généralité de nos résultats. Cependant, nous pouvons dire que ce travail de recherche, nous permet d'apporter un éclairage à notre future pratique quotidienne de directeur des soins.

Le nombre d'établissements dans lesquels les personnes rencontrées exercent, ne permet pas de tirer des conclusions ou de faire des comparaisons pertinentes entre un CHU et un CH.

2.2 Résultats des analyses

Afin d'exploiter au mieux les entretiens et de faciliter l'analyse, nous avons élaboré une grille reprenant les thèmes à développer pour confronter nos hypothèses de départ.

Les thèmes sont les suivants :

- Le parcours professionnel
- L'impact de la mise en place des pôles pour chaque catégorie professionnelle interrogée
- La collaboration et les relations
- Les leviers et les freins à la collaboration
- Les attentes des professionnels entre eux : DS/ CPP/CDP
- Le positionnement du DS

Nous allons présenter l'analyse de chaque thème pour les 3 catégories professionnelles rencontrées. Puis nous ferons une synthèse globale, avant de passer à la 3^{ème} partie de ce travail de recherche qui portera sur les préconisations pour les futurs directeurs de soins.

2.2.1 Analyses de l'expression des directeurs des soins

A) Le parcours professionnel

	Type d'établissement	Ancienneté DS	Ancienneté DS dans l'établissement	Nombre de poste de DS occupé
DS 1	CH	6 ans	3 ans	3 ^{ème} poste
DS 2	CHU	2 ans	2 ans	1 ^{er} poste
DS 3	CHU	2 ans	2 ans	1 ^{er} poste
DS 4	CH	10 ans	3 ans	3 ^{ème} poste
DS 5	CH	6 ans	4 ans	2 ^{ème} poste

Nous pouvons constater qu'un seul directeur des soins a connu les deux réformes de gouvernance en tant que DS. Les autres sont DS depuis la loi HPST. Cependant, tous ont été CPP avant la loi HPST. L'ancienneté dans la fonction est comprise entre 2 et 10 ans. L'ancienneté dans le poste est relativement courte de 2 à 4 ans. La mobilité est importante puisqu'elle concerne 3 d'entre eux.

Du fait de la mobilité, les DS ont été amenés à construire des relations professionnelles et à travailler avec des équipes de CPP différentes. Cependant, leurs réponses ne se différencient pas de celles des autres DS qui sont sur leur 1^{er} poste. Tout comme le fait de travailler en CHU ou dans un CH n'a pas été un élément déterminant pour l'analyse.

B) L'impact de la mise en place des pôles

Le niveau de délégation de gestion faite aux pôles dans les établissements dans lesquels les DS interrogés exercent, est différent d'un établissement à l'autre. Pour 2 CH, le contrat de pôle a été signé mais *«c'est une coquille vide car il ne contient presque rien... »*

Le trio de pôle est composé pour ces établissements d'un CDP, d'un CPP et d'un directeur référent de pôle ou directeur référent de plateforme pour les CHU.

Aucune délégation de signature du DH n'est faite aux pôles dans les établissements où exercent les DS rencontrés.

Comme nous l'avons soulevé lors de notre travail de recherche sur l'organisation en pôle, les équipes de directions sont souvent réticentes sur les délégations de gestion. Cela peut traduire leurs difficultés à accepter le principe même de la déconcentration de la gestion. Généralement, la délégation de gestion concerne la gestion des ressources humaines du pôle, la formation, et la qualité et la sécurité des soins et l'achat du matériel.

Pour les DS, avec la mise en place des pôles, les CPP ont plus d'autonomie et sont amenés à prendre davantage part aux réflexions relatives aux évolutions des pôles. Leurs missions sont à la fois à un niveau stratégique du pôle et opérationnelle. Leur charge de travail est importante surtout en matière de gestion des ressources humaines.

Pour les DS (2/5), les pôles et la délégation a rendu plus difficile la vision des pôles, ceci en lien avec le manque de loyauté de certains CPP. Certains parlent « *d'obstruction d'informations du CPP* » ou de « *mise en œuvre de stratégies des CPP avec* » les directions fonctionnelles et non pas avec la direction des soins. Des DS n'ont pas été systématiquement consultés pour certains dossiers.

Avec la loi HPST, leur participation au directoire a rendu leurs missions plus stratégiques et leur permettent de s'impliquer davantage dans l'élaboration de la politique d'établissement.

Depuis la mise en place des pôles, les DS constatent également que les médecins sont davantage impliqués dans les projets institutionnels et de pôle, ce qui répond à un des objectifs de la mise en place de la nouvelle gouvernance, impliquer encore les médecins à la gestion médico-économique de l'hôpital.

C) La collaboration et les relations

Les principaux collaborateurs des DS sont les CPP, les autres directions et en particulier la DRH et la Direction de la qualité et de la gestion des risques, mais aussi les CDP et les cadres de proximités.

La collaboration avec les CPP est jugée indispensable pour « *ne pas se couper de la vie hospitalière* » et pour avoir les informations relatives aux pôles : « *Ils connaissent véritablement le terrain et les problématiques qui s'y rattachent* ». Cette collaboration permet de partager sur les projets développés par les pôles et qui sont portés par les CPP et les CDP. Ainsi les DS peuvent s'assurer de la cohérence institutionnelle de ces projets et également, s'assurer de la mise en œuvre des objectifs du PSIRMT fixés aux pôles.

La collaboration entre les CPP et le DS permet de « s'accorder sur la stratégie à adopter et ainsi avoir le même discours auprès des acteurs concernés ».

Tous s'accordent à dire que pour collaborer, il faut avant tout instaurer une relation de confiance. Cette relation de confiance avec les CPP et les CDP, se construit en ayant des rencontres régulières avec eux et en partageant les informations, sur les stratégies à mener, sur les difficultés rencontrées dans les pôles, sur les projets... « *La confiance passe par la transparence, par la loyauté réciproque et par le travail partagé, par la co-construction de projet* »

Pour travailler ensemble, les DS réunissent les CPP régulièrement, généralement hebdomadairement. Ces réunions sont souvent l'occasion pour les DS de donner des informations aux CPP, de faire un point sur le fonctionnement des pôles et aussi de partager des expériences. « *C'est l'occasion de partager les projets ou actions mises en place par un CPP qui a fonctionné. Nous en parlons ensemble et l'analysons pour que cela serve aux autres pôles* ».

Les DS organisent tous des réunions avec l'ensemble de l'encadrement soignant, en moyenne tous les 2 mois pour les DS rencontrés.

Les rencontres sont donc formelles mais aussi informelles : au téléphone ou « *lorsqu'un CPP vient taper à ma porte et me dit : je peux vous voir 5 minutes ? Et cela peut durer une heure* ». Cela demande au DS d'être disponible et réactif aux demandes des CPP.

L'utilisation des mails par les CPP est fréquente aussi pour tenir les DS informés. Un DS précisait qu'il s'attachait à répondre aux mails, car pour lui, il était important d'assurer une réponse aux CPP, même si les mails étaient très nombreux (une centaine de mails par jour pour certains DS). Aussi, il a instauré des « codes de communications » avec eux pour les traiter rapidement.

D) Les leviers et les freins à la collaboration

Les leviers

Pour favoriser la collaboration, les DS parlent tous de l'importance de la communication avec les CPP. Cette communication se veut formelle et organisée avec des réunions le plus souvent hebdomadaires DS/ CPP. Ces réunions sont un moment privilégié où les DS donnent aux CPP un certains nombres d'informations de la direction et aussi où le plus souvent un point sur les pôles est présenté par chaque CPP. Pour l'un d'entre eux, c'est là où ensemble, ils parlent des cadres de proximité, de la façon dont se passent les réorganisations qu'ils mettent en place. Pour un DS, « *ces réunions sont un temps où l'on*

doit pouvoir tout se dire et pouvoir tout entendre » Tous ces échanges vont permettre de développer la complémentarité et le décloisonnement entre les pôles.

Les relations se veulent aussi informelles par mail ou par téléphone et contribuent à la collaboration.

Pour fédérer le groupe des CPP, le partage d'expériences entre CPP est utilisé par les DS. Cela permet de « *...développer l'écoute, de confronter les avis de chacun, de valoriser le travail réalisé par les équipes..* ». A ce propos, certains DS parlent de la CSIRMT pour présenter les projets réussis ou d'une communication interne par bulletin d'informations, lettre de liaison, site intranet ou encore d'organiser une journée de présentation aux professionnels.

Pour les DS, laisser de l'autonomie aux CPP contribue à instaurer une relation de confiance et à travailler ensemble sur des projets. « *... une certaine autonomie mais encadrée...* » Il s'agit pour 2 DS, d'encadrer l'autonomie en mettant en place des rencontres régulières avec les CPP, des reportings réguliers qui permettent d'échanger sur l'avancée des projets, suivre les indicateurs qualité et sécurité du pôle ainsi que les effectifs.

Il est important pour les DS de « *ne pas imposer, mais de décider tout en explicitant en argumentant la décision* ».

La collaboration peut aussi se développer à partir du PSIRMT pour 3 des DS interrogés. En effet, le PSIRMT permet de définir ensemble les valeurs professionnelles et aussi de mettre en place une démarche participative des professionnels dans son élaboration et sa mise en œuvre.

Tous les DS s'accordent à dire que pour collaborer avec les CPP, le DS doit être à l'écoute, être disponible et réactif à leurs sollicitations, être là quand ils en ont besoin, être bienveillant.

Deux d'entre eux pensent qu'il est important pour collaborer d'avoir des règles de fonctionnement de la direction des soins. Ces règles de fonctionnements doivent être explicitées, partagées et suivies par tous les membres. « *Cela permet de clarifier qui fait quoi et comment et pourquoi* ».

Les freins

Plusieurs éléments peuvent être un frein à la collaboration entre les DS/ CPP. Tout d'abord, cela peut venir de la personnalité et du caractère de chacun, avec une certaine

incompatibilité. Mais cela peut venir de trop d'autoritarisme ou trop de contrôle de la part du DS sur les activités du CPP. A l'inverse, un manque d'accompagnement du DS peut faire que le CPP ne veuille pas collaborer.

D'autre part, « *si le DS n'est pas transparent, il peut donner l'impression au CPP d'être manipulé et donc en conséquence, il ne collaborera pas* ».

E) Les attentes des DS par rapport aux CPP

Clairement, les DS attendent des CPP la remontée des informations concernant leur pôle. « *J'attends d'eux un feed-back régulier à tous les niveaux. Au niveau de leurs pôles et au niveau de leurs missions transversales puisqu'ils représentent la direction des soins aux niveaux de certaines instances comme le CLUD par exemple*»

Ils expliquent qu'ils en ont besoin pour avoir une bonne connaissance des dossiers qu'ils auront à porter aux instances et en équipe de direction. Ces informations concernent aussi bien les difficultés ou problématiques des pôles que les réussites ou avancées des projets. Ils comparent également les CPP à des « *lanceurs d'alertes* » avant que les problèmes explosent dans les équipes.

Un DS attend des CPP « *qu'ils aillent régulièrement dans les services vers les équipes, qu'ils soient vus et qu'ils s'intéressent aux cadres de proximité* ».

Pour un autre, les CPP doivent être capable de proposer des solutions d'organisation ou d'amélioration des prises en charge des patients.

Et enfin, ils comptent également sur eux pour la remontée des attentes des médecins du pôle en matière de projet de prise en charge et de qualité et sécurité des soins.

Selon eux, un CPP doit être loyal, capable d'anticiper les problématiques; faire le lien avec le DS, faire remonter les informations, expliquer les organisations aux DS et lui faire des propositions d'organisation et de solutions. Il doit également être communicant et être capable d'instaurer des relations humaines avec les différents professionnels. Ils doivent être attentifs aux conflits et être dans une démarche participative avec les équipes du pôle.

Un DS compare les CPP a des « *mini directeurs des soins* ». « *Pour moi ce sont des mini directeurs des soins ; ils doivent au niveau du pôle, être stratégique, accompagner les cadres, être aussi dans l'opérationnel* »

Certains DS précisent, « *qu'il faut faire avec les CPP parce qu'elles n'ont pas toujours la vision stratégique et institutionnelle du DS* ». C'est pour cela qu'ils parlent de la nécessité d'aller sur le terrain.

F) Le positionnement des DS

Les DS s'accordent à dire qu'un management trop autoritaire ne fonctionne pas et qu'ils utilisent un management participatif avec prise de décision explicitée et argumentée. Cela se traduit par des échanges sur les stratégies à mettre en œuvre, par le partage des informations.

Un DS explique que pour lui, l'autorité hiérarchique n'est pas indispensable. « Il faut revoir notre mode de management, on doit faire beaucoup plus de transversal et pas du vertical pour développer les PEC de parcours et la médecine de parcours »

Cependant, l'autorité hiérarchique du DS sur les cadres leur paraît, à 4 d'entre eux, indispensable. Les raisons sont différentes selon les DS :

- L'évaluation de l'encadrement doit relever du DS, même si pour les CPP, l'appréciation et l'évaluation du CDP est prise en compte.
- le développement des parcours professionnels des cadres (mobilité, formation, présentation aux concours d'entrée à l'institut de formation des cadres...) relève des missions du DS
- Pour « *arriver à décliner la politique d'établissement au niveau opérationnel* » c'est le DS qui donne l'orientation, la stratégie à prendre.
- Pour que les CPP « *soient rattachés à la direction des soins, qu'ils sachent à qui rendre compte, et éviter ainsi qu'ils ne s'isolent dans leur pôle..* »

2.2.2 Analyse de l'expression des cadres paramédicaux de pôle

A) Le parcours professionnel

	Etablissement	Ancienneté CPP	Ancienneté du poste CPP	Pôles
CPP 1	CHU	10 ans	6 ans	Cardiologie et chirurgie cardiaque et vasculaire (excentré du CHU)
CPP 2	CHU	4 ans	4 ans	Gériatrie (excentré du CHU)
CPP 3	CH	2 ans	2 ans	Réanimation urgences SAMU et SMUR
CPP 4	CH	10 ans	6 ans	Chirurgie et médico-technique
CPP 5	CH	9 ans	6 ans	Psychiatrie hospitalisation complète

L'ancienneté dans la fonction est comprise entre 2 et 10 ans. L'ancienneté dans le poste est relativement courte de 2 à 6 ans. Les 2 CPP qui exercent en CHU ont leurs pôles qui est situé en dehors du bâtiment principal où se trouve la direction des soins, ce qui peut expliquer qu'ils ont tous les 2 exprimés l'absence du DS sur le terrain.

B) L'impact de la mise en place

Les CPP parlent d'une évolution de leurs missions et de leur périmètre d'activités.

La mise en place de la délégation de gestion au CDP est assurée par le CPP qui de ce fait, se retrouve avec des périmètres d'actions qui se sont accrus en termes d'effectifs et de nombre de lits à gérer. L'autonomie acquise par la délégation de gestion, même si elle diffère d'un établissement à l'autre est plus importante avec la nouvelle gouvernance. La délégation de gestion concerne dans la plupart des cas, les mensualités de remplacements des professionnels et le plan de formation. *« Avant, le temps passé en réunion avec le DS, nous le passions à faire les effectifs des pôles. Maintenant, nous échangeons ensemble sur le suivi des projets de pôles »*

Le métier de DS a également évolué selon eux, le DS a une vision plus stratégique et transversale de l'établissement. La délégation de gestion faite aux CDP leur revient et l'implication des CDP dans la gestion est différente d'un établissement à l'autre, mais tous sont impliqués dans les projets du pôle.

Aucune délégation de signature du DH n'est faite aux pôles dans les établissements où exercent les CPP rencontrés. Les équipes dirigeantes de pôle ont une délégation de gestion sans en avoir la décision finale, puisqu'elles doivent avoir la validation de la direction.

C) La collaboration et les relations

Les principaux collaborateurs des CPP sont les CDS, le CDP et le DS.

La collaboration avec le DS est qualifiée d'indispensable avec le DS parce qu'il détient les informations de la direction, en connaît la stratégie et a une vision transversale des organisations. *« Le DS a toutes les informations stratégiques, il peut faire avancer nos projets en les portant au niveau de la direction ».*

Pour les CPP cette collaboration avec le DS est utile en terme d'appuis à la fois méthodologique et de conseils en lien avec la vision stratégique et transversale que peut

avoir le DS. « *J'ai besoin de lui pour le poids statutaire qu'il représente dans certains dossiers, il a les leviers que le CPP n'a pas.* »

Pour collaborer, tous les CPP parlent de la nécessité d'instaurer une relation de confiance qui ne peut s'acquérir qu'avec la communication et les échanges formels et informels. Les réunions hebdomadaires CPP/DS, mais aussi les rencontres individuelles où les CPP peuvent faire un compte rendu au DS sur leur pôle. « *La confiance se gagne avec un discours honnête du DS, en étant constant dans ses prises de décisions, en étant capable d'écouter l'autre, son point de vue, et de l'intégrer dans sa décision* »

Les CPP qualifient leurs relations avec leur DS de professionnelles voire amicales pour 2 d'entre eux. Une réunion hebdomadaire avec le DS leur permet d'aborder les différentes problématiques des pôles et de donner des informations.

Pour 3 d'entre eux, une rencontre programmée en tête à tête avec les DS, le CDP et le directeur référent, tous les 2 ou 3 mois, permettrait de mieux partager les projets, de bénéficier d'un éclairage et de faire avancer les actions.

Seuls, 2 d'entre eux font un point mensuel en individuel avec le DS et le plus souvent avec le CDP et le directeur référent.

La convivialité dans les relations est un élément important « *Nous avons l'habitude de partager un café et des friandises avant de commencer les réunions* ». « *Ces moments de convivialités favorisent nos échanges et contribuent à nous rapprocher* ».

D) Les leviers et les freins à la collaboration

Les leviers

Nous retrouvons lors des entretiens avec les CPP, les mêmes leviers que ceux cités par les DS à savoir : les échanges réguliers, le partage d'expériences, l'autonomie encadrée avec des comptes - rendu, reportings programmés, le partage de la décision, le PSIRMT, l'écoute et la disponibilité et des règles de fonctionnement de la DS.

Un CPP évoque la délégation du DS sur certains projets transverses comme le DPC (développement professionnel continu) ou sur les programme d'éducation thérapeutique qui pourraient être piloté par 1 CPP sous « contrôle » et avec l'accompagnement du DS. « *Cela permettrait de développer le travailler ensemble et contribuerait au décroisement des pôles...* »

Les freins

Pour 3 des CPP interrogés, un DS trop directif qui ne respecte pas les compétences et missions du CPP pourrait être un frein à la collaboration. Ils parlent de l'importance d'avoir une certaine autonomie, tout en étant suivis mais sans ingérence de la part du DS.

Ou encore, « *Un DS trop autoritaire qui prendrait des décisions sans débattre ou sans les expliquer* »

Pour un des CPP, des contraintes financières trop importantes qui empêchent tout espace pour créer et pour avoir des projets pourrait être un frein également.

Et enfin, lorsque les orientations ne sont pas clairement données par la DS et que les CPP ne comprennent pas ce que l'on attend d'eux : cela peut constituer un frein à la collaboration.

E) Les attentes des CPP par rapport au DS

Les CPP attendent du DS qu'il connaisse les organisations afin de pouvoir porter les projets au niveau de la direction et de les défendre, de les aider dans les négociations. Pour eux, le DS fait le lien entre les pôles et les directions

Pour cela ils attendent du DS qu'il connaisse le terrain, que « *de temps en temps il vient dans les services. Quand ça ne va pas, en période de tension de crise, sa présence auprès du CPP et des cadres montre une cohésion de la direction et il incarne l'autorité. Mais aussi, il doit venir quand ça va pour passer les messages de la direction, montrer qu'il s'implique...* »

Ils ont besoin de l'éclairage du DS, de méthodologie, de son analyse et de ses conseils sur des dossiers complexes ou sensibles.

Pour 3 d'entre eux, le DS doit avoir de bonnes capacités relationnelles et des qualités humaines « *Il doit savoir s'adresser aux personnes et pas qu'aux professionnels...* »

Il représente la direction des soins, et donc les professionnels. « *La direction des soins doit être forte et s'impliquer dans la stratégie et la politique des soins de l'établissement..* » « *Le DS incarne nos valeurs et il doit les défendre..* »

F) Le positionnement du DS

Les CPP s'accordent à dire que l'autorité hiérarchique du DS sur les CPP est indispensable.

Pour différentes raisons :

- Le recrutement des CPP et des CDS relève de la compétence du DS « on recrute pour l'établissement, pas pour un pôle ».
- Pour avoir quelqu'un à qui rendre compte
- Pour être rattaché à la filière, à la culture, à la direction des soins
- Pour avoir une prise de décision dans les situations conflictuelles
- Pour être évalué. Bien que la plupart des DS recueillent l'avis du CDP pour l'évaluation.

Ils attendent de lui, un aide et un accompagnement et des prises de décisions partagées.

2.2.3 Analyse de l'expression des chefs de pôle

A) Le parcours professionnel

	Ancienneté CDP	Ancienneté dans CH	Pôle
CDP 1	1 an	10 ans	Gériatrie et SSR
CDP 2	4 ans	15 ans	Réanimation Urgences Anesthésie

Les 2 CDP rencontrés sont du même établissement, qui est un CH de 900 lits et places.

Un d'entre eux a été PCME dans ce même établissement.

Au moment où nous avons effectué les entretiens avec les CDP, l'établissement élaborait le projet d'établissement, et donc le projet médical. Le contexte économique et financier de l'établissement est très contraint. L'établissement est en CREF et un COPERMO va d'être instauré.

B) L'impact de la mise en place des pôles

Les CDP rencontrés n'ont aucune délégation de signature. Pour eux, leurs missions sont de défendre les projets des services du pôle et d'être une courroie de transmissions entre la communauté médicale du pôle et la direction et aussi de « s'intéresser aux recrutements du personnel... ». Dans cet établissement, il n'y a pas de contrat de pôle, ni de projet de pôle formalisé.

Pour un CDP, les pôles représentent une couche de plus du « mille-feuilles » *plutôt que facilitateur, nous n'avons aucune délégation de gestion.* »

« Nous n'avons aucune autorité sur le personnel soignant, c'est le directeur des soins. Et nous n'avons aucune autorité sur les médecins. La seule autorité ou responsabilité au

niveau médical est de veiller à la permanence des soins et faire en sorte qu'il y ait une réflexion sur les évaluations de pratiques professionnelles. »

C) La collaboration et les relations

Les CDP qualifient leurs relations avec le DS comme institutionnelles. « *Nous nous voyons lors des réunions institutionnelles CME, directoire... »*.

Un CDP explique « *En fait depuis 1 an, j'ai eu peu, voir pas de relation avec lui... »*

D) Les leviers à la collaboration

Les CDP pensent que des rencontres régulières avec le CPP, le directeur référent du pôle et le DS permettraient une meilleure avancée des projets et un partage d'informations. Au-delà de ces rencontres trimestrielles ou tous les quadrimestres, « *l'élaboration d'un projet médico-soignant permettrait de travailler ensemble. »*

Un CDP parle ainsi de mieux s'accorder sur les compétences nécessaires pour répondre aux activités du pôle.

Un des CDP regrette qu'il n'y ait plus les « *amphi cadres* » dans l'établissement. Cela lui permettait d'y participer pour présenter un projet médical transversal à l'ensemble de l'encadrement supérieur et de proximité. « *C'était l'endroit où nous pouvions toucher tout le monde.. »*

E) Les attentes du CDP par rapport au DS

Les CDP du CH attendent du directeur des soins de « *travailler l'articulation projet médical- projet soignant, pour faire de meilleurs recrutements, pour mieux se comprendre et également pour avoir plus d'informations sur les difficultés et sur les décisions prises pour mieux les comprendre et ensuite pour mieux les expliquer aux équipes....et les leur faire accepter.. »*

Un CDP explique « *C'est important de parler à l'unisson »*

Les CDP attendent du DS des informations stratégiques et aussi son regard d'expert en organisation. « *Qu'il soit facilitateur dans l'avancée des projets du pôles... »*

2.3 Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses

Synthèse

La délégation de gestion aux pôles n'est pas complètement aboutie dans les établissements des personnes rencontrées. Elle est retrouvée principalement pour la gestion du plan de formation du pôle. Les CDP ne sont que peu ou pas impliqués dans la gestion du pôle. Par contre, ils s'impliquent davantage dans les projets de pôles et d'établissement. Ce sont donc les CPP qui assurent cette gestion, ce qui leur donne plus de responsabilités, d'autonomie et de prise de décisions au sein des pôles.

Dans cette organisation, l'enjeu pour le DS est d'avoir une vision élargie des organisations pour éviter la « balkanisation » des pôles qui est dommageable pour les patients. Aussi, les CPP sont les relais d'informations et les lanceurs d'alerte pour le DS qui a vu ses missions évoluer vers plus de stratégie mais tout en gardant de l'opérationnalité. Les CPP attendent des directeurs des soins une certaine autonomie, de l'écoute, de la disponibilité, de l'accompagnement, de la méthodologie, des informations, un éclairage et des décisions explicites.

Si la collaboration du DS avec les CPP, qui passe par l'instauration d'une relation de confiance, est essentielle au DS pour ne pas être coupé des pôles et pouvoir assurer une cohérence institutionnelle, nous pouvons dire qu'elle est également importante avec les CDP du fait de l'étroite collaboration CPP/CDP. Aussi, nous pouvons ici, nous étonner qu'aucun DS n'ait parlé du PCME comme collaborateur essentiel au DS. Pourtant, le DS élabore le projet de soins en l'articulant avec le projet médical qui est le socle du projet d'établissement. En effet, la collaboration entre DS et PCME est essentielle au DS pour collaborer avec la communauté médicale et ainsi pouvoir se positionner et impulser la politique des soins au niveau des pôles. Mais aussi, pour prendre part à l'élaboration du PAQSS et développer de nouvelles organisations aux services des patients.

Nous pouvons dire que les attentes des professionnels rencontrés, vis-à-vis du DS se situent d'une part au niveau managérial dans le soutien et l'orientation des équipes soignantes, de la communauté médicale et de l'équipe de direction.

En effet, les professionnels comptent sur le DS, dans la mise en œuvre de nouveaux principes de gestion des soins, des nouvelles modalités de travail pour garantir des soins de qualité aux patients. Et d'autre part, ses capacités à communiquer, à interagir avec les différents acteurs et managers pour coordonner et accompagner les changements, sont souhaitées.

Vérification des hypothèses

Hypothèse 1 : Le métier de DS a évolué et ses missions sont d'un niveau plus stratégique et moins opérationnel. Le DS assure un rôle d'accompagnement des pôles et de soutien des CSP

Cette première hypothèse est validée puisque les propos recueillis vont dans ce sens. Nous pouvons même dire que les attentes en matière d'accompagnement et de soutien des CPP par le DS sont fortes.

Hypothèse 2 : La capacité du DS à se positionner, contribue à l'élaboration d'une relation efficace avec les CSP.

Cette hypothèse est également validée. Nous avons noté dans les entretiens que le DS est attendu sur ses capacités à communiquer, à recueillir les informations stratégiques, à les analyser. Elles vont lui permettre de prendre les décisions et de les argumenter. Le DS doit aussi trouver la bonne distance, le bon positionnement par rapport au pôle. Etre impliqué sans pour autant faire de l'ingérence.

Hypothèse 3 : Il existe des leviers pour le DS pour instaurer la collaboration avec les CPP et aussi des freins

Cette hypothèse est également validée puisque plusieurs leviers et outils ont été évoqués lors des entretiens par les différents professionnels.

Nous allons pouvoir nous appuyer sur cette enquête pour élaborer nos préconisations.

3 Préconisations

Cette enquête et cette analyse auprès des professionnels vont nous permettre de dégager des préconisations d'actions concrètes qui seront à adapter en fonction du contexte dans lequel le DS prendra ses fonctions dans un futur proche.

Ces préconisations répondent à notre question de départ qui portait sur le positionnement que devait adopter le DS pour collaborer efficacement avec les CPP.

Ces préconisations ne sont pas classées par ordre de priorité. Elles sont toutes aussi importantes les unes que les autres et leur mise en œuvre par les futurs DS seront à adapter en fonction du contexte dans lequel ils exerceront leurs missions et aussi en fonction de la représentation et du modèle de DS qu'ont les CPP.

3.1 Une collaboration à construire

3.1.1 Instaurer une relation de confiance pour collaborer

« Dès l'instant où vous accédez au poste de manager, la première exigence se résume de la façon suivante : ce que vous représentez désormais dans la chaîne des rôles de votre entreprise a une importance capitale sur la façon dont vous serez perçu par les employés. Tout comme pour le capitaine d'une équipe sportive, c'est sur la base de la confiance des employés à votre égard, que se construira le climat nécessaire à l'atteinte des objectifs de la société... Cela n'exige pas de vous d'être parfait, mais crédible... Celui qui fait preuve d'honnêteté, d'équité, d'enthousiasme et de cohérence entre ses paroles et ses actes, s'avère crédible.»³⁸

La confiance³⁹ peut se définir comme une espérance ferme, une assurance envers une personne ou une chose. La confiance ne se décrète pas, elle se construit, elle se gagne. Elle demande au DS un savoir être et de très bonnes capacités relationnelles.

Nous pouvons parler ici du leadership du DS. Selon Antonin GAUNAND⁴⁰, expert en leadership et management, le leadership peut se définir comme étant la capacité d'une personne à influencer, à fédérer un groupe pour atteindre un but commun dans une relation de confiance mutuelle et pour une durée limitée. Etre leader est une reconnaissance et non un statut. Le DS a un rôle de leader, il donne des directions, il explique, il clarifie, il anime, il coordonne et il contrôle.

³⁸ BLACKBURN.C, TETREAUULT.S 2015 « Managez mieux, stressez moins » 2^{ème} Edition Gereso, pp22-23

³⁹ lintern@ute.com dictionnaire électronique consulté le 8 septembre 2015

⁴⁰ <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/> consulté le 8 septembre 2015

Pour cela le DS devra :

- Etre dans l'écoute et le respect de chacun
- Prendre en compte les personnes, c'est-à-dire être dans des relations humaines et pas seulement professionnelles. Cela peut passer par des instants de convivialité et de partages qui contribue à la cohésion du groupe
- Etre transparent et loyal

La transparence est aussi un élément qui contribue au développement de la confiance : dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit.

3.1.2 Développer la proximité avec le terrain

Nous l'avons vu dans le cadre conceptuel le DS doit s'attacher à créer des liens et un réseau de communication. Et au cours des entretiens, il ressort que le passage dans les services du DS est demandé par les CPP et que cette visite est importante pour les professionnels.

« Les dirigeants doivent passer un temps considérable à partager leurs informations avec les personnes de l'extérieur (en jouant un rôle de porte-paroles) et avec celles de l'intérieur (en jouant un rôle de propagateur).»⁴¹

Aller à la rencontre des équipes va permettre au DS de connaître les professionnels et de les comprendre leur fonctionnement quotidien.

La prise de poste sera l'occasion pour le DS de prendre un premier rendez-vous avec le CPP et le CDP. Cette première rencontre formelle va permettre à chacun de se présenter (DS-CDP-CPP) et de mettre un visage sur un nom pour les soignants. Il est important que les équipes voient le DS rapidement après son arrivée. Pour lui, s'est aussi l'occasion d'avoir un ressenti sur le climat social qui règne dans les services et d'observer l'environnement.

Puis les autres visites pourront se faire de façon informelle. Elles pourront se faire pour permettre la compréhension de problèmes, de projets de réorganisation, ou en cas de situations difficiles, mais pas seulement. En effet, le DS pourra à la demande du CPP l'accompagner dans l'annonce d'une orientation stratégique décidée par la direction. Le DS, qui représente la direction, pourra amener les explications, les arguments nécessaires aux équipes pour la compréhension de cette orientation. Sa présence

⁴¹ MINTZBERG H, 2010 « Le manager au quotidien » 2^e Edition mise à jour et complétée, Paris, Eyrolle, Paris, pp 233.

auprès des CPP et des CDS montre la cohésion de l'équipe de direction des soins et il incarne pour les professionnels, l'autorité.

Mais aussi, le DS pourra profiter de ses gardes administratives pour aller dans les services, et prendre le temps d'écouter les professionnels. Ses passages dans les services lui permettront de se rendre compte des conditions de travail et de l'activité.

Ou encore, le DS peut instaurer que les reportings avec le CPP se passent dans le bureau du CPP dans le pôle.

Par la proximité, le DS entretient son expertise en organisations et il peut prendre en compte les forces, les faiblesses et les opportunités des organisations.

Il pourra alors mieux accompagner les cadres et les médecins dans les changements.

Par la prise en compte du travail réalisé par les équipes, il créera des liens et instaurera une relation de confiance indispensable, nous l'avons vu, à la collaboration.

Sa connaissance du terrain lui permettra d'être crédible et entendu auprès de la direction, de la communauté médicale et de l'encadrement.

3.1.3 Reconnaître et valoriser les réussites de ses collaborateurs

Cela signifie, féliciter les équipes ou un professionnel pour le travail accompli et réussi

Communiquer autour de ces réussites, de ces initiatives au niveau :

- De la CME : la promotion des travaux de la CSIRMT pourront y être présentés ainsi que ceux réalisés dans les différents services des pôles.
- De la CSIRMT : la présentation des différents projets réalisés dans les services de soins
- En organisant des « journées professionnelles » pour présenter des projets aboutis
- En rédigeant un article sur le journal interne de l'établissement
- En le diffusant sur l'intranet
- En l'inscrivant dans le rapport d'activités de la direction des soins

3.2 Un positionnement institutionnel du directeur des soins

3.2.1 Accompagner les pôles dans la déclinaison de la politique institutionnelle

Nous l'avons recueilli pendant les entretiens, les attentes des CPP vis-à-vis des DS sont nombreuses : de la disponibilité, de la réactivité, du partage d'informations et aussi son implication et son soutien. De plus, le référentiel métier du DS fait état des activités du DS

en relation avec les pôles. « Il conseille et accompagne les chef de pôle dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle dans le respect de leur délégation de gestion ⁴²»

C'est pourquoi, nous proposons que le DS puisse participer, sur invitation du CPP, à certains bureaux de pôle.

Le DS peut proposer aux CPP de participer aux réunions de bureau de pôle. La demande doit venir du CPP afin de ne pas le délégitimer, et sa participation se limitera aux points de l'ordre du jour élaboré par le CPP. C'est en se positionnant comme un collaborateur incontournable pour les projets stratégiques ou pour certaines problématiques, qu'il amènera les CPP à faire cette demande.

Même si le DS a un retour systématique des réunions de pôle par le CPP, sa présence à certains points de l'ordre du jour, lui permet d'une part, la transmission d'informations en direct et d'autre part, elle contribue à une meilleure connaissance de chacun. Et c'est aussi l'occasion de rapprocher la direction du « terrain ».

Ces échanges en bureau de pôle permettent de faire remonter les difficultés rencontrées dans les pôles, de les analyser ensemble (cadres soignants-médecins-directeurs) et de les traiter avant qu'elles ne s'enveniment. Le DS peut profiter de ces temps de rencontres et d'échanges pour faire passer des messages forts de la direction. Il a la connaissance de la stratégie de l'établissement et la vision transversale des pôles, ce qui lui permet d'amener un éclairage et son expertise.

Son niveau de connaissance des organisations et son implication, vont lui permettre d'établir une relation de confiance avec l'encadrement et le corps médical.

Le niveau de sollicitation du DS par les pôles, l'investissement des parties prenantes et leur niveau de collaboration, constituent pour le DS des indicateurs de réussite qui lui permettront d'évaluer son action. Ainsi, il pourra ajuster son positionnement si nécessaire.

Car le DS doit trouver la bonne distance, le bon positionnement, la juste place à adopter vis-à-vis des pôles pour ne pas faire de l'ingérence.

3.2.2 Elaborer et partager le mode de fonctionnement de la direction des soins

Elaborer un mode de fonctionnement de la direction des soins, va permettre au DS d'annoncer sa stratégie managériale afin d'assurer ses fonctions de coordination. Comme

⁴² Référentiel métier du directeur des soins, 2010, DGOS, pp 5

le prévoit le référentiel de compétence, le DS structure l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux. L'organisation et les missions de la direction des soins doit être diffusée et connue de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Il s'agira d'établir l'organigramme et d'élaborer ou d'actualiser les fiches de postes afin de clarifier les missions et rôle de chacun.

Il attribuera des missions transversales aux cadres (suivi de dossiers, devoir de représentation, etc.) en tenant compte de leur charge de travail et de leur motivation.

La continuité et la permanence de l'encadrement sera organisée.

Le circuit de l'information et le circuit de décision seront définis ensemble.

Les liens entre la direction des soins et les autres directions doivent être précisés.

Les réunions hebdomadaires DS/ CPP vont permettre au DS de transmettre aux CPP toutes les informations nécessaires à la compréhension des enjeux institutionnels pour une mise en œuvre opérationnelle dans les pôles.

Pendant ces réunions, l'expression de tous est encouragée et recherchée, l'arbitrage est partagé et attendu. « Les réunions programmées sont utilisées pour la transmission formelle d'informations et de demandes et pour les événements qui exigent du temps et qui impliquent un nombre important de personnes, en particulier...l'élaboration de la stratégie et de négociation »⁴³ « Le téléphone et la réunion informelle sont utilisés pour transmettre les informations pressantes et satisfaire des demandes informelles »⁴⁴

Pour les CDS, une réunion mensuelle permettra de conforter les liens, de partager sur l'avancée des projets et sur les difficultés rencontrées.

Ces réunions feront l'objet d'un ordre du jour et d'un relevé de décisions.

Nous avons vu, lors des entretiens, que les CPP sont demandeurs de temps de rencontres en tête à tête avec le DS et que de leur côté les DS ont besoin d'entretiens réguliers avec les CPP pour ne pas se couper de la vie hospitalière et pour accompagner les cadres.

Même s'il est vrai que le téléphone ou les mails permettent la transmission rapide, instantanée et simultanée d'informations, ils n'entraînent pas forcément le dialogue et l'échange et ne peuvent pas remplacer les rencontres avec l'encadrement.

A propos de l'utilisation de la messagerie électronique, même s'il on considère qu'elle permet le développement d'une culture de l'information et de communication, elle nécessite de travailler sur des règles d'usage pour être efficace et optimiser son utilisation

⁴³ MINTZBERG H, 2010, « Le manager au quotidien » 2^e Edition mise à jour et complétée, Paris, Eyrolles, 283 p, pp56

⁴⁴ Ibidem pp 56.

au service du management. Et ceci, pas exclusivement au niveau de la direction des soins, mais plus généralement avec toutes les directions.

C'est pourquoi, le DS pourra au niveau de la direction des soins, partager des règles d'usage pour d'une part, limiter le nombre de mails qui souvent sont quotidiennement nombreux et dont le DS ne sait pas toujours ce que l'on veut de lui. Et d'autre part, ces règles permettront de s'entendre sur ce qu'attend l'expéditeur du message, du destinataire en mentionnant une consigne. Exemple ; pour information, pour avis, pour en discuter, pour relecture etc..

Le DS devra veiller au respect du mode de fonctionnement par les cadres, et évaluer régulièrement les processus organisationnels de la direction des soins afin de les adapter et de la faire évoluer.

3.2.3 Programmer des rencontres avec chaque cadre paramédical de pôle

Le principe de subsidiarité évoqué dans le cadre conceptuel et la délégation de gestion assurée par les cadres nécessitent un suivi et la remontée des informations au DS.

Le DS programmera des rencontres régulières avec les CPP. Ces rencontres portent sur l'analyse commune de l'activité et le suivi de la mise en œuvre des objectifs du PSIRMT dans les pôles et des projets du pôle.

Cette analyse se fera à partir de tableaux de bord qui contiennent l'ensemble des renseignements permettant au DS de s'assurer du suivi des objectifs fixés aux pôles en matière de soins. Les indicateurs seront choisis, compris et partagés par le DS et le CPP. Elle donnera l'occasion aux CPP d'exprimer les difficultés rencontrées ou au DS de déceler des difficultés du CPP pour l'accompagner dans la résolution des problèmes. Cet accompagnement permettra au DS de construire une relation de confiance et de mettre entre parenthèse la relation d'autorité pour privilégier un management collaboratif et de confiance. Le DS pourra s'appuyer sur les points forts du CPP et donner du sens aux actions qu'il mène plutôt que de lui donner des directives.

En étant proactif et en travaillant en étroite collaboration avec le CPP, il pourra anticiper les évolutions et les changements organisationnels à mener.

3.3 Une culture managériale partagée

3.3.1 Elaborer le projet de soins infirmiers de rééducation, médico- technique

Le projet d'établissement comporte le PSIRMT qui est élaboré par le DS avec l'ensemble des professionnels concernés et il le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité⁴⁵.

Le projet de soins est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le projet médical. Il contient également ses propres axes de développement.

Le projet de soins s'appuie sur des valeurs co-définies par l'ensemble des professionnels de l'établissement et centrées sur le patient. Pour fédérer, il s'inscrit dans la transversalité et la pluri-professionnalité et contient des objectifs transversaux. Il privilégie une démarche d'amélioration continue de la qualité. Il prend en compte le projet précédent, les missions dévolues à la direction des soins et les objectifs prioritaires de l'établissement. Il s'articule avec les autres volets du projet d'établissement.

L'élaboration du PSIRMT va permettre au DS de définir avec les différents professionnels les valeurs communes qui vont être à la base de tous projets.

Le DS présente l'évaluation du PSIRMT en instances CS et à l'ensemble des cadres.

Cette évaluation est valorisée dans le rapport annuel d'activité qui est une obligation⁴⁶.

L'approbation du projet sera l'occasion pour le DS de le présenter en directoire, CSIRMT, CTE et CS.

La participation active du DS à l'élaboration des contrats de pôle lui permettra d'organiser la prise en charge des patients. Les CPP intègrent les objectifs du projet de soins dans leur pôle. Chaque action mise en œuvre dans un pôle, dans un service doit trouver une correspondance avec l'un des objectifs du projet de soins. Les cadres ont un rôle primordial dans la mise en œuvre.

Le DS « s'assure de la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins dans les pôles et de son évaluation en proposant des indicateurs de suivi et de performance dans le domaine des soins »⁴⁷

L'évaluation annuelle du projet de soins permettra d'alimenter le rapport d'activité de la DS.

⁴⁵ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière – Article 4

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Référentiel métier des directeurs des soins, Mars 2010, DGOS, p2

A un rythme régulier, le DS peut procéder à l'évaluation ciblée de chacun des objectifs déclinés dans les pôles par des rencontres régulières avec les CPP.

Ainsi, il développera au sein de la direction des soins une culture de projet, d'objectifs et de résultats.

3.3.2 Favoriser le partage de pratiques professionnelles managériales

Si l'un des sens de la réforme de la nouvelle gouvernance à l'hôpital est d'adapter les organisations pour une prise en charge de qualité en permettant le regroupement et l'optimisation des moyens, il n'empêche qu'un des risques est la « balkanisation » des pôles.

Pour éviter cela, le partage des pratiques managériales peut être un levier pour le DS afin de favoriser le décloisonnement des pôles et tendre vers une harmonisation des pratiques managériales.

Pour cela, nous préconisons : la mise en place par le DS de groupes de partage de pratiques managériales afin de développer les compétences managériales et de les formaliser.

Le partages et l'analyse de situations managériales vécues, permettra à chacun de prendre du recul par rapport aux situations, d'éclairer les problématiques grâce aux analyses croisées des autres cadres.

Ces échanges entre les cadres des différents pôles participeront au développement des compétences managériales et à la transversalité. S'intéresser aux problématiques managériales de ses collègues amène à s'interroger sur ses propres problématiques et pratiques managériales.

3.3.3 Etablir le rapport annuel d'activités de la direction des soins

Bien que l'élaboration de ce rapport soit une obligation pour le DS, le partage d'expériences avec les élèves DS nous permet de dire qu'il n'est pas toujours retrouvé dans les directions de soins.

Pourtant, ce rapport annuel d'activité représente un levier pour le DS pour se positionner et positionner la direction au sein de l'établissement.

En effet, ce rapport permettra de rendre compte entre autre:

- De la mise en œuvre du PSIRMT,
- Des soins dispensés, des formations et de la recherche paramédicale.
- Des projets innovants mis en places dans les pôles et ainsi de valoriser les réussites afin de maintenir la motivation des personnels

- D'objectiver l'activité d'un pôle ou d'un service, de valoriser les objectifs institutionnels et de compléter la connaissance de l'activité hospitalière.
- Des projets transversaux managériaux, organisationnels, etc.

Pour cela Le DS pourra demander aux cadres de proximité de l'établissement de réaliser un rapport annuel d'activités de leurs services. Le support unique et institutionnel de ce rapport sera élaboré par un groupe de travail piloté par le DS avec des cadres de proximité, de CPP. Pour ne pas être trop chronophage pour les cadres, ce support se voudra synthétique et les données seront essentiellement des données que les autres directions fonctionnelles ne peuvent ou ne font pas apparaître dans leur rapport annuel. Par exemple, les projets innovants du service, les faits marquants de l'année écoulée etc. La présentation du rapport annuel par le DS aux différentes instances de l'établissement vont lui permet d'affirmer son positionnement et celui de la direction des soins.

Conclusion

A partir d'un éclairage contextuel et d'une approche conceptuelle portant sur l'évolution de l'organisation de l'hôpital et de celle du métier de directeur des soins dans la nouvelle gouvernance, nous avons cherché à savoir quel devait être le positionnement du directeur des soins pour collaborer de façon efficace et opérationnelle avec les cadres paramédicaux de pôles.

Après avoir constaté que les missions du directeur des soins avaient évoluées vers plus de stratégie et de coordination, cette recherche s'est centrée sur la collaboration entre le DS et les CPP. Mais il est bien évident que le DS travaille avec d'autres collaborateurs à l'hôpital comme l'équipe de direction, les directions fonctionnelles, le président de la CME, la communauté médicale, les chefs de pôles et les cadres, etc.

Il travaille également à l'extérieur de l'hôpital avec les autres partenaires du système de santé comme la médecine libérale, les structures médico-sociales, les tutelles etc.

Les relations professionnelles et les lignes managériales ont changées à l'hôpital et en particulier celles concernant le directeur des soins et les cadres paramédicaux de pôles. Ainsi, un des enjeux pour le DS est d'établir une relation étroite, de qualité et permanente avec les CPP et de favoriser la transversalité, le décloisonnement des pôles.

Nous pouvons dire suite aux différents entretiens menés auprès des cadres paramédicaux de pôle, qu'ils attendent du directeur des soins, son soutien, son appui, son éclairage et son accompagnement dans leur mission de pilotage du pôle. Le DS est celui qui crée les conditions favorable au management et à la prise d'initiatives par les cadres.

Ses capacités relationnelles et à communiquer, lui permettent de recueillir les informations stratégiques et de travailler avec les autres. Pour collaborer, la confiance est indispensable. Elle se construit et elle se gagne par son attitude, son comportement et sa façon d'être. C'est en s'impliquant, en étant disponible, en s'intéressant aux difficultés que rencontrent les CPP, qu'il apporte son expertise, son soutien et son arbitrage. Ce sont les résultats de ses actions qui lui permettront de gagner sa légitimité.

Il établit des relations étroites, basées sur l'écoute, la transparence et la loyauté pour y parvenir.

C'est en informant, en explicitant les enjeux et en coordonnant les professionnels qu'il parvient à donner du sens, à les faire adhérer et à s'impliquer dans la mise en œuvre des projets institutionnels.

« Afin de redonner à l'hôpital public tout son sens, fixer un cap, donner aux professionnels la visibilité nécessaire et au final, rétablir la confiance... »⁴⁸

Nous l'avons également repéré, le directeur des soins est également attendu sur le terrain par les équipes et pour cela il devra veiller à s'en rapprocher régulièrement et pas seulement lorsque les situations sont difficiles et qu'il y a des dysfonctionnements.

Mais, nous savons que les relations professionnelles ne sont pas toujours simples, sereines et faciles. L'hôpital est un lieu de pouvoir et les conflits existent, nous ne pouvons pas le nier. Mais ils doivent être constructifs, avec toujours le souci de l'Autre et avoir comme objectif commun la qualité du service rendu aux patients.

Dans le contexte actuel, de mise en place de groupement hospitalier de territoire, d'équipes territoriales et de directions communes, une des missions du DS sera de mettre en œuvre les nouveaux principes de gestions des lits (filiales, parcours de soins coordonnés..), et les nouvelles modalités de travail (réseaux, équipes pluridisciplinaires, regroupements de pôles...) en coordonnant les professionnels. Le directeur des soins voit ses responsabilités et son périmètre d'action s'agrandir, devenir « panoramique »: il devient « multi sites ».

Et c'est très souvent dans un contexte de restriction des dépenses qu'il a à mener ces projets, tout en ayant le souci de concilier les conditions de travail et la qualité des prises en charge des patients.

In fine, le directeur des soins a toute sa place dans ce contexte, et il la prend en faisant évoluer son positionnement vers un rôle plus stratégique et vers toujours plus de collaboration, de coordination et de communication entre les différents acteurs. Il peut ainsi contribuer au développement des stratégies médicales et soignantes de territoires.

Ce sont là des leviers à saisir pour le directeur des soins afin d'accompagner les indispensables changements à venir que les coopérations entre établissements publics de santé induisent.

⁴⁸ COUTY E, Mars 2013, rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital' » Ministère des affaires sociales et de la santé, pp 5.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Ordonnance n°2005*406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime des établissements de santé. JORF n°102 du 3 mai 2005
- Loi du 21 décembre 1941 Réorganisation des hôpitaux et des hospices civils
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JO du n°179 du 2 août 1991, 10255
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n°0167 du 22 juillet 2009
- 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. JORF n°0227 du 30 septembre 2010.
-

RAPPORTS

- COUTY E, SCOTTON C, « Pacte de confiance » pour l'hôpital, rapport de synthèse concernant l'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé, mars 2013
- DOMY P, MOULIN G, FRECHOU D, MARTINEAU F, MULLER C, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé. Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la santé ». 2014
- HUBERT.J, MARTINEAU F, « Mission groupement hospitaliers de territoire : rapport intermédiaire » Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Mai 2015, 52 pages.
- ZEGGAR H, VALLET G, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé » Inspection Générale des Affaires Sanitaires, rapport n°RM2010-010P, Février 2010, 125 pages.

PUBLICATIONS

- La Loi HPST à l'Hôpital : Les clés pour la comprendre Ministère de la santé et des sport- 2009

OUVRAGES

- ALTER N, 2009, « Donner et prendre : la coopération en entreprise » Edition La Découverte, Paris, 203 p.
- BERNOUX P, 1985, « La sociologie des organisations » 5^e édition revue et corrigée, Editions du Seuil, Evreux, 379 p.
- BLACKBURN.C, TETREAULT.S 2015 « Managez mieux, stressez moins » 2ième Edition Gereso, 150 p.
- BONNET X, PONCHON F, 2014, « L'utilisateur et le monde hospitalier » 6^e, Presses de l'EHESP, Rennes, 262 p.
- COUDRAY M-A, Sciences du soin, 2015, « Accompagner le changement dans le champ de la santé » Pratiques professionnelles, Editions De Boeck-Estem, Belgique, 182 p.
- CROZIER M, FRIEDBERG E, 1990, « L'acteur et le système » 5^e édition revue et corrigée, Editions du Seuil, 279p
- CSP Formation, 2013, « Les 5 clés du management transversal », Editions DUNOD, Paris, 90 p.
- CVETOJEVIC D FONLUPT G FOUQUE N-R, 2011, « Gestion et pilotage des pôles hospitaliers » Editions Berger-Levrault, Paris, 359 p.
- LE BORTEF G, 2007 « construire les compétences individuelles et collectives », Editions d'Organisation, 271 p.
- MINTZBERG H, 2010 « Le manager au quotidien » 2^o Edition mise à jour et complétée, Paris, Eyrolle, Paris 283 p.
- MOQUET-ANGER M-L, 2012 « Droit hospitalier », 2^e Edition, Paris, Lextenso éditions, 548 p.
- MOREAU DEFARGES P, 2003, « La gouvernance » Collection Que sais-je ? 4^e mise à jour en 2011, Editions Presses Universitaires de France, Paris, 124 p.
- NOBRE T, 2013, « L'innovation managériale à l'hôpital -14 cas de mise en œuvre » Paris, Editions DUNOD, 289 p.
- TOURNIER F SEBILLAUD A, 2011, « Réussir dans ses missions transversales » 2^e édition, Editions Liaison, 154 p.

ARTICLES

- ANTHONY-GERROLD H., mars 2013, « Le cadre paramédical de pôle, un métier complexe en pleine évolution », *Soins cadres*, n°86, pp 19-22

- ANTHONY-GERROLD H, août 2007, « Mise en place des pôles d'activité au CHU de Dijon et impact sur les fonctions d'encadrement des soins », *Soins cadres*, n°63, pp28-31
- BARREAU P février 2014 « L'art de la délégation », *Soins cadres*, supplément au n°89 pS9
- BLOCH M-A HENAUT L, mars-avril 2014, « Coordonnateurs d'innovations : Les nouvelles professionnalités en organisations sanitaires et médico-sociales » *Revue Hospitalière de France*, n° 557, pp 16-20
- BOURBON A, MULLER C, septembre 2015, « pourquoi devenir directeur des soins en 2015 ? », *Soins Cadres*, n° 95, pp 42-43
- BUDET J-M, février 2014, « La gouvernance interne des établissements de santé, un subtil copilotage », *La gazette de l'hôpital*, n°108, pp 1-3
- CEVAER D, février 2015, « L'encadrement dans les nouvelles stratégies de gouvernance », *Soins cadres*, supplément n°93, ppS16-S18
- DUPUY O, février 2014, « La délégation en établissement public de santé, réflexions juridiques », *Soins cadres*, supplément n°89, ppS10-S12
- DUVEAU V, LUCAS S, mai 2013, « Le cadre de santé de pôle, un manager collaboratif ? » *Soins cadres*, n°86, pp 23-26
- GUILLON A, mai 2013, « Vers une nouvelle identité professionnelle pour les cadres supérieurs de santé ? », *Soins cadres*, n°86, pp30-32
- GUILLOU M, février 2015, « Autorité du cadre de santé et prise de poste », *Soins cadres*, supplément n°93, ppS19-S21
- HAUTEMILLE M, février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectif soins* n°203, pp 24-26
- HUARD M, février 2014, « Déléguer efficacement », *Soins cadres*, supplément n°89, ppS16-S18
- LACHENAYE-LLANAS Professeur DALLAY D, janvier-février 2011, « Délégation de gestion et cohérence institutionnelle », *Revue hospitalière de France*, n°538, pp 35-38
- LAUDE L, LOUAZEL M, février 2015, « Exploration des pôles : Terra nova du management hospitalier » *Revue hospitalière de France*, n°562, pp 16-21
- LEBRUN J-P, février 2015, « Diriger aujourd'hui » *Soins cadres*, supplément n°93, pp S10-S12
- LEDOYEN J-R, septembre 2015, « Directeur des soins, un métier en continuelle évolution », *Soins Cadres* n°95, pp 38-41
- MARTIN L, février 2014, « A propos de la délégation », *Soins cadres*, supplément n°89, ppS12

- NICOLET M, mai 2013, « Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management » *Soins cadres* n°86 pp 39-42
- PROUEAU F, HERVOUET-CHEVALIER D, RENARD M, février 2014, *Soins cadres*, supplément n°89, ppS13-S15.
- PRUVOT N, mai 2013, « La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », *Soins cadres*, n°86, pp43-46
- RUMEAU J, février 2015, « Le directeur des soins, entre autorités hiérarchique et fonctionnelle », *Soins cadres*, supplément n°93, ppS13-S15
- VAISSIERE-BONNET M-G, Mars 2010, « Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle », *Santé RH*, n°15, pp 17-18

COURS

- ANTHONY-GERROLD H, Juin 2014 « Directeur des soins et Gouvernance » Rennes, EHESP, Cycle prépa concours.
- DOUSSOT-LAYNAUD C-A, juin 2015 « Module : Gestion budgétaire et financière des établissements de santé », EHESP, Rennes Institut du management,
- LAUDE L, Juin 2015, « Le positionnement du directeur des soins ; la décision », Module : Gouvernance et leadership, Rennes, EHESP.
- LEDOYEN J-R, juin 2014 « Elaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » Rennes, EHESP, Cycle prépa concours.
- SCHWEYER F-X Mars 2015 « Sociologie de l'hôpital et de l'action collective » UE : Sociologie, Rennes, EHESP.
- SCHWERYER F-X Avril 2015 « Culture, identité, la régulation culturelle » UE : sociologie, Rennes EHESP.

SITES INTERNET

- www.directeurdesoins_afds.com/metier.asp
- <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/>
consulté le 15 juillet 2015 mise à jour le 26/09/2013
- <http://marionnettetherapie.free.fr/IMG/file/MT%2034%2074-78%20R>

MEMOIRES CONSULTES

- CORALIE C, 2014 « La communauté médicale et le directeur des soins, une collaboration indispensable au service du patient », Mémoire de directeur des soins, EHESP, 55p.
- DEVAUD M, 2012 « L'impact de l'organisation en pôles d'activité sur le management du directeur des soins » Mémoire de directeur des soins, EHESP, 54p.

- DELASTRE Loïc, 2012, « Conflits de rôle des cadres de santé à l'hôpital : réflexions pour une amélioration de l'unité managériale, le cas du CHU de Rennes. » Mémoire de directeur d'hôpital, EHESP, 61p.
- GILLET C, 2014, « Le directeur des soins, un des acteurs clé de la cohésion des professionnels au sein d'un groupe hospitalier public sanitaire et médico-social » Mémoire de directeur des soins, EHESP, 55p
- MODULE INTERPROFESSIONNEL, 2012 «Les pôles d'activité impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management ». EHESP, 24p.

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Guide d'entretien Directeur des soins

Annexe n° 2 : Guide d'entretien Cadre Paramédicaux de Pôle

Annexe n° 3 : Guide entretien Médecin Chef de Pôle

GUIDE ENTRETIEN DIRECTEUR DES SOINS

PRESENTATION DE L'INTERVIEWER

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de la réalisation de l'entretien
- Présentation du thème exploité

QUESTIONS POSEÉS

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction de DS ? Dans cet établissement ?

Impact mise en place des pôles

Par rapport à votre positionnement ? Vos missions ? Votre fonction ?

Collaboration

- Quels sont vos principaux collaborateurs ?
- En quoi la collaboration avec les CPP est indispensable ?
- Quelles sont vos attentes à l'égard des CPP ?
- Quelles sont les qualités que doit posséder un CPP ?
- Existe-t-il des leviers pour instaurer une collaboration efficace avec les CPP ?
Existe-t-il des freins pour instaurer une collaboration avec les CPP ?

Relations

- Quelles relations entretenez-vous avec les CPP ?
- A quelles occasions et sur quels sujets ? A quelle fréquence ? Temps formel ou informel ?
- Comment qualifieriez-vous ces relations ?

Positionnement

- Comment percevez-vous votre positionnement auprès des CPP ?
- Quel mode de management vous adoptez avec eux ?
- Avez-vous l'autorité hiérarchique de l'encadrement ?
- Cela vous semble-t-il indispensable ?
- Si oui, Pourquoi et en quoi est-ce indispensable ?

ANNEXE 2

GUIDE ENTRETIEN CADRE PARAMEDICAL DE PÔLE

PRESENTATION DE L'INTERVIEWER

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de la réalisation de l'entretien
- Présentation du thème exploité

QUESTIONS POSEÉS

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction de CPP ? Dans cet établissement ?

Collaboration

- Quels sont vos principaux collaborateurs ?
- En quoi la collaboration avec le DS est indispensable ?
- Quelles sont vos attentes à l'égard du DS ?
- Quelles sont les qualités que doit posséder un DS ?
- Existe-t-il des leviers pour instaurer une collaboration efficace avec le DS ?
- Existe-t-il des freins pour instaurer une collaboration avec les DS ?

Relations

- Quelles relations entretenez-vous avec le DS ?
- A quelles occasions et sur quels sujets ? A quelle fréquence ? Temps formel ou informel ?
- Comment qualifieriez-vous ces relations ?

Positionnement

- Comment percevez-vous votre positionnement auprès du DS ?
- Quel mode de management adopte-il avec vous ?
- A-t-il l'autorité hiérarchique sur l'encadrement ?
- Cela vous semble-t-il indispensable ?
- Si oui, Pourquoi et en quoi est-ce indispensable ?

GUIDE ENTRETIEN MEDECIN CHEF DE PÔLE

PRESENTATION DE L'INTERVIEWER

- Présentation personnelle
- Présentation des conditions de la réalisation de l'entretien
- Présentation du thème exploité

QUESTIONS POSEÉS

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me parler brièvement de votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction de CDP ? Dans cet établissement ?

Impact mise en place des pôles

- Selon vous, est-ce que la fonction de CDP a évolué depuis la mise en place des pôles ?
- Et en quoi a-t-elle évoluée ?
- Et celle du DS ? Et en quoi ?

Collaboration

- Quels sont vos principaux collaborateurs ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis des CPP ?
- Comment qualifieriez-vous vos relations avec le DS ?
- Quelles sont vos attentes à l'égard du DS ?
- Existe-t-il des leviers pour instaurer une collaboration efficace avec le DS?

Relations

- Quelles relations entretenez-vous avec le DS ?
- Comment qualifieriez-vous ces relations ?
- A quelles occasions et sur quels sujets ?
- A quelle fréquence ? Temps formel ou informel ?

Positionnement

- En tant que CDP, est-ce que vous avez autorité sur les professionnels du pôle ? Et de quel ordre ? Sur qui ?

MONTÈS

Véronique

Décembre 2015

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2015

Directeur des soins et cadres paramédicaux de pôle : quelle collaboration en établissement public de santé.

Résumé :

Les réformes hospitalières ont modifié l'organisation à l'hôpital et décentralisé le management.

Le directeur des soins a vu ses missions évoluer vers plus de stratégie, de coordination, en complément des missions de niveau plus opérationnel. Les cadres paramédicaux de pôle sont devenus de véritables gestionnaires avec plus de marge de manœuvres.

L'enquête a permis de montrer que pour collaborer efficacement avec les cadres paramédicaux de pôles, le directeur des soins doit développer des relations étroites basées sur la confiance, la transparence et la loyauté.

Cette collaboration est indispensable pour le directeur des soins pour pouvoir assurer ses missions dans l'équipe de direction et au niveau des instances, être force de propositions pour le directeur.

Elle a permis de montrer aussi, qu'il existe des leviers pour favoriser la collaboration avec les cadres paramédicaux de pôle et les chefs de pôles et que la capacité du directeur des soins à se positionner contribue à cette collaboration.

Le directeur des soins a toute sa place dans ce contexte, et il la prendra en faisant évoluer son positionnement vers un rôle plus stratégique et vers toujours plus de collaboration, de coordination et de communication entre les différents acteurs. Il peut contribuer ainsi au développement des stratégies médicales et soignantes de territoires.

Ce sont là des leviers à saisir pour le directeur des soins afin d'accompagner les indispensables changements à venir, pour toujours améliorer le service rendu aux patients.

Mots clés :

Gouvernance – HPST – Subsidiarité - Transversalité- Accompagnement – Soutien - Collaboration – Confiance – Proximité – Culture managériale partagée

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.