



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

Par-delà de toutes territorialités :

**La gouvernance de l'encadrement paramédical, un enjeu de
coordination pour la direction des soins.**

Frédéric Pauze

Remerciements

Je remercie ma femme et mon fils qui m'ont accompagné durant cette année charnière pour notre famille.

Tous les professionnels rencontrés et les enseignants de l'EHESP, qui durant cette année de formation, par leurs échanges, leurs partages d'expériences m'ont aidé à la préparation du mémoire et ma future prise de fonction.

Je remercie le Service de Santé des Armées, ma hiérarchie qui m'a octroyé les conditions nécessaires à la réalisation de ma carrière.

« Toute activité se conduit dans un milieu résistant ».

Clausewitz

Sommaire

Introduction.....	2
1 Premier constat	3
2 Le cadre conceptuel	6
2.1 L'appropriation des rôles par l'encadrement	6
2.1.1 De l'identité personnelle à l'identité collective	6
2.1.2 La place du rôle comme identification sociale	7
2.2 De la politique à la gouvernance.....	9
2.2.1 La gouvernance.....	9
2.2.2 Redéfinir la localisation des pouvoirs.....	10
2.2.3 Un processus décisionnel.....	12
2.2.4 Un contrat communicationnel	16
3 La friction avec la réalité.....	19
3.1 Le cadre de l'exploration.....	19
3.1.1 Les outils	21
3.1.2 Les limites	23
3.2 Analyse des observations.....	23
3.2.1 Stage 1	23
3.2.2 Stage 2.....	27
3.3 Analyse des entretiens	31
3.3.1 L'encadrement paramédical.....	32
3.3.2 DH et P-CME.....	33
3.3.3 CGS/DS.....	35
4 Diagnostic des analyses.....	39
4.1 En référence à J-D Reynaud	39
4.2 En référence au terrain	40
5 Les principes d'une gouvernance managériale.....	42
5.1 La cohésion : l'action collective et le processus décisionnel.....	43
5.2 La cohérence : rendre lisible, intelligible	44
6 Préconisation : Piloter et manager un projet de gouvernance.....	46
6.1 Fiche technique pour un projet de gouvernance	47
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la performance.
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation.
ARS : Agence régionale de santé.
CGS : Coordinateur général des soins.
CHU : Centre hospitalier universitaire.
COFRAC : Comité français d'accréditation.
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.
CPP : Cadre paramédical de pôle.
DH : Directeur d'hôpital.
DRH : Direction des ressources humaines.
DS : Directeur des soins.
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique.
EI : Elèves infirmiers.
FF : Faisant fonction.
GH : Groupement hospitalier.
GHT : Groupement hospitalier de territoire.
HIA : Hôpital d'instruction des armées.
HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires.
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers.
IGAS : Inspection générale de l'action sociale.
IPDMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour.
OS : Organisations syndicales.
OTT : Organisation du temps de travail.
P-CME : Président de commission médicale d'établissement.
SSA : Service de santé des armées.
TPRE : tableau prévisionnel des effectifs rémunérés.
U.E : Union européenne.

Introduction

L'hôpital doit être en mesure de s'adapter à son environnement, son territoire. Notamment au regard des politiques de santé et de leurs évolutions règlementaires et budgétaires, comme aux innovations en santé, aux nouvelles générations de soignants et à la place prépondérante des citoyens au sein de la démocratie sanitaire. Les établissements de santé doivent finalement être en capacité de créer de nouvelles compétences pour faire face aux défis de demain et d'aujourd'hui, à l'instar des groupements hospitaliers de territoires. L'hôpital est de ce fait passé d'un lieu géographiquement et politiquement éloigné, centré sur lui-même, à celui d'une *agora* ouverte sur la société au centre de nos futures mégapoles et des débats politiques et économiques.

Cette dynamique de transformation a été renforcée par les différentes lois de santé publique. La réforme Mattei avait comme enjeu la modification des relations budgétaires entre les hôpitaux et les autorités de tutelle. L'objectif était d'initier une décentralisation de la gestion financière et des soins vers les hôpitaux. Le plan « Hôpital 2007 » dans la même logique d'autonomie, est à l'origine de la tarification à l'activité (T2A) et de la notion de « *nouvelle gouvernance* » par la création des pôles d'activités. La loi du 21 juillet 2009, dite « *Bachelot* », portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST), va intensifier cet élan de modernisation des hôpitaux en associant le corps médical et le corps des cadres de santé à la décision par délégation vers les pôles. Plus récemment, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a initié un nouveau mode de coopération entre les établissements de santé à l'échelle d'un territoire. Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) ont l'objectif à partir d'un projet médico-soignant partagé de permettre de soigner mieux et à moindre coût à l'échelle de leurs territoires.

Ces transformations impliquent l'encadrement hospitalier. Le corps des cadres de santé, managers de proximités ou supérieurs sont l'articulation indispensable pour les directions d'établissements à la mise en œuvre de ces réformes. Dans son rapport Chantal de Singly mettait en avant leur rôle comme « *élément crucial* »¹ mais également « *des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle, un besoin d'être aidé, un besoin de reconnaissance et de confiance* ».²

¹ DGOS- Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009

² *Ibid.*

Parmi les recommandations du rapport on retrouvait l'exigence de développer la participation des cadres aux décisions hospitalières, de clarifier et de renforcer leurs rôles au sein des gouvernances des établissements de santé. Dans cette même perspective, le rapport de l'inspection générale de l'action sociale (IGAS) en 2010 de M. Yaël et C. Mounier³, s'accorde à dire que le rôle des cadres a évolué, « *au point d'être devenu assez écrasant, protéiforme, avec un contenu croissant d'activités invisibles* ». Edouard Couty en 2013 évoquait lui aussi « *la nécessité de reconnaître et de réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution* »⁴.

1 Premier constat

A partir de mon expérience professionnelle de faisant fonction (FF) de directeur des soins, je confirme que la question de la reconnaissance et de l'affirmation du positionnement des cadres reste actuelle. Le corps des cadres de santé est au centre de toutes les réorganisations, aux croisements des logiques soignantes, médicales, administratives, financières, de sécurité, de qualité. Les dernières réformes hospitalières ont pu accroître leurs responsabilités et le périmètre de leurs compétences, mais paradoxalement en limitant leurs marges d'autonomie au sein des prises de décision. Cette double injonction a pu générer des ambivalences entre les équipes soignantes, le corps médical, l'encadrement hospitalier et les directions de soins, créant parfois un mal être des cadres de santé et une non reconnaissance de leurs implications institutionnelles.

En même temps, il n'est pas possible de dire que rien n'est fait. Il existe des accompagnements institutionnalisés pour la montée en compétences des cadres en difficultés comme pour les hauts potentiels. Nous ne sommes pas face à un « *no man's land* ». Durant ces accompagnements j'ai pu repérer le mal être de certains cadres sur le manque de lisibilité de leurs actions au sein du collectif d'encadrement, le manque de règles communes et partagées à la réalisation de leurs missions, parfois aussi une perte de sens de leur travail, coincés entre un « *rôle prescrit* » par l'institution et un « *rôle construit* » pour répondre au terrain.

L'élément initiateur à ma réflexion prend son origine lors de mes fonctions en direction centrale à la sous-direction hôpitaux-recherche du Service de Santé des Armées (SSA). Durant la collaboration avec les directions d'établissements de nos huit Hôpitaux

³ Yaël L.M Mounier, 2010, Rapport IGAS « *quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* »

⁴ Ministère de la santé et des affaires sociales-pacte de confiance pour l'hôpital. E. Couty, 2013
Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

d'Instruction des Armées (HIA), j'ai pris conscience de l'absence d'harmonisation dans la mise en œuvre de nos politiques de gouvernance. Le positionnement des cadres de pôles aurait dû bouleverser nos lignes hiérarchiques et nos pratiques managériales. Il me semblait, au regard de nos échanges et résultats de performance, que la gouvernance de nos établissements perdurait dans une gestion encore trop centralisée aux directions. C'est-à-dire que le nouveau rôle de l'encadrement était resté de l'ordre de l'incantatoire sans une réelle déconcentration de pouvoir décisionnel ni marge d'autonomie, ou du moins sans une réelle politique de gouvernance de l'encadrement paramédical. Il est possible finalement que les acteurs de cette transformation, la direction comme l'encadrement, ne se soient peut-être pas approprié cette transformation.

Cette réflexion a conduit mes observations lors de mon année à l'EHESP. Je me suis interrogé sur l'existence de gouvernance managériale du directeur des soins qui aurait pu décliner les politiques de santé, les projets d'établissement et nationaux, garantissant une cohérence dans l'encadrement paramédical. En effet, le directeur des soins (DS) est le « *responsable de l'organisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre de ces activités dont il assure l'animation et l'encadrement, sous la responsabilité du chef d'établissement* »⁵. Les missions du DS sont donc bien la « *Structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux* »⁶ et de « *management de l'encadrement partagé et institutionnalisé* »⁷. Les stages m'ont permis de conforter mon constat initial, guidant alors mon travail de recherche sur l'année de formation à l'EHESP, ce qui m'amène à me poser la question suivante :

En quoi la définition d'une gouvernance managériale, par le directeur des soins avec l'encadrement paramédical, est-elle une aide à l'appropriation de l'évolution du rôle des cadres et optimise le processus décisionnel au regard des politiques hospitalières ?

⁵⁵ 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

⁶ EHESP. Référentiel de compétences des directeurs des soins

⁷ *Ibid.*

Il s'agirait de définir avec l'encadrement une gouvernance délimitant le processus décisionnel, pouvant aussi susciter l'appropriation et l'identification des cadres aux rôles attendus par la direction des soins tout en générant une cohésion et une cohérence des actions collectives pour répondre au mieux aux évolutions hospitalières.

Cette question de départ se décline en sous-questions :

- Comment les cadres s'approprient-ils l'évolution de leur rôle(s) ?
- Qu'est-ce qu'une politique ou une gouvernance managériale du directeur des soins ?
- Existe-t-il des formalisations de gouvernance ?
- Comment optimiser les prises de décision de l'encadrement tout en contrôlant leur pertinence ?

Ses questionnements ou hypothèses de travail, en fonction des méthodes de recherche, m'ont amené à poser un cadre conceptuel étayé sur :

- L'appropriation des rôles, c'est-à-dire le processus d'identification au rôle social,
- La gouvernance, comme une régulation de l'action collective et managériale,
- L'action de décision du manager, ou comment décrire un processus décisionnel.

Mes questionnements sont soumis à la réalité du terrain. J'ai ainsi réalisé des entretiens exploratoires auprès de directeurs des soins en gestion, en formation, des cadres supérieurs de santé, des cadres de proximité et pédagogiques sur plusieurs établissements de taille semblable et sur des Instituts de formation en soins infirmiers. (IFSI). L'analyse doit m'amener à formuler des préconisations transférables à mes fonctions de directeur des soins.

2 Le cadre conceptuel

L'analyse du concept d'identité doit me permettre de comprendre la transition de « *l'identité personnelle* » à celle « *d'identité collective* » de l'encadrement. C'est à dire comment s'opère l'appropriation d'un rôle social. Par la suite, l'analyse du concept de gouvernance doit m'éclaircir sur le passage de « *politique de gouvernement* » à celle de « *politique de gouvernance* ». Je pars de l'hypothèse que cette déconcentration et/ou décentralisation des pouvoirs induite par l'évolution de la terminologie, doit pouvoir mettre l'accent sur le principe clef pour le directeur des soins de gouvernance managériale avec l'encadrement paramédical.

2.1 L'appropriation des rôles par l'encadrement

2.1.1 De l'identité personnelle à l'identité collective

Le terme d'identité renvoie à la fois à l'identité personnelle, individuelle et à celle collective, sociale. Le concept d'identité est difficile à cerner. Son étymologie signe le caractère de ce qui est le même ou unique, tout en comportant un paradoxe. En effet, l'individu est un processus évolutif, non identique dans son histoire. Nous ne sommes plus ce que nous avons été et l'individu que nous sommes ne reste pas dans un rôle préétabli. Comme la *Métis* Grecque, l'individu s'adapte à son environnement.

En effet, l'identité individuelle se construit dès la petite enfance. Le Moi⁸ intériorise des éléments de langage, gestuelles, pensées et actions de sa relation objectale au monde extérieur. Cette phase dite d'identification introjective, décrite par Mélanie Klein à partir des travaux de S. Freud et de S. Ferenczi, permet au Moi de différencier le dedans du dehors et de devenir un Sujet, *soi*.

Cette notion d'identification est au cœur des travaux de J. Lacan. Sa conception du « *stade du miroir* » nous rappelle que le Moi de l'enfant (entre six et dix-huit mois), encore « *morcelé* » n'est pas capable de se différencier de l'autre, de son environnement extérieur. C'est devant le miroir où il va reconnaître sa propre image, en passant par le regard de l'Autre à ses côtés, qu'il va prendre connaissance de son identité.

Mais c'est principalement aux travaux d'Erikson que nous devons le concept d'identité. « *C'est un développement de toute une vie dont l'individu et la société à laquelle il*

⁸ En référence à la seconde topique freudienne.

appartient sont en grande partie inconscient. Ses racines remontent aux premières reconnaissances de soi : dans les tous premiers échanges de sourire du bébé, il a quelque chose comme une prise de conscience de soi associée à une reconnaissance mutuelle⁹. L'identité se construit de ce fait par un travail de maturation psychique et notre relation aux Autres, comme une « *réciprocité d'une affirmation sur laquelle je puis donc compter pour stimuler mon être comme ils peuvent compter sur moi pour stimuler le leur¹⁰* ».

Freud dans son dernier ouvrage en 1930, « *Malaise dans la civilisation* », laissait entrevoir que l'identité personnelle et sociale sont étroitement liées. L'individu se construit alors par des appartenances multiples et variées, par des itinéraires personnels mixtes. Cette multiplicité d'identification créant ainsi des interdépendances. Il n'y aurait donc pas une identité mais des identités. « *Les identités fleurissent comme autant d'étiquetages des cercles holistes parvenant à se fermer, à partir d'éléments très divers. Il n'y a pas élargissement de l'individu, mais élargissement de l'holisme, par dépassement de la frontière individuelle¹¹* ». Pour l'auteur, E. Enriquez¹², il serait par ailleurs impossible d'analyser une identité sans se référer à celle des autres qui l'entoure, qui la structure également socialement et culturellement.

2.1.2 La place du rôle comme identification sociale

L'homme crée ainsi son identité, par sa relation au monde extérieur. L'individu s'insère dès sa naissance, et pour certains auteurs avant même la conception, dans un tissu historique, culturel, social, c'est-à-dire dans un cadre structuré et structurant auquel il va se référer et auquel il appartient. C'est ce que Jean-Claude Kaufmann nomme le cadre de la socialisation.

Pour cet auteur le « *Rôle* » a une place prépondérante qu'il faut « *réhabiliter* ». Il a une fonction identitaire mais aussi une fonction essentielle de transmission de la mémoire sociale.¹³ Par la création d'un rôle social, l'individu ne se contente pas de « *rentrer dans un rôle* » mais cherche à l'incorporer, à se l'approprier, le transformer en *habitus*. Cette identification par introjection permet à l'individu de découvrir tout le savoir capitalisé dans ce rôle par la société.

⁹ E. Erikson, « *Adolescence et crise. La quête l'identité* ». Paris, éd Flammarion, 1980, p122.

¹⁰ *Ibid*, p222

¹¹ J.C. Kaufmann. « *Ego. Pour une sociologie de l'individu.* » Éd hachette, Paris, 2007, p231

¹² E. Enriquez, « *L'organisation en analyse* », Paris, éd PUF, 2000, p118

¹³ *Ibid*, p194

Cette capitalisation donne le sens collectif des rôles, une rationalité commune, comme une régulation de l'action des rôles par la société et des identités qui la constituent.

« *La notion de rôle est précieuse parce qu'elle permet de distinguer la position dans le système et l'individu* » ... « *Créer des règles de comportement, c'est donner un sens aux objets traîtres (faste ou néfaste, moral ou immoral, beau ou laid, efficace ou inefficace)* » ... « *Créer des règles de relation, c'est donner un sens à l'espace social*¹⁴ ».

L'individu devient alors ce que Kaufmann appelle « *l'individu-rôle* » élargissant son *Soi* pour répondre aux situations nouvelles exigées par ce nouveau rôle au sein de la société. La première étape à la réalisation de cette transformation est la prise en compte des deux temps de socialisation : le temps du choix puis de l'identification au rôle. Ce mouvement d'incorporation alternant engagement distanciation permet à l'individu de créer une nouvelle identité. « *Il faut donc renoncer à penser l'identité comme un substrat stable, qu'on aurait en soi-même*¹⁵ ». L'individu déplace ainsi son identité individuelle vers une identité collective, sociale, en devenant « *un autre que soi*¹⁶ » tout en restant soi. Arthur Rimbaud l'exprimait ainsi : « *je est un autre* ».

L'individu-rôle est alors en mesure de procéder à des changements de son identité et celle de sa structure sociale, « *dans la mesure où chacun est un acteur social il façonne le monde parfois sans le savoir et en pensant au contraire qu'il est totalement déterminé dans ses actes par le monde extérieur*¹⁷ ». En intégrant un rôle social l'individu s'identifie à un groupe d'appartenance à un groupe identitaire où les règles de conduite des rôles sont nécessaires¹⁸ et sur lesquels il a également un pouvoir de modification.

Les règles, même lors d'anomie, sont donc à la base de tout système social. Lorsqu'elles sont garanties par l'intervention d'un tiers à partir d'un contrat économique, juridique, social, politique, communicationnel ou managérial, elles agissent comme une régulation collective, une régulation sociale¹⁹, c'est à dire que dans notre travail de recherche professionnelle, la gouvernance managériale peut intervenir comme un nouvel espace de régulation.

¹⁴ J-D Reynaud « *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale* », éd Armand Colin, Paris, 2011, p48 et p316

¹⁵ Halpern. C, « *Entretien avec JC Kaufmann, devenir Autre* » identité(s), éd sciences Humaines, Paris, 2016, p103

¹⁶ E. Goffman, « *Les cadres de l'expérience* » éd de minuit, Paris, 1991, p137

¹⁷ E. Enriquez, Op Cit, p121

¹⁸ Cf Freud « *Totem et tabou* » et travaux de E. Enriquez « de la horde à l'Etat ».

¹⁹ J-D Reynaud, *Op Cit*,



En résumé :

L'analyse du concept d'identité me permet de discerner désormais l'importance du processus d'identification au « rôle cadre » de l'encadrement paramédical. Il est primordial de définir ce nouveau rôle par la direction des soins et de respecter les temps d'alternance entre engagement et distanciation pour en faciliter l'appropriation.

L'enjeu est donc d'élaborer en fonction des évolutions hospitalières, une nouvelle représentation de la professionnalité des cadres, pouvant faciliter la construction, l'appropriation d'une identité professionnelle la plus en adéquation au regard des règles institutionnelles et sociales.

2.2 De la politique à la gouvernance

Dès le début de mon projet, je souhaitais faire la distinction entre une politique et une gouvernance managériale, ceci sans revenir sur la définition connue par nous tous du management. Mon attention est de rétablir la signification de « *gouvernance* ». C'est-à-dire de dissocier « *qui doit gouverner : le gouvernement, la politique* » vers « *comment gouverner les hommes : la gouvernance* ». Cette question de déplacement de la terminologie de « *politique* » à celle de « *gouvernance* » au sein d'un établissement de santé doit permettre une meilleure compréhension de la coordination des multiples acteurs pluridisciplinaires, où chacun à sa propre identité, autonomie professionnelle et conception du pouvoir, c'est-à-dire s'interroger plus particulièrement sur la régulation collective sur la gouvernance des « *individus rôles* ».

2.2.1 La gouvernance

Gouverner, gouvernail, gouvernement, gouvernance... Du grec « *kubernân* », puis du latin « *gubernare* », à partir duquel on obtient les terminaisons actuelles. L'origine grecque introduit l'analogie maritime qui sera déclinée par le latin « *gubernaculum* », « *gubernaclum* », soit l'aviron, le gouvernail. C'est-à-dire l'outil qui permet de suivre la décision du « *gubernator* » (le timonier).

De nos jours, le même terme désigne les outils de direction et de gouvernement des hommes et des choses. Cette déclinaison donne dans le domaine de la politique, les

termes de « *gouvernabilité* », de « *gouvernementalisme* », de « *gouvernementalité* », c'est-à-dire de l'aptitude ou de la capacité à gouverner, « *la gouvernance de la gouvernance*²⁰ ». On distingue trois niveaux de la gouvernance²¹, celle de la gouvernance du temps, de l'environnement et celle des individus et des organisations.

La gouvernance se définit donc comme la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité²². La gouvernance serait donc un « *processus continu par lequel les intérêts en présence, les conflits qui en résultent sont harmonisés, donnant naissance à des coopérations*²³ ».

2.2.2 Redéfinir la localisation des pouvoirs

La notion de « *gouvernance* » est apparue en France comme le mot d'ordre des années 1990 afin de moderniser la vie publique. Cette notion a pris son essor lors de notre intégration européenne. En effet, l'U.E n'ayant pas la configuration et les pouvoirs d'un état, elle ne concentre pas tous les pouvoirs dans un organe dominant. L'U.E procède selon une gouvernance par contractualisation entre les états membres, les régions comme un processus de codécision entre différents niveaux de gouvernement²⁴.

La gouvernance oblige ainsi à repenser les équilibres et la localisation des pouvoirs entre centralisation et décentralisation, elle implique un décloisonnement de la hiérarchie verticale. Eternelle bataille entre Girondins et Jacobins : les Jacobins rêvaient d'une République idéale et rigide imposant l'efficacité d'une structure et d'un gouvernement fort et les Girondins à partir du principe de subsidiarité, partisans d'une vraie décentralisation, voulaient attribuer aux corps administratifs des départements les détails de l'administration intérieure en ne laissant au centre que la surveillance.

La gouvernance relève ainsi plus de solutions consensuelles que de formules autoritaires, elle favorise le choix de la négociation et du compromis à celui de l'autoritarisme vertical, ceci dans le cadre d'un processus d'élaboration collective. Il s'agit de coordonner l'action et d'obtenir la coopération. Comme le dit l'auteur Philip Schmitter²⁵ « *la gouvernance est une méthode de régulation d'une vaste série de problèmes ou conflits, par laquelle/lequel*

²⁰ Perez. R, « *La gouvernance de l'entreprise* », Paris, éd la découverte, 2010, p29

²¹ Marchesnay. M « *Gouvernance et performance des organisations. Les limites de la doxa managériale* », éd Innovations, Paris, p131 à 145

²² AP Constandriopoulos, département de la santé et GRIS, université de Montréal, Canada, 2008

²³ P. Moreau Defarges, « *La Gouvernance* ». Paris, 2003, PUF.

²⁴ Livre Blanc de la Gouvernance européenne, Bruxelles, le 25/07/2001.

²⁵ Schmitter. P « *Réflexions liminaires à propos du concept de gouvernance* » éd Bruylant, Bruxelles, 2000, p51

les acteurs parviennent régulièrement à une prises de décisions mutuellement satisfaisantes ou contraignantes, à travers la négociation et la coopération ».

Dans le secteur de la santé, c'est sous la politique de santé du « *plan Juppé* » en 1996, que la notion de « *nouvelle gouvernance* » est apparue. La création et la définition des missions des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) était d'effectuer un pilotage décloisonné des soins hospitaliers par l'intermédiaire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les ARH et les établissements. C'était aussi l'esprit de l'ordonnance de 2005 et la loi HPST de 2009 par la création des pôles d'activités : impliquer les directions d'établissements à la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance interne pour initier un déplacement des pouvoirs et du processus décisionnel vers les producteurs de soins. Le dénominateur commun, articulé aux considérations économiques, est de développer une coordination générale plus souple, plus participative, plus démocratique avec une boucle décisionnelle fondée sur le principe de subsidiarité, plus courte, au plus près des acteurs de terrain.

Les politiques de santé, L'Etat tend ainsi à s'ouvrir, à se décloisonner, à associer les différents intérêts à l'élaboration de choix collectifs de management. En reprenant les propos de JP. Gaudin²⁶ et de J. Chevallier,²⁷ la gouvernance apparaît comme la condition d'une régulation efficace en associant les intéressés à la définition des règles du jeu pour un bon équilibre d'ensemble pouvant être formalisé par la contractualisation.

Au sein du SSA et plus particulièrement à l'hôpital d'instruction des armées de Clermont-Tonnerre à Brest, c'est dans ce sens que nous avons défini la procédure de fonctionnement de la gouvernance du pôle BARU²⁸ (Bloc, Anesthésie, Réanimation, Urgences). Cette gouvernance se devait d'être une coordination régulant le pouvoir et la communication horizontalement. Cette notion concernait les processus de nos actions collectives d'acteurs du soin en s'appuyant sur la création de moyens *ad hoc* comme un processus d'autorégulation. Cette nouvelle technique nous a assuré la gouvernabilité de notre gouvernance²⁹ en lien direct avec la participation de l'encadrement (chef de service et cadre de santé). En reprenant les propos de Michel Foucault³⁰, nous avons défini la gouvernabilité par la capacité d'assurer « *l'arrimage* » entre les besoins des équipes de

²⁶ Jean-Pierre Gaudin, « *Gouverner par contrat* », éd Sciences Po, Paris, 2007

²⁷ Chevallier. J « *La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ?* » Revue française d'administration publique, 2003, p203

²⁸ Annexe 3

²⁹ Procédure de gouvernance du pôle BARU, Médecin chef M. Ould-Ahmed, ICaSS Pauze. F

³⁰ M. Foucault, « *La Gouvernamentalité* », Revue Le portique, Actes, N°54 p15, 1986.

Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

soins, la gouvernance du pôle et les changements de notre environnement. L'objectif étant de rendre gouvernable le processus de notre action collective en trouvant des solutions à la fois acceptables et efficaces. Cette technique de gouvernance managériale nous a permis également de fédérer l'ensemble des personnels autour du pôle.

2.2.3 Un processus décisionnel

La gouvernance comme processus implique de repenser « *qui doit gouverner* » vers « *quelle gouvernance* », c'est-à-dire de reconsidérer la localisation des pouvoirs et le processus décisionnel. La prise de décision n'est alors pas uniquement dans les mains d'un seul représentant mais elle est considérée comme un circuit décisionnel, un processus étayé sur la notion de subsidiarité. La direction validant ou pas les modalités d'interventions et les marges de liberté des niveaux hiérarchiques et fonctionnels.

On pourrait penser que la plupart des décisions ne sont unies par aucun lien de causalité, ni davantage issue d'une déduction logique. On prend une décision car il faut faire un choix. Cependant en tant que directeur des soins on réalise l'action de décider en fonction d'un cadre d'action que nous allons appliquer. Il s'agit dans cette action managériale de données contingentes et subjectives qu'aucun savoir ne peut prédéterminer par avance. Il n'existe pas de logarithme infaillible à la prise de décision.

Pourtant lors de nos prises de décisions, nous faisons appel d'une part à la théorie de l'interprétation des règles et des normes juridiques³¹ et d'autre part à la théorie de la prise de décision en situation incertaine³². C'est-à-dire que nous faisons appel principalement au concept de l'action, dont les plus grands penseurs sont Aristote³³, Paul Ricœur³⁴ et Wittgenstein (Philosophie de l'action) et les sociologues Max Weber et Raymond Boudon pour la sociologie de l'action. Ces auteurs font remarquer qu'une action se distingue d'un simple comportement physique par la possibilité de pouvoir être évaluée. Une action peut être qualifiée d'intentionnelle ou de rationnelle. La volonté serait le critère même utilisé pour parler d'une action, de la volonté à l'action.

La relation entre « *volonté* » et « *action* » n'est pas de type causal mais bien une relation d'ordre logique et conceptuelle au sein d'un processus de décision décrite par le comportement managérial. C'est-à-dire, ce qui caractérise l'action de prendre une

³¹ Théorie juridique de l'interprétation des règles.

³² Théorie militaire développée en école de guerre

³³ Ethique à Nicomaque.

³⁴ Le concept philosophie de volonté, cours Montréal 18 septembre 1967

Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

décision, n'est pas le fait de l'écrire, ni de désirer le faire, mais de le réaliser au sein d'une gouvernance établie, à un moment précis et selon une certaine forme, c'est-à-dire dans un contexte normatif au sein duquel cette action prend sens.

Il faut donc considérer qu'il n'y a pas une règle mais des interprétations de la règle en lien avec la gouvernance contractualisée. Il faut donc recontextualiser l'*interprétation* de la règle par le manager. C'est à dire remettre dans le contexte dans lequel le décideur va mettre en œuvre son action de décision au regard des objectifs à atteindre.

Par exemple en tant que directeur des soins nous prenons en compte plusieurs dimensions comme :

- L'équilibre financier de la structure,
- Les différents indicateurs hospitaliers, ratios de personnel, IPDMS, la charge en soins
- Les réglementations professionnelles, code de santé publique et du travail,
- L'amélioration de la qualité de vie au travail,
- La qualité des soins,
- Le cadre managérial de coordination
- La politique d'établissement et nationale.

L'action engage le décideur, le directeur dans un processus d'individualisation. C'est-à-dire comme un processus d'affirmation de son individualité professionnelle au sein d'une institution. Les choix stratégiques de ces actions et ces décisions, impliquent l'organisation dans sa globalité et sur le long terme, et sa responsabilité, son « être » professionnel. C'est à dire que cette décision permet l'individuation de l'action au sein d'une organisation normative, comme une stratégie de positionnement du directeur des soins.

En effet, par l'action de décider au sein d'une gouvernance, c'est aussi sa légitimité, son expertise des organisations des soins que le directeur des soins met « *en-jeu* ». Il doit savoir à la fois manager les projets institutionnels, l'équipe d'encadrement, être un manager stratégique et avant tout de tenir le rôle de ses responsabilités, de ses décisions.

A ce titre la mission du directeur des soins est d'assurer la responsabilité des activités mises en œuvre, il lui appartient de définir et répartir les missions entre les agents, l'organisation et le pilotage pour atteindre les objectifs collectifs comme individuels. Le DS

est le « *représentant* » des organisations de soins, des paramédicaux, des professionnels à former pour demain, donc des différents « *corps de métier* » qui exercent au sein des établissements de santé comme en instituts de formation. C'est à ce titre que le directeur des soins « *personnifie* » les agents d'une structure, d'une organisation de travail ou pédagogique.

Cette vision individualisée de terrain contribue ainsi à la compréhension afin de mieux anticiper, influencer, les dynamiques de changements à venir, pour la direction, comme pour les équipes de terrain. Cette information est primordiale pour le décideur, il lui permet d'avoir une connaissance, même approximative, des organisations de soins, de la réalité du terrain. Cette analyse lui permet alors de réduire les champs des incertitudes lors de ses prises de décision. C'est de cette faculté d'analyse des organisations des soins et des équipes que naît le style de « *commandement* » du directeur, fondé à la fois sur le principe de subsidiarité mais aussi la confiance, la culture partagée et une gouvernance cohérente.

Ce principe est utilisé depuis la nuit des temps par les armées. En effet, en partant de mon expérience militaire, de « *l'art du commandement*³⁵ » et des stratégies militaires (Clausewitz, Aron, Lieutenant-Colonel Goya, Général Desportes etc.), le principe de décision dans l'incertitude est la notion inhérente au commandement. L'incertitude est l'une des vérités intangibles de la guerre et ceci malgré l'information transmise et traitée en direct au commandement, la modernisation des techniques de guerre et l'évolution des combats. Il en reste pas moins que « *la clef de l'efficacité du commandement demeurera, au fond, la capacité de traiter le problème de l'incertitude*³⁶ ».

Cependant il ne suffit pas de décider sinon de commander, de gouverner ses troupes pour diriger l'action de guerre. Les théories du commandement militaire sont de ce fait fondées sur la décentralisation, la subsidiarité, mais aussi sur la confiance et la culture partagée : « *le rôle du chef devient clair : il est de définir le projet commun et de construire la bulle de liberté d'action au sein de laquelle le subordonné pourra exercer pleinement son autonomie* ». Une grande souplesse est demandée au commandement, préférant l'initiative à propos que l'action absurde pouvant mettre en péril la mission et les hommes. En effet, il existera toujours une zone d'incertitude entre l'acte de décider et la réalité, ce que l'on appelle la « *friction*³⁷ » avec la réalité du terrain.

³⁵ John Keegan, « *L'art du commandement* », éd Perin, 2010, 566p, Clausewitz

³⁶ Général V. Desportes, « *Décider dans l'incertitude* » éd Economica, 2015, 240p

³⁷ Clausewitz, « *Principes fondamentaux de stratégie militaire* », éd Mille et une nuit, 2006, 93p

Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

De ce fait le commandement disciplinaire, l'exécution protocolaire de procédures détaillées et complexes « *doivent inspirer la plus grande méfiance. On y préférera les nouveaux maîtres-mots du savoir commander, la coordination et la liberté, bref, le commandement indirect ou par influence*³⁸ ». L'objectif étant de permettre une autonomie d'action, d'adaptation et d'appropriation du bataillon à la réalité du conflit, de surmonter la friction dans la mise en œuvre de la décision.

Et même si le monde hospitalier n'est pas la guerre, les plus grandes stratégies de management sont issues d'analyse stratégique militaire et certaines compétences peuvent en être transférables. Dans notre univers hospitalier évolutif, il existe de plus en plus d'incomplétude contractuelle créant des zones d'incertitudes, des problèmes face auxquels il n'existe pas encore de réponses. Ces problèmes sont organisationnels, humains, techniques etc. La recherche de solution se fait donc en incertitude.

Pour la direction comme l'encadrement notre fonction réside à lever cette incertitude et en tirer une forme d'autonomie, mais également une forme de pouvoir. Celui qui maîtrise une zone d'incertitude détient ainsi du pouvoir dans l'organisation (M. Crozier, E. Friedberg, 1977). Cette zone d'incertitude est surtout une opportunité d'apprentissage aussi bien individuel qu'organisationnel pour la gouvernance.

La construction d'une gouvernance avec l'encadrement n'est pas uniquement le contrôle de l'action collective comme nous venons de le voir, mais elle est aussi habilitante.³⁹ Elle confère une zone d'autonomie aux managers en préservant cette zone d'incertitude habilitante pour l'organisation : la zone de subsidiarité. Napoléon disait en parlant du principe de subsidiarité que « *le commandement en chef ne doit indiquer que la direction générale, déterminer simplement les buts à atteindre ; quant aux moyens à employer pour y parvenir, ils doivent être abandonnés au libre choix des organes d'exécution, sans quoi le succès est impossible* ».

On recherche ainsi par la construction d'une gouvernance, une conception centralisée et une exécution décentralisée dans un cadre d'action délimité et cohérent pour tous.

³⁸ *Op cit 31*

³⁹ Gérard. Charreaux, (1989) « *La théorie des transactions informelles : une synthèse* », éd Faculté de science économique, Bourgogne.44p

La gouvernance managériale du directeur des soins possède en conséquence deux composantes du contrôle du processus décisionnel⁴⁰ :

- une composante régulatrice qui borne la zone d'incertitude managériale de l'encadrement,
- une composante habilitante qui préserve cette zone d'incertitude pour définir leur marges d'autonomie et décisionnelle.

La gouvernance peut alors être envisagée comme un ensemble de normes construites et tacites auxquelles se réfère la direction et les cadres lorsqu'ils sont amené à s'emparer de la zone d'incertitude pour exercer leurs fonctions.

2.2.4 Un contrat communicationnel

La gouvernance se conçoit donc principalement sur le modèle de la coordination de la coopération des équipes plutôt que de l'autorité verticale, dans la contractualisation du pouvoir et des prises de décisions plutôt que dans leur concentration au sommet⁴¹.

Cette conception du partage de la décision et du pouvoir se veut donc plus négociée qu'imposée. Elle s'appuie sur la théorie du partenariat contractualisé, comme une résonance aux C.O.M des ARS avec les établissements de santé. En effet un contrat se signe par connaissance égalitaire des informations liées à ce contrat et des engagements qui en découlent. Or dans notre système en administration centralisée étatique, les directions d'établissements, voire même dans certains cas nos directions centrales et ARS, ne détiennent pas toutes les informations et pouvoirs. Elles sont le relais, les traducteurs territoriaux d'une politique et d'un budget national.

Dès lors, comment les directions d'établissements peuvent-elles déléguer, contractualiser avec l'encadrement, alors qu'elles-mêmes ne fonctionnent pas en mode décentralisé ?

A ce stade, il me semble opportun de préciser quelle pourrait être la plus-value d'une gouvernance contractualisée avec l'encadrement. En nous inspirant de l'ouvrage de Jean-Pierre Gaudin « *Gouverner par contrat*⁴² », nous pouvons définir la contractualisation comme une dynamique de décroisement des administrations, l'introduction des formes

⁴⁰ Céline Chatelin-Ertur, Eline Nicolas « *Gouvernance et décision. Proposition d'une typologie des styles de gouvernance des organisations* », La Revue des Sciences de Gestion 2011/5 (n° 251), p. 131-144.

⁴¹ Belley J-G, « *La démocratie à l'épreuve de la gouvernance* » éd Les presses de l'Université d'Ottawa, 2001, p158

⁴² Jean-Pierre Gaudin, « *Gouverner par contrat* », éd Sciences Po, Paris, 2007.

de collaboration, ciblées et limitées dans le temps. Le contrat est alors « *une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose*⁴³ ».

La gouvernance contractuelle permet de confirmer et d'approfondir des regroupements préexistants, et d'en faire naître de nouveaux. Pour l'auteur au travers de la multiplicité des chartes, conventions, contrats dont les intitulés sont souvent incertains, court un même fil : l'imaginaire du contrat⁴⁴. Les hommes ne font société et ne deviennent sujets que liés par des symboles. La symbolique du contrat a cette charge idéologique forte, celle d'avoir l'impression de travailler de manière plus ouverte, comme un libre engagement de chacun, une connotation d'un échange légitime et l'adhésion à des normes communes discutées et contractualisées entre les parties.

L'effet principal réside alors dans la méthode elle-même : l'adhésion à un projet commun, à une négociation explicite, à la solennisation d'un engagement, à la participation d'un débat où l'argumentation raisonnée crée, au-delà des négociations calculatrices, un sentiment renforcé de « *l'être ensemble*⁴⁵ ».

La décision contractuelle serait alors marquée par une véritable délibération, un droit à communiquer. Communiquer en apparence est un acte individuel libre mais en réalité c'est un acte social, contractuel. En effet, pour Rodolphe Ghiglione⁴⁶, ainsi que pour les tenants de l'interaction communicationnelle et les psychanalystes (Lacan, Jung), le langage est structuré comme une société. Les sociétés sont régies par des lois, des règles qui définissent les rôles de chacun, et régissent l'acte individuel.

Pour Rodolphe Ghiglione « *communiquer c'est co-construire une réalité à l'aide de systèmes de signes* ». Les directions ont besoin d'interlocuteurs sociaux constants pour co-construire une réalité commune de travail et de négociation, pour s'entendre à partir du réalisme économique. C'est dans ce sens que ses collaborateurs élaborent « *un contrat de communication* » qui prend la forme d'une politique contractuelle. Un lieu, un espace délimité où l'on s'écoute, on s'entend, et où on accepte également de rompre le discours.

⁴³ Le Petit Robert

⁴⁴ J-P Gaudin, *op cit*, p57

⁴⁵ J-P Gaudin, *op cit*, p117

⁴⁶ R. Ghiglione, « *L'homme communicant* », Paris, A. Colin, collection U, 1986.

Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

Pour Patrick Charaudeau⁴⁷, parler de la communication humaine, c'est parler de l'identité du sujet parlant, en tant qu'être communicant et son droit à communiquer. C'est à dire pour tout sujet qui veut parler se pose la question de savoir s'il est fondé à le faire, faute de quoi il n'existerait pas en tant que sujet parlant. Communiquer serait conquérir le droit à la parole en tenant compte des contraintes du marché social du langage. Chaque individu doit donc mettre en œuvre des stratégies de légitimation, de crédibilité et de captation à travers une mise en scène discursive.

Les établissements de santé peuvent reconnaître ce droit à communiquer en institutionnalisant une égalité d'accès à ce droit. Pour que cet acte de communication se réalise, il faut que les sujets parlant d'une communauté reconnaissent ce droit réciproque à parler et à construire du sens, c'est le contrat de communication, comme un cadre de reconnaissance pour que s'établissent l'échange et l'intercompréhension, le droit à se mettre à la table des négociations comme un égal.

Pour Patrick Charaudeau le contrat de communication est de l'ordre de l'imaginaire social (ce qui ne veut pas dire qu'il soit fictif). Il lie les partenaires autour d'une alliance leur permettant de *co-construire* du sens tout en *s'auto-légitimant*. Ce cadre détermine ainsi *l'identité* des partenaires, et les *rôles* qui leur sont attribués. Il peut être actualisé selon les partenaires qui s'y trouvent impliqués, se modifier avec le temps, parallèlement à la modification des pratiques professionnelles et des représentations sociales des rôles.

Pour l'auteur la reconnaissance de ces relations contractuelles est une des conditions pour que les participants mesurent la marge de manœuvre qui leur permettra respectivement de maintenir leur droit à la parole, de développer leur influence sur l'autre, soit de garantir leur marge d'autonomie dans leur *rôle social* et de garantir l'intégrité de leur *identité professionnelle* au sein de la gouvernance.

∴

⁴⁷ P. Charaudeau « *le contrat de communication dans la situation de classe* » centre d'analyse du Discours, Université de Paris 13.

En résumé : « *C'est le monde des mots qui crée le monde des choses*⁴⁸ ».

La gouvernance managériale par contrat, outil de gouvernabilité, doit donc dépasser ses propres limites médico-économiques, de pouvoirs, de confrontation d'égos, et s'axer sur la symbolique du contrat communicationnel. C'est à dire se détacher d'un « *contrat reconnaissance* » comme une attente d'autorisation, vers une négociation explicite de l'action inscrite dans une coproduction décentralisée de la gouvernance de l'établissement.

La construction d'une gouvernance managériale avec l'encadrement, ayant une composante régulatrice et une composante habilitante, pourrait garantir à tous, un cadre d'action collectif délimitant les marges d'autonomie et les prises de décisions par subsidiarité.

3 La friction avec la réalité

3.1 Le cadre de l'exploration

Issu du service de santé des armées (SSA), j'ai le désir depuis mon entrée à l'EHESP d'appréhender une vision nouvelle du directeur des soins en milieu civil et plus particulièrement au sein d'un établissement de santé de la fonction publique en partenariat avec notre institution.

A ce jour, dans le cadre de notre formation à l'EHESP, nous avons réalisé deux stages de quatre semaines. Le premier du 13 février au 10 mars, le second du 22 mai au 16 juin.

Le premier avait pour objectif « *d'appréhender la fonction de directeur des soins* », le second « *d'appréhender la dimension managériale dans la fonction du directeur des soins qui sera exercée à l'issue de la formation* »⁴⁹.

J'ai ainsi effectué mon 1^{er} stage en gestion au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU) intégré dans un groupement hospitalier (GH), où j'ai découvert les activités de la fonction de DS et son périmètre de compétences. Quant à mon 2^{ème} stage, il s'est déroulé auprès d'un DS en coordination de deux IFSI. Ce stage en formation m'a permis de

⁴⁸ J. Lacan, Ecrits « *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* » éd Seuil, Paris, p246.

⁴⁹ Programme de formation EHESP, promotion 2017. Directeur des soins

découvrir les activités du DS en coordination d'IFSI intégrés à un groupement hospitalier, ses liens avec une administration centralisée et la gouvernance mise en œuvre pour conduire deux équipes pédagogiques distantes et différentes.

J'ai donc concilié le projet de mémoire avec l'élaboration des notes de situation. Lors du premier stage j'ai pu analyser l'activité du DS dans « *l'identification des besoins et la répartition des ressources disponibles* ». L'exercice de cette compétence par mon maître de stage avait une dimension plus particulière lors des réunions dites de « *lissages* » des plannings avec les cadres paramédicaux de pôle (CPP). Je me suis focalisé sur l'analyse de ces réunions, entre les CPP et le DS, non seulement comme un outil au service de la performance de l'institution dans le cadre de la mise en place de la nouvelle organisation du temps de travail (OTT) sinon comme une stratégie de positionnement du DS dans la gouvernance managériale qu'il réalisait avec l'équipe d'encadrement.

Lors du second stage, j'ai analysé l'activité du DS dans « *la contribution aux processus des décisions institutionnelles* » et « *le management de l'encadrement partagé* ». L'exercice de ces compétences par mon maître de stage prenait une dimension caractéristique lors de la répartition des équipes pédagogiques en lien avec les promotions d'étudiants. J'ai analysé ce processus décisionnel, non seulement comme un instrument au service du projet pédagogique et de l'école, sinon comme une stratégie de positionnement de la gouvernance du DS coordinateur de deux établissements de formation.

Au-delà de l'élaboration de ces deux notes de situations et de mes observations, j'ai effectué mes entretiens au sein de plusieurs CHU de la même région. Sur les conseils de mon premier maître de stage, j'ai également pris rendez-vous auprès d'un coordinateur général des soins (CGS) ayant mis en œuvre un schéma d'encadrement de GH, modalité de gouvernance proche du sujet de mon mémoire.

Pour mieux appréhender l'analyse de mon enquête, j'ai trouvé propice de recontextualiser mes entretiens exploratoires, non pas sur une description structurelle des établissements, mais plutôt sur les modalités de coordination des soins. Mon objectif n'est pas de réaliser une comparaison entre ces différentes coordinations, mais de replacer les dires des interviewés au regard de leur gouvernance de référence pour en tirer des pistes pour mon futur exercice.

L'entretien avec le CGS, ayant mis en place un « *schéma d'encadrement* », sera recontextualisé avec l'analyse de son interview. Celui-ci a été conduit avec une grille⁵⁰ différente avec comme objectif de comprendre les raisons de cette démarche managériale et les limites du projet que l'interlocuteur a rencontrées.

3.1.1 Les outils

Pour répondre à mon questionnement de recherche, j'ai utilisé deux méthodes ; l'observation directe durant les stages et les entretiens semi-directifs durant et hors des périodes de stage. Par ailleurs, j'ai mis un point d'honneur de transmettre un retour de mon travail de recherche aux interviewés qui le désirent.

L'observation directe⁵¹ m'a permis de décrire :

Les activités professionnelles du CGS et des DS, les décisions prises, les enjeux des différents protagonistes au sein de cette coordination des soins en GH, les enjeux formels et informels des protagonistes autour de la gouvernance managériale de la direction des soins.

Les entretiens semi-directifs :

Le public : Un P-CME, trois DH, trois DS, deux CGS, trois cadres supérieurs et deux cadres de proximité et deux cadres pédagogiques, soit 16 interviewés.

D'une durée moyenne de trois quarts d'heure, ils ont été enregistrés et retranscrits dans le secret de l'anonymat avec l'accord des personnes interviewées.

Ils m'ont permis d'approfondir mon travail d'observation et de visualiser d'éventuelles pistes d'amélioration.

La grille de mon questionnaire, ci jointe, est étayée sur le cadre conceptuel. Elle a été élaborée à partir de mes observations et des sous questions de recherche. Cette grille a guidé mon intervention et m'a permis une meilleure analyse de mes rendus. Seul l'entretien avec le CGS ayant mis en place un schéma d'encadrement, n'a pas suivi cette grille. L'entretien beaucoup plus libre, s'est déroulé comme un échange balisant largement, sinon plus, mes questions initiales. J'ai ainsi exploré quatre domaines au regard des sous questions⁵² posées.

⁵⁰ Annex 2

⁵¹ Fournier. P et Arborio. AM, « *l'enquête et ses méthodes : l'observation directe* », p49

⁵² p4 du mémoire

Les questions ont été adaptées en fonction du public :

1. Comment les cadres s'approprient-ils l'évolution de leur rôle(s) :

En quoi consiste votre travail ?

Avez-vous connaissance des enjeux actuels de l'établissement et nationaux, quels liens avec vos pratiques quotidiennes ?

Sous questions de relance :

Perçoivent-ils une l'évolution de leurs rôles.

Comment vous appropriez-vous ces évolutions de fonctions, de rôles ?

Que vous demande votre encadrement supérieur d'établissement.

Quelles sont les modalités d'accompagnement, de formation, de coaching avec la DS.

2. Qu'est-ce qu'une gouvernance managériale du directeur des soins ? :

Connaissance et définition d'une gouvernance

Différence, similitude avec une politique managériale

Sous questions de relance :

Existe-il une différence entre politique et gouvernance managériale ?

Pouvez-vous me définir la politique managériale de la coordination des soins ?

3. Existe-t-il des formalisations de gouvernance de la coordination des soins ?

Au sein de l'établissement, du GH, des tutelles, des directions centrales ?

Sous questions de relance :

Comment sont délimités les marges de manœuvres décisionnelle et d'autonomie de l'encadrement.

Existe-t-il une contractualisation avec la coordination des soins ?

Est-elle formalisée, comment vous y référez-vous ?

Comment est rythmé, planifier les actions institutionnelles de l'encadrement.

Cet état de fait, est-ce un manque ou une plus-value pour vos actions ?

4. Comment optimiser les prises de décision de l'encadrement tout en contrôlant leurs pertinences ?

Qui contrôle, accompagne vos actions et vos prises de décisions ?

Sous questions de relance :

Vous sentez vous isolé lorsque vous prenez certaines décisions, si oui pourquoi ?

Est-ce que le DS, le CGS a une fonction de contrôle de guidant dans la prise de vos décisions ?

3.1.2 Les limites

Les limites de l'enquête sont liées à mes outils et à mon positionnement à la fois d'élève et mon appartenance Militaire. Mes interlocuteurs cherchaient souvent une correspondance avec mon institution, me questionnant sur les ressemblances ou les différences avec le SSA. Afin de limiter le plus que possible les écueils de mon enquête, je me suis donné un temps avant l'analyse et faire une évaluation « à froid » de mes données collectées.

Les observations :

- Réalisées à partir des notes de stages en conséquence subjectives et hybrides c'est-à-dire à la fois des observations de stage et pour le mémoire,
- Délimitées aux périodes de stages.

Les entretiens semi-directifs :

- Technique d'enregistrement pas au point, essentiellement lors de la retranscription,
- Interviewés loquaces ou peu bavard nécessitant des relances ou une reformulation,
- Distance de temps entre les différents entretiens, (entre février et Aout)
- Difficulté de croiser toutes les données des retranscriptions, certaines réponses répondaient à plusieurs items de ma grille d'analyse,
- *Verbatim* parfois peu cohérents en dehors du contexte de l'entretien.

3.2 Analyse des observations

L'analyse des observations lors de mes stages doit me permettre de recontextualiser les modalités de coordination des soins et de l'encadrement.

3.2.1 Stage 1

La direction du GH se compose d'un directeur général, d'un président de la commission médicale, du doyen de faculté de médecine et de sept directions fonctionnelles dont la direction des soins. Les trois CHU constitutifs du GH ont une gouvernance locale avec neuf pôles inter-établissements ainsi qu'une déclinaison de la comitologie à l'identique du GH. Depuis 2009, la direction des soins du GH est dirigée par un coordonnateur général des soins et de trois DS. Chacun ayant une direction des soins d'établissement constituée de trois à quatre cadres supérieurs experts. Les cadres de pôle sont en relation directe avec le DS ou CGS référents de leurs pôles.

Le CGS est référent de :

- Deux pôles inter établissement du GH sur les trois CHU.
- Du service de suppléance du GH, regroupant tous les services de suppléances,
- Toutes les missions avec le P-CME et la direction du GH,
- Rapports et relations avec le siège,
- Le recrutement de l'encadrement et la gestion des effectifs paramédicaux au regard des TPRES avec la direction des ressources humaines.

Au regard de l'organigramme du GH, chaque DS de site en sus d'une référence polaire, se voit confier des missions transversales :

- La qualité en collaboration avec la direction qualité de son site,
- La recherche paramédicale,
- La mise en place du dossier patient informatisé,
- La gestion de l'équipe de suppléance de son site,
- La « *fédération des CPP autour d'objectifs partagés, intégrant les difficultés rencontrées dans chaque pôle⁵³* ».

La politique du GH sur son territoire de santé est une déclinaison de la politique centrale du siège. Cette autonomie « *encadrée* » est décrite dans le projet d'établissement 2015-2019 qui intègre le projet de soins du GH. Le premier axe du projet de soins est de « *redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée* ». Cet axe est adossé à la mise en œuvre de la nouvelle organisation du temps de travail (OTT) depuis décembre 2016. Il est stipulé que la direction des soins, sous la direction du CGS, doit définir son schéma d'encadrement afin d'assurer la déclinaison du projet de soins du GH et la mise en œuvre de cette nouvelle OTT en lien avec les organisations syndicales (OS) et la direction des ressources humaines (DRH).

Il est à relever que la mise en place du GH (2011) et la coordination de la direction des soins est encore récente dans l'esprit des DS et du CGS. En effet, avant la prise de poste de l'actuel CGS (2009), les trois DS de site fonctionnaient en totale autonomie de compétences, de gestion et de planification de leurs projets de soins. Leurs relations se résumaient à des rencontres pour établir les projets transversaux diligentés par l'administration centrale. Un des trois DS avait le rôle de CGS mais tous conservaient un lien privilégié avec l'administration centrale, les directeurs d'hôpitaux, les présidents de

⁵³ Projet de soins du GH

CME, les OS. Les missions transversales étaient déléguées aux cadres supérieurs de la direction des soins.

Afin de comprendre les enjeux des rôles des acteurs actuels, il est important de rappeler le positionnement du CGS au sein du GH. La direction des soins du GH est localisée sur le site de mon maître de stage. Le CGS actuel n'est pas issu de la filière infirmière. Il a été nommé en 2009. Après une passation de consigne entre l'ancien CGS et le DS de site de l'époque, le CGS fait transférer ce DS sur l'un des CHU du GH. En 2011 à la naissance du GH, le CGS ne pouvant assurer à la fois la création d'une coordination des soins du GH et la direction des soins du site, c'est vu affecter un nouveau DS qui restera en poste 9 mois. Mon maître de stage reprendra cette fonction en 2013. La direction des soins du GH dans son format actuel, soit 1 DS par site et 1 CGS de GH, date de 6 ans. A ce jour il n'existe pas de projet managérial formalisé, ni de schéma d'encadrement de GH, ni de gouvernance de l'encadrement paramédical.

Le groupement des trois CHU a été vécu par les principaux protagonistes (DH, DRH, P-CME, CGS, DS, CPP, CS) comme une évolution inéluctable, sous contrainte, mais comme une évolution favorable pour la prise en charge des patients. Toutefois les différents groupes qui cristallisent les pouvoirs du GH et/ou CHU ont des visions non analogues dans leurs finalités et des relations entre eux.

Les DH et le DG

Ils sont unis, investis par leurs croyances, formations communes, appartenance au GH. Les compétences sont définies et reconnues par l'institution et le groupe des DH. Les DG ont un réel pouvoir de leadership dans le groupe des DH. Il est à noter que les DH de site conservent leurs prérogatives et autonomie d'action. Le DG a une fonction de coordination et de pourparlers vers le siège. Leur interlocuteurs privilégiés sont le P-CME, le CGS, la DRH, les DS de site. Les DH ont la responsabilité d'une direction fonctionnelle sur l'ensemble du GH, cette fonction est prédominante sur leur mission de DH de site.

Le P-CME

Il a un lien fort avec le DG. Il est reconnu sur la place publique par son charisme, ses compétences professionnelles et son influence politique. Sa spécialité de médecin réanimateur anesthésiste lui permet d'avoir une légitimité auprès du corps médical. Il existe cependant une relative indépendance des pôles et de services fonctionnant encore de façon historique avec les DG de CHU et les DS. En effet, chaque praticien, en fonction

de sa spécialité, ses influences politiques au sein de l'APHP et/ou du ministère, peut avoir une marge d'autonomie dépassant parfois le périmètre du GH. Le P-CME interrogé sur la gouvernance de la coordination des soins exprime que pour les questions d'organisation des soins, il s'adresse au DS de site, mon maître de stage. Le P-CME a des difficultés pour me formuler la plus-value d'une direction des soins en GH sinon par un « *verbiage* » politiquement correct. Lors de mon stage, je n'ai pas vu, ni aborder une thématique de projet où le P-CME et le CGS avaient travaillé ensemble, même si tous deux disent avoir des liens « *indispensables* » et « *réguliers* ». Ses interlocuteurs privilégiés sont le DG du DH, les praticiens, le doyen de l'université, le DRH du GH.

Le CGS

Il possède une personnalité très sociable et avenante. Son mode de management est fondé sur l'affect, ses rapports avec le DG et le DH du site sont liés à des relations extra professionnelles de longue date. Ses prises de décisions ou de non-décision, la « *non décision* » est aussi un choix, génèrent parfois des ambivalences au sein de la direction des soins. De prime abord, cela peut apparaître comme une délégation d'autonomie aux DS mais je l'analyse plutôt comme un clivage volontaire laissant le champ à l'anomie, à une autonomie non régulée de l'équipe de direction des soins. Par ailleurs, j'ai noté en quatre semaines de stage que le CGS assiste peu aux instances représentatives de sites. L'exemple le plus notable a été un CHSCT de cinq heures avec uniquement 15 minutes de présence laissant le DS seul aux demandes de réponses des syndicats sur des projets initialement délégués au CGS de GH.

Les DS de sites

Mon maître de stage :

Il a une personnalité discrète, pondérée et réfléchie. Son analyse pertinente des organisations de soins lui permet d'être un interlocuteur privilégié du P-CME et des chefs et cadres de pôles du site alors qu'il n'a pas délégation sur eux. Le DS est très présent au sein du CHU pour accompagner les équipes. Pragmatique et sachant conduire ses projets il est à la fois un atout et un contre-pouvoir pour le CGS. Le DS admet difficilement cette anomie d'action collective de la direction des soins et surtout l'image que cela renvoie de la direction des soins du GH. Malgré cela il ne souhaite pas ou ne peut pas, s'engager dans la description d'une identité collective d'action, ni d'une régulation de la direction des soins de GH. Il considère que ce n'est pas son rôle de DS de site et reste mitigé sur son rôle au sein du GH. Il est attentif sans être bloquant à la réalisation d'une

direction des soins de GH. Ses interlocuteurs privilégiés sont les cadres de pôles, l'encadrement de proximité (chef et cadres), la DRH, le P-CME, le DH de site, la direction de la qualité, les OS. Il a très peu de contacts avec les autres DS de sites.

Les autres DS :

Tous deux en fin de carrière, cette situation leur convient. Ils ont trouvé d'autres centres d'intérêts et épanouissements professionnels que la coordination de la direction des soins du GH. Le manque de régulation et l'anomie de gouvernance leur permettent de rester isolés et protégés. Conscients et libres de leurs actions, ils travaillent isolement les uns des autres. On peut se demander si leurs missions ne relèvent pas plus de compétences de cadres supérieurs expérimentés que de celle d'un directeur des soins.

Les cadres supérieurs et cadre de santé :

Il existe un cadre de santé par service et des faisant fonction (FF). Il existe un cadre supérieur par pôle (CPP) et trois en missions transversales. L'encadrement paramédical est attaché à son site, son services de soins et pour les CPP à leur pôle. Les gouvernances de pôles sont constituées d'un chef de pôle, d'un référent administratif et d'un CPP. Chaque pôle a une description de ses modalités de fonctionnement, pour certains sous la forme de charte, de politique. Un pôle a une réelle gouvernance décrite avec toutes les modalités de gouvernabilité. J'ai noté que l'encadrement de proximité comme les cadres supérieurs repèrent le manque de régulation conjointe de la direction des soins du GH. L'encadrement paramédical a un attachement prégnant à la direction des soins du DS de site, même si celle-ci n'est pas référent de leur pôle.

3.2.2 Stage 2

Les IFSI « A » et « B » sont distants de 10 Kms. La répartition territoriale des IFSI est liée au GH et à l'Université de rattachement. Le GH couvre un territoire de trois départements, comprenant 1700 lits et 150 places et près de 5000 professionnels répartis sur trois CHU. Le projet du rapprochement des deux IFSI est historique. Tout d'abord sur les terrains de stages et les échanges d'intervenants puis progressivement sur un projet pédagogique et une gouvernance commune, sans que celui-ci n'aboutisse réellement. En parallèle de la création des GH en 2009, la stratégie centrale du groupe a impulsée une nouvelle dynamique de mutualisation des 50 structures de formation (Continue et initiale).

C'est dans ce cadre politique que mon maître de stage a été missionné en 2014 pour mettre en place une coordination des deux IFSI et initié une mutualisation des ressources

pour anticiper une fusion sur un site. Cette mission est potentialisée par la mise en place de la certification des instituts de formation de l'ensemble du groupe, conduite par mon maître de stage.

La coordination des IFSI

Le cadre réglementaire des instituts de formation est régi par l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et l'arrêté du 31 juillet 2009 portant autorisation des instituts de formation. Dans ce dernier, il est fait mention, dans l'annexe 2, de l'obligation de réaliser un projet pédagogique. Ce projet est au centre du processus décisionnel et du positionnement de mon maître de stage coordonnant deux équipes pédagogiques distinctes.

J'ai eu l'opportunité d'assister aux réunions de coordination générale au siège de la direction des ressources humaines. Ces réunions en présence de tous les DS en coordination d'instituts de formation sont présidées par le directeur central des formations et animées par le CGS du siège. Ces réunions ont été l'occasion de faire des liens entre le processus décisionnel de mon maître de stage et les décisions prises par la direction centrale des formations : le processus décisionnel du DS s'intègre totalement dans une politique pédagogique centralisée. Cette stratégie dite de groupe ne retire en rien les marges d'autonomie du DS mais au contraire permet de préciser les boucles décisionnelles dites « courtes » et celles dites plus « longues » fondées sur le principe de subsidiarité. En effet, toutes les prises de décisions sont la traduction d'une politique nationale à adapter au terrain, ici la formation initiale et continue des paramédicaux. Les marges d'autonomie résident dans cette liberté d'adaptation au local, au territoire. A ce jour il n'existe aucune gouvernance formalisée de cette coordination générale.

Dans le cadre de ces réunions, le regroupement des instituts a été abordé. Ce projet a un objectif proche à l'aube de 2020 et une déclinaison à plus long terme. Cette dynamique engage les DS à penser les modes de gouvernance de l'encadrement pédagogique et leurs organisations de formation au regard des professionnels à former pour demain et en rapport aux politiques de santé. C'est dans ce sens qu'il a été procédé à des regroupements d'instituts de formation par mutualisation de locaux et/ou de mutualisation des gouvernances. Les DS se voient désormais progressivement octroyer la direction de plusieurs instituts de formation et des missions transversales. Par exemple mon maître de stage a été missionné pour la mise en œuvre de la certification norme ISO 9001 sur l'ensemble des 50 structures de formations.

Cette politique de regroupement a donc nécessité de modifier les modes de gouvernance et les processus décisionnels au sein de chaque école du groupe. C'est à partir de sa mission transversale de certification et en lien avec les projets pédagogiques des deux IFSI, que mon maître de stage a réorienté sa politique managériale au sein des deux IFSI. Il lui a été nécessaire de revoir les modes de gouvernance à la fois du projet pédagogique et de l'organisation des équipes pédagogiques. L'objectif était de répliquer les modalités d'organisation aux deux structures tout en s'adaptant aux équipes pédagogiques. Son objectif secondaire est d'assurer une cohérence d'encadrement sur les deux IFSI et de commencer à initier une cohésion par une similitude de gestion, ceci pour à plus long terme fusionner les équipes.

En lien avec mon cadre conceptuel afin de mieux comprendre comment se réalise la coordination des deux IFSI, je vais vous relater l'analyse de mes observations sur le processus décisionnel de mon maître de stage quant à la répartition de l'encadrement pédagogique au sein des IFSI, qui à mon égard est au centre de cette future mutualisation de gouvernance.

Les étapes du processus

Avant la prise de fonction de la coordination des IFSI, le désidérata pour l'année N+1 se faisait en collaboration entre le DS et l'adjoint à la direction. Pour l'autre IFSI, d'une manière plus participative en laissant le choix aux cadres en fonction de leurs appétences pédagogiques.

Le processus décisionnel a donc été révisé :

1. Chaque année, les cadres pédagogiques se positionnent sur une promotion d'étudiants. Ils font trois choix hiérarchisés avec un argumentaire.
2. Les règles sont communes et affichées :
 - a. Deux formateurs suivent le cycle d'une promotion pour garantir un suivi de la connaissance des EI,
 - b. Le cadre coordinateur de promotion suit sa promotion,
 - c. Maintien d'un formateur afin de garantir la mémoire de l'année N-1,
 - d. Veiller à une homogénéité des temps partiels, des formations, des ratios.
3. Un premier état des demandes est réalisé par le DS en fonction des projets institutionnels, professionnels des cadres et de leurs objectifs annuels,
4. Un premier retour est réalisé auprès de l'adjointe pour confirmer :
 - a. Les interactions de compétences pour potentialiser la compétence collective,
 - b. Les compatibilités de personnalités pour l'harmonie d'équipe,

- c. Les missions transversales des cadres (exemple : référent qualité),
 - d. Les cadres porteurs de projets phares et du projet pédagogique,
5. Le DS reçoit individuellement chaque cadre pour lui indiquer sa mobilité,
 6. Le DS communique à l'ensemble de l'équipe les résultats validés.

En lien, avec le retour fait aux équipes pédagogiques, cette prise de décision n'est contestée par personne. Par ailleurs, elle est attendue par tous, pour une projection personnelle pour l'année à venir et comme une prise de décision relevant uniquement de la responsabilité du DS. Cette action managériale de délimitation des compétences et d'autonomie de l'encadrement pédagogique sera formalisée dans le guide de gouvernance des IFSI que mon maître de stage doit réaliser. Ce guide, ou manuel managérial (terminologie non définie lors de mon stage) doit lui permettre de répondre à l'impératif de la certification ISO 9001 et de formaliser les modalités de gouvernance pour l'ensemble des IFSI.

Les objectifs de la démarche

Cette prise de décision est au carrefour de plusieurs objectifs :

1. Respecter les ratios d'encadrement par étudiant,
2. Faire correspondre les objectifs du projet pédagogique, les primes de résultats annuels,
3. Assurer la pérennité et la vision de la gouvernance du DS par tous,
4. Veiller à la concordance des compétences pédagogiques et le niveau requis des promotions d'étudiants,
5. Créer une dynamique de mobilité des cadres sans désorganiser la coordination pédagogique des promotions et du projet pédagogique,
6. Maintenir un climat de travail harmonieux au regard des personnalités et de la charge de travail pédagogique,
7. Créer un décloisonnement et une transversalité dans la prise en charge pédagogique des étudiants,
8. Créer des poly-compétences pour améliorer la compétence collective de l'équipe d'encadrement.
9. Pourvoir aux attentes des cadres les plus mobiles tout en motivant les plus cristallisés.
10. Initier les fondements d'une gouvernance cohérente pour anticiper la fusion des IFSI.

Durant les quatre semaines de stage, j'ai assisté à des prises de décisions à fortes responsabilités et impacts pour l'avenir des étudiants, des cadres pédagogiques, des

projets pédagogiques, voir pour certains projets diligentés par la direction centrale. Cette action managériale de répartition des cadres pédagogiques pourrait sembler, de prime abord, comme peu indicative quant aux nombreuses décisions prises par le DS au cours de ses journées. Pourtant, je considère cet *épiphénomène* au carrefour de plusieurs dimensions stratégiques et surtout de la seule responsabilité du DS. L'enjeu de cette action est d'asseoir la gouvernance managériale du DS, en fonction des projets de la direction centrale et des projets locaux, mais également d'affirmer son positionnement.

∴

Résumé des observations

Stage N°1 : Le processus de développement du GH est lié aux jeux d'acteurs. Les positionnements stratégiques, parfois historiques, peuvent cristalliser une éventuelle régulation collective. Il n'existe pas encore de gouvernance de l'encadrement paramédical.

Stage N°2, le positionnement du CGS et sa lettre de mission de certification, lui permet d'initier une gouvernance avec un processus décisionnel établi et légitimé.

En synthèse : Des modalités de coordinations différentes liées :

Aux personnalités, leurs compétences managériales, aux jeux d'acteurs,

Aux terrains d'exercice, à la politique institutionnelle et d'établissement,

La gouvernance du DS comme régulation de l'action collective permet d'anticiper et s'adapter au mieux aux évolutions hospitalières. Il existe une demande de l'encadrement de redonner de la lisibilité aux organisations soignantes par une gouvernance de la coordination des soins plus visible.

3.3 Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens me permet d'aller au-delà de mes observations. La rencontre avec les acteurs de terrain doit pouvoir me guider vers d'éventuelles pistes d'amélioration pour ma pratique future. Pour en faciliter la lecture, l'analyse se fait par catégorie socio professionnelle en rappelant l'idée principale des questions. Il est possible de se référer à ma grille de questionnaire⁵⁴.

⁵⁴ Annexe 1

3.3.1 L'encadrement paramédical

Nous entendons par encadrement paramédical l'ensemble du corps des cadres de santé, en gestion, en formation, cadres supérieurs, cadres de pôles, cadres en missions transversales. L'ensemble des cadres décrivent leurs travaux à la jonction de plusieurs logiques hospitalières ; techniques, managériales, médicales, économiques, pédagogiques. Ils s'appuient sur les compétences acquises en formation initiale et continue cependant tous sont en accord pour dire que celles-ci ne suffisent pour affronter la réalité du terrain et les évolutions hospitalières.

Il existe un décalage entre les fiches de postes trop génériques et la réalité des activités. Ils perçoivent ainsi un clivage, un morcèlement entre les différents rôles à tenir. Pour certains un sentiment d'isolement existe quant aux décisions à prendre, *« nous sommes soumis à tous les impératifs, la gestion des plannings, le temps, un logiciel inadapté que nous n'avons jamais choisi, la gestion des matériels, des formations, l'organisation des soins, les familles, le tout dans un processus de qualité et sans compter d'organisation médicale et les nombreuses contraintes administratives (...) Parfois j'ai l'impression de tenir plusieurs rôles dans une journée, (...) ce qui me paraît le moins évident c'est de prendre des décisions pour tous sans que je sois certaine qu'elles soient bonnes ni tout à fait de mon ressort, (...) parfois je crois que ce n'est pas à moi de choisir mais à l'équipe, au CPP, (...) Ça interroge mon identité, la représentation que je me fais de mon travail de cadre »*. *« Ce qu'il me manque le plus, c'est des directives nettes et précises sur la gestion des intérimaires, des heures supplémentaires, les non remplacements, à quel moment je fais appel à mon collègue, bon c'est vrai ma CPP est présente mais si je pouvais moins la déranger j'irais plus vite »*.

Pour les CPP, la constitution du trinôme de pôle, le contact régulier avec la DS et la direction des ressources humaines, permettent de faire face aux évolutions hospitalières. Les CPP déplorent le manque d'harmonie dans les relations inter pôles. *« Quand on fait les réunions de lissage je suis seule avec elle (la DS), c'est bien mais j'aimerais aussi partager plus avec les autres CPP (...) si nous avions les mêmes modes de relation avec la DRH cela éviterai les tensions entre nous et avec les syndicats (...) avec les pôles inter établissements il est nécessaire de se déplacer pour rencontrer les équipes, (...) d'un site à l'autre les fonctionnements sont différents surtout les cultures de gestion des établissements »*.

En ce qui concerne la gouvernance managériale du DS (Question N°2), l'encadrement associe la politique et le projet managérial. Les cadres pédagogiques connaissent cette terminologie mais sans exemples concrets. Un CPP, diplômé d'un master universitaire en science politique, est en accord avec le sujet du mémoire et me confirme, « *aujourd'hui le CHU n'est pas dans une telle démarche, les directions sont au stade de la politique, des chartes ou des projets managériaux de pôles mais pas encore dans un processus descriptif de notre gouvernance managériale d'établissement sur le GH, cela pourrait donner un cadre de management* ».

Les propos les plus récurrents, quant à l'existence d'une gouvernance de l'encadrement (Question N°3), sont le projet d'établissement, le projet de soins. Certains cadres énoncent la nécessité, de répondre aux impératifs de l'HAS, et d'écrire le processus managérial de l'établissement comme un processus support à part entière. Un cadre de laboratoire fait référence aux exigences normatives de l'accréditation délivrée par le comité français d'accréditation (COFRAC) « *la réalisation du manuel de management nous permet de décrire notre processus de gouvernance (...) cela clarifie beaucoup de choses pour tous, dont les objectifs et les décisions à prendre collectivement* ». Cette réponse permet de comprendre qu'il est possible d'optimiser les prises de décision de l'encadrement tout en contrôlant leurs pertinences (Question N°4).

Cette idée de description de la gouvernance comme un processus revient dans les propos de certains CPP et cadres « *la description des processus de soins m'a permis de mieux comprendre transversalement mon pôle, (...) Je me suis rendu compte qu'il y a des différences de gestion des équipes, ce n'est pas dérangeant mais c'est mieux quand c'est dit et connu par les équipes, (...) c'est peut-être plus équitable de l'écrire ensemble* ». L'écriture ne serait pas l'unique moyen de créer une cohésion d'action mais aussi une cohésion à partir du « *faire ensemble* ».

3.3.2 DH et P-CME

Le P-CME

L'entretien s'est déroulé à la suite d'une réunion, de manière conviviale.

Sur la question (N°1) du travail de l'encadrement et de l'appropriation de leur(s) rôle(s), le P-CME reste tout d'abord évasif. Son discours est d'ordre national, « *c'est du rôle des instituts de formation, mais également de l'université X avec laquelle nous avons des liens étroits* ». Par contre, lorsque je l'amène à recentrer son discours sur l'établissement, il m'évoque le rôle de la direction d'établissement et la coordination générale des soins,

« bien évidemment avec le DH X, dans notre projet de GH nous avons accentué cette politique managériale qui doit être conduit par le CGS (...), je crois que c'est en cours de réalisation ».

Sur la question (N°2 et 3) de la différence entre une gouvernance et une politique, le P-CME ne m'apporte pas de différenciation. Je comprends qu'il distingue la gouvernance comme plus opérationnelle, *« un peu comme pour vous au SSA, plus tactique peut être que stratégique, plus opérationnelle, comment diriger ses troupes »*. Le P-CME assimile le projet d'établissement et celui du GH comme une politique de l'ensemble du dispositif *« c'est nos grandes lignes de conduites avec les directives nationale de Mr X pour l'assistante publique mais il est vrai que nous n'avons pas de schéma directeur, comme certains GH »*.

Afin d'optimiser les prises de décision de l'encadrement tout en contrôlant leurs pertinences (question N°4), le P-CME renforce la position du trinôme de pôle. Ce type de délégation permet une autonomie dans les prises de décisions et dans l'innovation des organisations de travail, *« cela n'a pas été évident au début, mais désormais les pôles sont très innovateurs car en prises directes avec les patients les équipes, les jeunes internes, je crois que vous avez visité le service de Mme X »*.

Les DH

Le premier entretien est réalisé avec un DH de site puis un DH adjoint à la DRH. Le troisième entretien avec le DH d'un GH était plus informel faisant suite à une réunion de direction.

Tous sont en accord pour signaler l'importance de l'évolution des métiers de l'encadrement. (Questions N°1). Pour les DH l'encadrement a un sens plus large que celui des services de soins. Pour le DH d'un GH, l'encadrement paramédical est assimilé à l'encadrement hospitalier, *« je ne fais pas de distinguo entre les directions fonctionnelles, le travail est le même le soutien des professionnels pour exercer au mieux les soins aux patients, les cadres de santé ont cela de différent, ils sont issus des soins, c'est une plus-value pas une distinction de gestion »*.

Tous signalent un manque d'accompagnement formel par l'institution aux évolutions *« il existe bien des formations, mais nous avons déjà que très peu de temps pour exercer nos missions »*. Le travail de l'encadrement est connu par tous, les DH les côtoient au

quotidien et soulignent cette difficulté d'être près du terrain, comme parfois un manque de distanciation, « *certains sont parfois si proche de leurs équipes et chefs (de services) qu'ils ont du mal à percevoir la politique institutionnelle que nous menons, (...) C'est là le rôle du CGS et des DS, mettre en action la politique* ».

Quant à la gouvernance managériale du directeur des soins, les DH évoquent qu'elle existe plus ou moins informellement et qu'elle serait difficile à mettre en œuvre, « *Quand nous avons écrit le projet du GH avec la CGS, nous cherchions affirmer l'axe managérial pour fédérer l'encadrement paramédical au GH* ». « *Toutes les réunions de direction se font avec le DS de site pour relayer les directives que nous avons prises, (...) nous nous appuyons sur son organisation managériale avec l'encadrement, (...) cette structuration n'est pas écrite, mais je pense qu'il ne serait pas évident de le faire, (...) il serait difficile de décrire l'ensemble des processus de la facturation, par exemple, non ?* ».

Dans la continuité des entretiens, les DH me font comprendre qu'au-delà des projets managériaux il y a les personnalités, qu'il existe bien une nécessité d'harmoniser les pratiques par la coordination, « *le management c'est le fondement de notre travail (...) autant de personnalités autant de manageurs que de managés, (...) les syndicats, les équipes nous demandent une ligne commune, une harmonisation des pratiques entre les chefs de service, les pôles et l'encadrement hospitalier (...) Le GH n'est peut-être pas encore assez mature* ».

Pour les modalités de coordination, les DH font référence essentiellement aux contrats de pôles, au projet d'établissement et à la politique managériale, mais jamais à un niveau plus pragmatique comme la gouvernance. Ce niveau de déclinaison n'est pas de leur ressort mais celui de la direction des soins. Cette « *harmonisation des pratiques managériale apporterait plus de cohérence, mais nous sommes loin de cela (...) L'objectif de la direction est bien là, permettre d'être autonome dans leurs décisions sans qu'ils les prennent isolement (...) Je pense que le rôle de la CGS auprès de l'encadrement se situe dans cette articulation, c'est ce qui ressemblerait le plus à une gouvernance politique* ».

3.3.3 CGS/DS

La synthèse des entretiens compulse trois entretiens de DS et un entretien avec le CGS. L'entretien avec le CGS ayant mis en place un schéma d'encadrement (SE) est traité dans la continuité de cette analyse.

La population des DS/CGS est issue du corps des cadres de santé. Les DS/CGS ont la notion du travail de l'encadrement (question N°1) et la conscience de la complexification croissante du rôle et des compétences managériales des cadres. Cette adaptation, par un « *savoir agir* », induit un élargissement constant de leurs fonctions et de leurs zones d'autonomie, « *J'ai conscience qu'on leur demande beaucoup. (...) Ils sont entre le marteau et l'enclume, entre les directives d'établissement, la certification, les équipes de soins, et très souvent à régler aussi les organisations médicales. (...) Ils doivent être partout, dans la gestion des ressources, l'accompagnement des équipes, au courant des nouvelles connaissances techniques médicales innovantes (...) ils ont une réelle plus-value stratégique pour l'organisation du travail et la coordination générale des soins, (...) ils sont les relais de ce qui se passe dans les soins* ».

Pour l'appropriation des rôles, les DS évoquent à la fois une appropriation par le terrain, face aux évolutions techniques, aux nouvelles générations de soignants, aux évolutions des modalités de pris en charge mais aussi par un accompagnement des CPP et de la direction des soins. Cette identification au « *collectif cadre* » s'effectue lors de la formation initiale en IFCS, puis par le biais des formations d'adaptation à l'emploi mais particulièrement par l'appartenance à une équipe de pôle, « *les CPP sont indispensables dans l'intégration et le bien-être au travail des cadres de proximités, ils sont là aussi pour leurs évaluations (...)oui, cela dépend du CPP, dans ce cas je suis là pour remettre de l'ordre soit auprès du CPP ou de cadre, en fonction des difficultés rencontrées.* » Les DS/CGS énoncent qu'ils côtoient de moins en moins l'encadrement de proximité, ceci sans réel regret mais davantage sur le principe de subsidiarité, sauf en IFSI où l'équipe pédagogique rencontre le DS pratiquement au quotidien.

Il existe un amalgame de la définition de gouvernance du DS (Question N°3). Cette confusion de terminologie oscille entre politique managériale, projet managérial, projet de soins, nouvelle gouvernance de la loi HPST. Les DS/CGS perçoivent une différence mais ils n'arrivent pas à l'objectiver. Ils discernent bien que la gouvernance est plus pragmatique, comme « *d'un processus managérial décrivant notre politique et comment on peut la mettre en œuvre avec l'encadrement, par exemple* » mais sans en délimiter les contours exacts. Il existe une crainte à définir les rôles de l'encadrement pouvant alors restreindre l'autonomie des cadres, « *si j'écris cette gouvernance ne vais-je pas enfermer les cadres dans un rôle trop administratif, faire un décalage entre des fiches de postes et la réalité, ce qui aura un double effet, ils vont perdre en autonomie en adaptation et les CPP ne pourront plus leur demander autre chose que ce qui est gravé sur les fiches de*

postes (...) souvent on maintient non pas un flou mais une sorte de liberté de ne pas tout écrire pour entretenir cela, cette marge de manœuvre». On s'aperçoit que le concept de gouvernance n'est pas maîtrisé, il y a confusion avec gouverner, diriger verticalement.

Au regard des commentaires, il n'est pas aisé de comprendre dans l'état actuel comment les DS/CGS optimisent les prises de décision de l'encadrement tout en contrôlant leurs pertinences, (Question N°4). Lors de mon stage N°2, par la certification des IFSI, le DS a engagé une démarche de description du processus décisionnel transversal. C'est-à-dire qu'il interroge toutes les modalités de prises de décision, « *La certification nous interroge sur la pertinence du processus complet décisionnel, de la secrétaire en passant par les cadres pédagogiques à ma signature (...) je pense que cela va entrer dans mon guide de management, ou de gouvernance(...), cette fonction de décider au bon moment par la bonne personne en fonction de ses prérogatives, est essentielle pour garantir l'autonomie des cadres pédagogiques dans leurs rapports aux étudiants* ». Durant le Stage N°1 aucun processus décisionnel est formalisé, ni au sein du CHU et du GH. Les prises de décisions sont centralisées par la hiérarchie, c'est-à-dire au pôle, au DS et CGS. Il existe un cloisonnement du flux décisionnel. Certaines données ne descendent pas et d'autres ne remontent pas. Cette démarche va de pair avec mes observations sur les enjeux de pouvoir. (p25)

Le CGS ayant mis en œuvre un schéma d'encadrement (SE).

L'objectif de l'interview était de comprendre les enjeux et les objectifs de cette démarche et s'ils s'apparentent à ceux d'une gouvernance managériale. Le processus de gouvernance est apparu à la création des GH pour regrouper les CHU avec des cultures sociales et professionnelles différentes. « *Cette démarche a nécessité de penser de nouvelles organisations de soins (...) plus adaptée aux besoins des patients mais également aux demandes d'efficience par nos tutelles politiques et financières (...) cette réflexion a nécessité de repenser nos modes de gouvernance de management. Il fallait définir les attentes que la direction avait auprès de l'encadrement mais également répondre aux attentes des équipes de soins et de l'encadrement en termes d'accompagnement, (...) Il fallait redéfinir les missions, le cadre de travail, les permanences, les modes de communications, les fonctions de l'encadrement supérieur* ». Pour réaliser le SE, la direction et l'encadrement se sont appuyés sur le rapport d'audit d'Ipsos⁵⁵ de la qualité de vie au travail (QVT) des personnels, « *Il existait un mal être des personnels quant à l'encadrement paramédical et médical. (...) des difficultés de*

⁵⁵ Baromètre interne de l'APHP « *écouter pour agir* », réalisé par Ipsos 2013
Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

communication, de répartition de charge de travail, de collaboration etc. (...) il fallait une politique stratégique commune à l'ensemble de l'encadrement hospitalier et du GH et une mise en pratique pragmatique ». Réalisé avec l'ensemble de l'encadrement, le SE au-delà de son écriture, a permis de faire naître un sentiment d'appartenance et d'identification au GH. Les versions suivantes du SE, (V4 à ce jour) sont toujours sur le même mode collaboratif avec la direction et l'encadrement. Les SE permettent de « pouvoir l'adapter aux évolutions de santé et des organisations mais également au nouveau professionnel. (...) On ne manage pas de la même façon la multiplicité, la variété, cela demande à s'adapter, adapter notre management et mode de collaboration (...) Les jeunes générations de professionnels sont demandeurs auprès de l'encadrement à la fois de règles équitables mais aussi de liberté, de communication plus souple plus rapide (...), le SE intègre au projet managérial du GH permet une meilleure visibilité des attendus des fonctionnements ».

Sur de nombreux points, le SE répond aux questionnements de mon travail de recherche. Il est donc possible d'initier une démarche de description du processus de gouvernance sur un mode collaboratif et étendu sur un GH.



Résumé des entretiens

Il existe un décalage entre les formations initiales de l'encadrement et la réalité du terrain en constante évolution. Il en est de même pour les fiches de postes et le travail réel pouvant créer un sentiment de morcellement du rôle à tenir, un isolement dans les prises de décisions.

Il est demandé par l'encadrement une politique managériale pour pallier au manque de visibilité de la gestion inter-pôles et du GH mais aussi pour répondre aux évolutions normatives de la qualité des soins.

Cette écriture collective doit être un moment de cohésion mais surtout l'objet du « *faire ensemble* » avec toutes les directions fonctionnelles, dont la DRH

Il persiste une prudence de la part des directions des soins à la description du processus de gouvernance de l'encadrement par crainte de cristalliser des rôles contre productifs.

L'importance du principe de subsidiarité est relevée pour définir les délégations les autonomies « *être autonome sans prendre isolement des décisions* »

Tous s'accordent à dire qu'il existe une plus-value à la définition d'une gouvernance comme un instrument pragmatique de la politique d'établissement pour optimiser les décisions et leurs pertinences au-delà des seuls résultats.

4 Diagnostic des analyses

4.1 En référence à J-D Reynaud⁵⁶

En croisant l'analyse des entretiens (p31) et les observations des jeux d'acteurs (p23), il est à noter que les groupes de protagonistes possèdent leurs propres autonomies sans une régulation du collectif des groupes. Ce qui n'est pas le cas par exemple en institut de formation où cette régulation est animée par la direction centrale⁵⁷. Il existe de ce fait une anomie de régulation conjointe du collectif sans réel dérèglement de l'action collective. En effet, les objectifs principaux sont atteints, les politiques majeures sont suivies mais il est difficile de mettre en exergue une réelle cohésion et cohérence du collectif.

En référence à JD Reynaud, nous ne pouvons pas parler de détour de régulation car il n'existe pas un groupe ayant plus de pouvoir qu'un autre ou cherchant à s'imposer, ou à imposer une régulation de contrôle sur l'ensemble du collectif. En conséquence dans ce cadre d'analyse, il réside une relation d'affaiblissement de la régulation autonome du collectif par un corporatisme de chaque groupe, c'est-à-dire que chaque groupe conserve son autonomie de régulation sans une vision conjointe de régulation. Cette anomie génère ainsi une perte de dynamisme, de cohérence pour la pertinence de l'action collective.

D'après mon analyse et mes observations lors du dernier stage⁵⁸ de formation, le groupe le plus sensible est celui des DS. En effet, il relève plus d'une addition de professionnels expérimentés aux compétences avérées que d'une équipe de direction à part entière. Cette position affaiblie le groupe DS, l'encadrement paramédical, voire le collectif de direction d'établissement et du GH. Le manque de cohérence, de cohésion à la fois du processus décisionnel et par l'absence d'une gouvernance établie, peut créer des clivages, des conflits d'intérêts au sein de la direction des soins. Cette action non régulée peut porter atteinte à la représentation de la direction des soins, au positionnement de chacun des directeurs et à l'ensemble de la ligne hiérarchique paramédicale.

L'objectif est de créer un système de règles conjointes du collectif et des groupes. L'enjeu pour la direction des soins est de consolider son positionnement au sein du collectif en initiant cette transformation et de rendre les DS « *acteurs* » et « *auteurs* » de leurs productions de normes. Il s'agit tout autant de conduire ces acteurs managériaux à

⁵⁶ J-D Reynaud « *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale* ».

⁵⁷ Cf. p27 du mémoire

⁵⁸ Stage fin d'étude EHESP sur le site du stage 1.

trouver des marges de manœuvre au sein de leur groupe d'appartenance que de faire en sorte que leurs autonomies s'expriment au sein du collectif des directions : « *être autonome sans prendre isolement des décisions* ».

A cet égard, il est indispensable de dépasser la notion de pouvoir et de domination individuelle. Le processus d'identification par le collectif, c'est-à-dire l'appropriation d'un nouveau rôle social et professionnel est à mon sens primordial pour le groupe de DS comme pour l'encadrement. Une conduite du changement teintée d'autoritarisme serait inadaptée au regard des autonomies déjà acquises. La mise en œuvre d'une gouvernance plus horizontale apparaît alors comme une condition nécessaire pour réguler la construction d'une équipe de direction des soins et de l'encadrement paramédical. Cette démarche par identification doit initier la mise œuvre d'une description d'une gouvernance sur l'ensemble du groupe hospitalier, c'est-à-dire à l'ensemble du collectif des groupes de la direction d'établissement comme cela s'est déjà réalisé au sein d'un autre GH⁵⁹. En reprenant les termes de Reynaud, il s'agirait donc de concilier la régulation autonome et la régulation de contrôle.

4.2 En référence au terrain

L'analyse des observations et des entretiens me permet de mettre en exergue des attentes pratiquement similaires entre les différents acteurs en gestion ou en formation :

- La gouvernance managériale doit être élaborée en collaboration entre l'encadrement et la direction des soins afin de décliner le plus pertinemment la politique médico soignante et administrative du GH,
- Les rôles et processus décisionnels doivent être clairement identifiés pour valoriser le principe de subsidiarité et délimiter les zones d'autonomie de chacun,
- La transparence de gestion des ressources et des compétences est du rôle de la direction des soins en partenariat avec la DRH,
- Les circuits de communication et d'information doivent être déterminés pour favoriser la régulation collective,
- Les règles de l'action commune doivent être écrites, non pas uniquement pour « *être* » sinon pour s'y référer, être contestées, bougées, évolutives.

⁵⁹ Cf. p36 du mémoire

A partir de ma question de départ, déclinée en sous questionnement, mon travail de recherche m'amène à énoncer que la construction d'une gouvernance de l'encadrement « avec » et « par » la direction des soins est un objectif incontournable pour l'appropriation de l'évolution du rôle des cadres afin d'optimiser le processus décisionnel au regard des politiques hospitalières.

Il s'agit donc de poser et construire les concepts propres à la gouvernance de l'encadrement « par » et « avec » la direction des soins. Cette gouvernance doit articuler la régulation du groupe DS/encadrement, puis par son nouveau positionnement, réguler les pouvoirs entre les groupes au sein du collectif, c'est-à-dire de créer une cohérence avec le management stratégique du GH.

Cette démarche stratégique de description d'une gouvernance vise à :

- Fiabiliser le processus de management de l'établissement et du GH,
- Améliorer le processus décisionnel de l'action individuelle et collective,
- Mobiliser l'encadrement autour d'un projet redonnant du sens à la fonction managériale.

∴

Au-delà de toutes territorialités de GH et/ou GHT, la mise en œuvre d'une gouvernance de l'encadrement paramédical vise à assurer des règles communes managériales. Cette démarche doit permettre de définir une stratégie décisionnelle nécessaire à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions mais également au déploiement d'une politique de santé au sens le plus large.

Cette conception repose sur le respect de de valeurs et règles élaborées collectivement. La description d'une gouvernance managériale de l'encadrement est un facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, donnant alors un sens aux arbitrages rendus, aux décisions prises et une appropriation plus efficiente des enjeux de santé.

5 Les principes d'une gouvernance managériale.

La problématique majeure de mon travail de recherche réside dans l'action d'accompagner les cadres confrontés aux évolutions hospitalières constantes dans lesquelles les règles du jeu tendent à être de plus en plus paradoxales, où leurs consciences d'appartenance peuvent s'affaiblir et leurs investissements au collectif se réduisent. Gérer cette incertitude suppose alors une planification raisonnée pour préparer les équipes à l'action. Il devient alors utile de rappeler le cadre de nos actions et leurs mises en œuvre.

Mettre en œuvre une gouvernance managériale de l'encadrement « *par* » et « *avec* » la direction des soins implique de ce fait de s'interroger sur la distribution et la gouvernabilité du pouvoir et des prises de décisions. C'est-à-dire l'aptitude des groupes à être gouvernés mais aussi les techniques de gouvernabilité⁶⁰ à mettre en place pour y parvenir. C'est à mon sens une démarche managériale des plus démocratique et sociale : un gouvernement des organisations, par les organisations et pour les organisations. Cette action s'insère totalement dans l'esprit initié par l'élaboration de la charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la FPH⁶¹ et le Modèle 2020 du service de santé des armées (SSA)⁶².

La réalisation d'une gouvernance managériale « *par* » et « *avec* » le directeur des soins se doit de posséder en conséquence deux composantes essentielles⁶³

- Une composante régulatrice qui borne la zone d'incertitude managériale de l'encadrement,
- Une composante habilitante qui préserve cette zone d'incertitude pour définir leur marges d'autonomie et décisionnelle.

La construction d'une gouvernance avec l'encadrement n'est donc pas uniquement le contrôle de l'action collective, mais elle est aussi habilitante. Elle doit permettre à l'encadrement de formaliser et structurer les organisations internes de management et d'encadrement des équipes. Cette gouvernance managériale s'intègre donc de ce fait au projet de soins, projet social et projet de territoire.

⁶⁰ p10 du mémoire

⁶¹ Charte élaborée par la DGOS/DGCS et les organisations syndicales représentatives des directeurs de la FPH, Paris, le 2 juin 2017.

⁶² Principe de « *simplification des processus de gouvernance et des méthodes de travail et l'impact sur l'ensemble du personnel du SSA* », Le modèle SSA 2020 N° 500154/DEF/DCSSA/PS, 4 janvier 2016.

⁶³ p14 du mémoire

Dans un premier temps j'aborderai les deux grands principes liés à la mise en œuvre d'une gouvernance managériale de l'encadrement. Puis les préconisations plus pragmatiques à la réalisation de cette démarche. Cette partie doit pouvoir faire sens à ma prise de fonction comme coordinateur général des soins au sein du SSA.

5.1 La cohésion : l'action collective et le processus décisionnel.

L'élaboration d'une gouvernance paramédicale permet d'identifier les responsabilités de chacun et de maîtriser le processus décisionnel. Il s'agit de coordonner les actions et d'obtenir la coopération, la cohésion. La gouvernance est alors envisagée comme un ensemble de règles managériales construites « *par* » et « *avec* » la direction et les cadres vers lequel ils se réfèrent lorsqu'ils ont amené à s'emparer de la zone d'incertitude⁶⁴.

C'est affirmer la qualité du management de la direction des soins comme une condition de la qualité de vie au travail pour les managers-cadres en les positionnant autour d'une même symbolique contractuelle⁶⁵. C'est permettre une autonomie d'action, d'adaptation et d'appropriation du terrain, c'est-à-dire de pouvoir surmonter la friction avec la réalité grâce au collectif et à la régulation conjointe⁶⁶.

A partir du principe de subsidiarité, il est donc nécessaire de décliner la mise en œuvre de la gouvernance managériale de l'encadrement, de l'établissement et du groupement hospitalier, par pôle, par services et les directions afin de clarifier les enjeux et les ambitions du management et ses modalités d'organisation. L'idée est de structurer une gouvernabilité par la description des flux de communication, d'information, les niveaux des comitologies *ad hoc* ou préexistantes mais également les délégations possibles par niveaux hiérarchiques et fonctionnels. C'est-à-dire non seulement décrire les modalités de pilotage stratégique, tactique et opérationnel sinon les outils à mettre en place, comme par exemple :

- Structurer le processus du flux d'informations et de communication avec l'encadrement. Quelles informations, à qui, à quel moment, pour quelle validation ou transmission ?
- Définir les processus décisionnels à boucle « *courte* » et « *longue* », par exemple pour les achats, la gestion des intérimaires etc. en définissant les niveaux de délégations et de compétences possibles pour tous les niveaux hiérarchiques et fonctionnels.

⁶⁴ p14 du mémoire

⁶⁵ Cf. p15 du mémoire

⁶⁶ Cf. p38 du mémoire

- Mettre en place un accompagnement, une évaluation de l'encadrement et des parcours professionnalisants,
- Fournir une trame de gouvernance managériale commune à tous et adaptable aux particularités des pôles, des services.

L'enjeu de la gouvernance et de sa gouvernabilité n'est pas uniquement son action régulatrice par l'émission de règles conjointes de management, il implique, à partir d'un projet cohérent, une dynamique de cohésion du groupe de direction. Cette description doit ainsi pouvoir structurer le management de la direction des soins pour créer son leadership et sa légitimité du projet.

La légitimité est une ressource stratégique pour la direction des soins, elle est indissociable de la mise en œuvre du projet. En effet, la gouvernance managériale devient légitime lorsqu'elle s'ajuste à la régulation socialement construite avec l'encadrement qui a défini conjointement avec la direction des soins les règles d'organisation et les processus de notre action collective. Elle implique de ce fait la mise en confiance du groupe. La confiance est alors la reconnaissance d'une adéquation entre la représentation, la perception et les attentes des cadres de santé. Dans cette logique, la direction des soins pour asseoir sa légitimité et son positionnement doit pouvoir identifier les attentes diverses à tous les niveaux de l'encadrement. La légitimité du projet de gouvernance réduit ainsi l'incertitude, elle renforce le pouvoir de collaboration, elle est un facteur d'adhésion qui stimule le développement, constitue un ciment, développe une marge de manœuvre, donne un sens à l'action et donc au projet.

5.2 La cohérence : rendre lisible, intelligible

Une demande d'appropriation des enjeux institutionnels est exprimée lors des entretiens. Il est de ce fait essentiel de formaliser des temps d'échanges qui sont l'occasion de partager la compréhension et la lisibilité des enjeux de l'établissement, du GH et des politiques de santé par l'encadrement. Ces échanges participent à co-construire une réalité porteuse⁶⁷ de sens à partir d'un même langage. Cette cohérence de groupe est nécessaire pour l'appropriation des enjeux par l'encadrement et en conséquence dans le management des équipes de soins et la qualité des soins.

⁶⁷ Cf. p16 du mémoire

La mise en œuvre d'une gouvernance managériale cohérente suppose une clarification et un affichage des organigrammes de la direction des soins et de toute la ligne hiérarchique et fonctionnelle avec l'organigramme de l'établissement. Cet élément doit dépasser le simple affichage et doit être corrélé à l'arbre décisionnel, aux fiches de postes validées.

Pour assurer sa cohérence et son évaluation, cette gouvernance doit être construite en partenariat avec la direction de la qualité sous le format du processus de management de l'établissement. Elle devra ainsi décliner, sans être totalement exhaustive :

- Le domaine d'application de la gouvernance,
- Les compétences existantes et nécessaires,
- Les modalités de permanence de l'encadrement,
- La comitologie validée et leurs prérogatives décisionnelles, rôles et fonctions,
- Les bureaux opérationnels,
- Les réunions et leurs périodicités,
- Les temps d'entretiens individuels et collectifs,
- Les missions transversales d'appui,
- Les procédures d'aide à la décision
- Les procédures d'accompagnement des potentiels ou nouvelles fonctions,
- Les modalités d'évaluation.

La cohérence de la mise en place du projet réside également dans le niveau de compétences et d'accompagnement de l'encadrement. Pour conserver une homogénéité et une puissance dans notre action collective, il est nécessaire d'améliorer en continu les compétences managériales de l'encadrement en fonction des évolutions hospitalières.

Dans cette logique, la gouvernance paramédicale doit contenir un volet de formation et d'accompagnement de l'encadrement s'appuyant sur une offre de formation à la gestion des ressources humaines, des conflits, à la négociation, du management des parcours professionnalisants. et également une description des modalités d'évaluation et de recensement des compétences acquises et requises au regard des différents postes. Les axes prioritaires de formation inscrites dans la gouvernance paramédicale seront bien évidemment des déclinaisons des politiques institutionnelles, nationales mais aussi au regard des attentes des cadres de santé. La direction des soins doit pouvoir s'engager à organiser cet accompagnement et à poser les principes par exemple de journée d'échange et de partage professionnel, comme par exemple la mise en place de séminaires d'encadrement.

6 Préconisation : Piloter et manager un projet de gouvernance

L'objet de la démarche est la description et la mise en place d'une gouvernance de l'encadrement « avec » et « par » la direction des soins, dans l'optique d'accompagner l'encadrement à l'appropriation des évolutions du rôle de cadre de santé afin d'optimiser le processus décisionnel au regard des politiques hospitalières⁶⁸.

La mise en œuvre d'une gouvernance managériale repose sur la conduite de projet. Cette construction doit être conduite « avec » l'encadrement paramédical et « par » la direction des soins sur un mode collaboratif, c'est le cadre de notre action collective. Ce projet doit associer la direction de la qualité comme appui à la description du processus managérial (recommandations de l'HAS⁶⁹ et des normes AFNOR⁷⁰) et la direction des ressources humaines comme support règlementaire et partenaire dans la description du processus décisionnel.

Il ne faut pas perdre de vue que notre résultat n'est pas exclusivement de produire un document de référence d'une gouvernance managériale mais de respecter un cadre de réalisation compatible avec notre environnement. C'est-à-dire que rien ne sert de concevoir une excellente problématique, qu'elle soit organisationnelle ou managériale, si l'on n'est pas en mesure de conduire le projet au sein de notre établissement. A cet égard, il est possible d'utiliser des outils préexistants de gestion de portefeuille de projet distribués par exemple par l'ANAP⁷¹. Ces supports sont des ressources pour initier notre réflexion de recherche mais aussi pour élaborer nos propres outils⁷². L'utilisation d'instruments validés nationalement permet de structurer le pilotage et le management de notre projet de gouvernance et d'apporter une véritable assise à notre travail.

Cette dynamique de conduite de projet a une volonté de promotion d'un management collaboratif, c'est à dire en lien avec la notion de régulation autonome plus que de régulation par le contrôle. L'idée est de faire participer l'encadrement à chaque niveau de management, que chacun puisse mettre sa pierre à l'édifice. C'est d'ailleurs une définition de la gouvernance managériale, « *initier un déplacement des pouvoirs et du processus décisionnel vers les producteurs du soin.*⁷³ »

⁶⁸ P 3 du mémoire la question initiale de recherche

⁶⁹ Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, Janvier 2005, HAS

⁷⁰ Norme FD X50-176 Aout 2017 Outils de management – Management des processus

⁷¹ Agence nationale d'appui à la performance, 2012, « 300 pôles d'excellence ».

⁷² Exemple de gouvernance du pôle BARU/SSA en annexe 3

⁷³ P10 du mémoire

6.1 Fiche technique pour un projet de gouvernance

Cette fiche s'inspire des méthodes de conduite de projet. Elle doit pouvoir être utilisée comme un guide au pilotage et au management d'un projet de mise en œuvre d'une gouvernance paramédicale. Elle est élaborée sur un style direct sans être une feuille de route ou de mission à suivre étape par étape. Cette fiche doit bien évidemment être ré-contextualisée et adaptée aux organisations, aux équipes d'encadrement, à la coordination de la direction des soins.

D'un point de vue managérial, la lecture de cette fiche de mise en œuvre d'un projet de réorganisation de gouvernance, ne doit pas nous faire oublier que la complexité de tous les processus de transition, de transformation, réside essentiellement dans l'accompagnement à l'appropriation au changement par les équipes d'encadrement et des équipes soignantes.

Disposer de l'aval et la collaboration de la direction d'établissement.

Le projet doit être porté par la direction, soit sous le format de lettre de mission, d'une signature de partenariat ou mieux d'une collaboration au sein de l'instance stratégique pilotant le projet.

Cette étape permet de :

- Lancer le projet en cohérence aux autres projets (médical, projet de soins, d'établissement et social),
- Assurer la légitimité du projet,
- Identifier les interactions et les possibles incompatibilités.

Structurer notre projet,

L'élaboration d'une méthode de travail et d'indicateurs au regard du cadre conceptuel et contextuel de notre travail de recherche doit permettre de :

- Construire et de partager une définition commune de la notion de gouvernance,
- Etablir un diagnostic de l'existant à partir de la matrice : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menace et du modèle des 7S⁷⁴,
- Définir les résultats attendus : document à produire, procédure décisionnelle, procédure de gouvernance de l'encadrement, fiches de missions et d'objectifs, indicateurs cibles à atteindre, axes prioritaires de formations etc.
- Etablir un calendrier prévisionnel avec une date de lancement, de rencontre d'avancement des travaux, de clôture du projet et d'évaluation. Les dates ne doivent

⁷⁴ Grille d'analyse d'une organisation et de sa gouvernance, ANAP
Frédéric PAUZE - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2017

pas être déplacées, le calendrier du projet porté par la direction, doit être prioritaire sur le calendrier institutionnel

- Créer une gestion documentaire en ligne avec la définition d'une arborescence de droit de lecture et de modification des dossiers en fonction des niveaux de gouvernance au sein du projet.
- Structurer les flux d'informations en désignant par comité, instances, un unique rapporteur de groupe et secrétaire utilisant une unique trame de compte rendu de réunion pour l'ensemble de la gouvernance.

Définir la gouvernance du projet et son organigramme.

C'est constituer des instances de décisions, de management des processus et de pilotage opérationnel. Le choix des professionnels et des compétences nécessaires pour la réalisation se fait par la direction des soins à partir d'un volontariat de l'encadrement. Chaque instance et professionnel se verra assigner une lettre de mission avec l'élaboration d'objectifs. Les lettres de missions sont élaborées dans les grandes lignes par l'instance stratégique puis négociées avec les protagonistes. Un organigramme de la mise en place du projet sera réalisé avec l'ensemble des acteurs et diffusé de à l'ensemble de l'établissement.

Les instances invariables à mettre en place sont :

- Une instance stratégique qui pilote l'articulation des projets et libère les investissements, les ressources, conduit l'ensemble du processus du projet,
- Un comité tactique coordonnant les bureaux opérationnels à partir des fiches projets et des missions allouées à l'encadrement sur les axes non exhaustifs :
 - Processus managériaux : supports existants, modalité de gestion RH, techniques utilisées, compétences acquises ou réacquises.
 - Processus de communication et d'information,
 - Processus décisionnel,
 - Parcours d'accompagnement des cadres de santé,
 - Définition des zones d'incertitudes et des marges d'autonomie acquises ou à délimiter au bénéfice de l'encadrement.
 - etc. en fonction de l'environnement et des processus existants
- Des bureaux opérationnels, constitués d'encadrement de proximité pour faire remonter et assurer l'adéquation des décisions prises en corrélation avec le terrain et les organisations de soins.

Développer un plan de communication.

C'est construire un plan de communication sur le pilotage et en fin de projet sur le résultat obtenu de gouvernance managériale afin de :

- Définir les modalités de communication et les supports,
- Donner du sens à nos orientations en définissant nos priorités de management,
- Obtenir la reconnaissance de la contribution des participants et les motiver,
- Etablir un contrat communication⁷⁵,
- Valoriser la structuration managériale obtenue et la définition du processus de gouvernance managériale,

Evaluer et valoriser les résultats obtenus.

C'est mettre en place :

- Une dynamique d'amélioration continue de la qualité du management dès le début de la conduite du projet et jusqu'à sa clôture.
- De tirer les enseignements et les ajustements éventuels pour la mise en œuvre d'une gouvernance V2.

Cette fiche technique de pilotage et de management de projet doit me permettre dans ma future prise de fonction de pouvoir établir un plan d'action collaboratif avec l'encadrement pour la mise en œuvre d'une gouvernance paramédicale.

⁷⁵ P 16 du mémoire

Conclusion

L'adhésion du monde hospitalier aux nécessités de santé publique de nos citoyens implique une adaptation continue des organisations de travail et des techniques de soins. Dans cette dynamique de changement perpétuelle, comment serait-il possible de continuer à conserver un mode de management des professionnels de santé pareillement qu'hier ? Cette adaptation de nos techniques managériales demande à l'encadrement paramédical et à la direction de soins de s'interroger sur la cohérence et la cohésion de son action de régulation de l'action collective. Certaines directions d'établissements nomment cette action « *une politique managériale* » ou « *projet managérial* ».

Cette année de formation m'a permis de prendre du recul et d'approfondir cette question managériale à travers les enseignements, les échanges professionnels, les entretiens et mes observations lors des stages. La réalisation de ce mémoire professionnel a été authentiquement l'occasion d'analyser en quoi il est plus opportun de parler d'une gouvernance managériale par le directeur des soins avec l'encadrement paramédical pour l'appropriation de l'évolution du rôle des cadres, tout en optimisant le processus décisionnel, que d'une politique managériale.

En reprenant les termes de JD. Reynaud, l'élaboration d'une gouvernance de l'encadrement paramédical « *par* » et « *avec* » la direction des soins est l'occasion de faire rencontrer « *la régulation de contrôle* » et « *la régulation autonome* ». C'est-à-dire de redéfinir la localisation des pouvoirs, le processus décisionnel à partir d'un contrat communicationnel marqué par une véritable délibération. La vision de la gouvernance développée dans ce travail de recherche permet, à partir du principe de subsidiarité, de décliner les zones d'incertitudes managériales au niveau de chaque strate d'acteurs et ainsi de délimiter les marges d'autonomie de l'encadrement et le juste positionnement de la coordination des soins.

La description et la mise en œuvre d'une gouvernance managériale collaborative permet ainsi d'accompagner les cadres à l'identification de leurs nouveaux rôles mais également aux évolutions hospitalières. Il ne faut oblitérer que l'enjeu n'est pas uniquement de positionner la direction des soins et les managers-cadres dans un rôle stratégique de conception et de description de cette gouvernance mais particulièrement d'assurer au maximum la cohérence d'ensemble de l'action collective managériale d'un établissement, d'un GH et aujourd'hui d'un GHT, soit par-delà de toutes territorialités,

Bibliographie

Auteurs (Livres, revues)

- **Aristote** « *Ethique à Nicomaque.* ». Paris. éd Vérin de 1994. 540p.
- **Belley J-G**, (2001), « *La démocratie à l'épreuve de la gouvernance* » éd Les presses de l'Université d'Ottawa, p158.
- **Céline Chatelin-Ertur, Eline Nicolas** « *Gouvernance et décision. Proposition d'une typologie des styles de gouvernance des organisations* », *La Revue des Sciences de Gestion* 2011/5 (n° 251), p. 131-144.
- **Charaudeau. P**, (2001) « *le contrat de communication dans la situation de classe* » centre d'analyse du Discours, Université de Paris 13.
- **Charreaux. G**, (1989) « *La théorie des transactions informelles : une synthèse* », éd Faculté de science économique, Bourgogne, 44p
- **Chevallier. J**, (2003) « *La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ?* », revue française d'administration publique, N°105, Paris, p203 – 217
- **Clausewitz. C** (2006) « *Principes fondamentaux de stratégie militaire* », éd Mille et une nuits, 2006, 93p
- **Contandriopoulos, AP**, (2000) département de la santé et GRIS, université de Montréal, Canada.
- **Enriquez. E** (2000) « *L'organisation en analyse* », Paris, éd PUF, p118.
- **Enriquez. E** (2003) « *De la horde à l'Etat* », Paris, éd Gallimard, p 691.
- **Erikson. E** (1980) « *Adolescence et cris. La quête l'identité* ». Paris, éd Flammarion.
- **Foucault. M** (1986) « *La Gouvernamentalité* », *Revue Le portique, Actes*, N°54 p15,
- **Fournier. P- Arborio. AM**, « *l'enquête et ses méthodes : l'observation directe* », p49.
- **Freud** (1995) « *Totem et tabou* ».éd Payot, Paris, 240p
- **Gaudin. JP**, (2007) « *Gouverner par contrat* », éd Sciences Po, Paris,
- **Général V. Desportes**, (2015), « *Décider dans l'incertitude* » éd Economica, 240p.
- **Ghiglione. R**, (1986) « *L'homme communiquant* », Paris, A. Colin, collection U.
- **Goffman. E**, (1991), « *Les cadres de l'expérience* » éd de minuit, Paris, p137
- **Halpern. C**, (2016) « *Entretien avec JC Kaufmann, devenir Autre* » identité(s), éd sciences Humaines, Paris, p103.
- **Kaufmann. JC**, (2007) « *Ego. Pour une sociologie de l'individu.*» éd hachette, Paris
- **Keegan. J**, (2010), « *L'art du commandement* », éd Perin, 566p, Clausewitz.
- **Lacan**, (1971), *Ecrits* « *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* » éd Seuil, Paris, p246.

- **Marchesnay. M.**, (2011) « *Gouvernance et performance des organisations. Les limites de la doxa managériale* », éd Innovations, Paris, p131 à 145.
- **Moreau Defarges. P.**, (2003), « *La Gouvernance* ». Paris. PUF.
- **Perez. R.**, (2010) « *La gouvernance de l'entreprise* », Paris, éd la découverte, p29
- **Reynaud. JD.**, (2011) « *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale* », éd Armand Colin, Paris, p48 et p316
- **Schmitter. P.** (2000) « *Réflexions liminaires à propos du concept de gouvernance* » éd Bruylant, Bruxelles, 2000.

Rapports :

- **DGOS-** Rapport de la mission cadres hospitaliers, présenté par Chantal de Singly, 2009 <http://www.solidarites-santé.gouv.fr.htm>
- **Ministère de la santé** et des affaires sociales-pacte de confiance pour l'hôpital. E. Couty, 2013 <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.htm>
- **Rapport IGAS**, Yaël. M, Mounier. C, 2010, « *quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* ». http://www.igas.gouv.fr/MG:pdf/L_hopital-rapport_IGAS_2012.pdf

Textes réglementaires / Référentiels:

- **AFNOR.** Norme FD X50-176, 2017 « *Outils de management – Management des processus* ».
- **ANAP.** 2012, « *Grille d'analyse d'une organisation et de sa gouvernance* »
- **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.
- **DGOS/DGCS**, 2017, Charte élaborée avec les organisations syndicales représentatives des directeurs de la FPH,
- **EHESP.** Référentiel de compétences des directeurs des soins
- **HAS.** 2005, « *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* ».
- **Livre Blanc** de la Gouvernance européenne, Bruxelles, le 25/07/2001.
- **Modèle SSA 2020** N° 500154/DEF/DCSSA/PS, 4 janvier 2016
- **Procédure de gouvernance** du pôle BARU, SSA 2011. Médecin chef M. Ould-Ahmed, Cadre supérieur de santé Pauze. F
- **Schémas d'encadrement** du groupe hospitalier des hôpitaux universitaires Est Parisien, septembre 2013.Tome 1 & 2. Coordination Générale des soins du Groupe hospitalier.

Liste des annexes

Annexes 1.....	Questionnaire des entretiens semi directifs
Annexes 2.....	Questionnaire CGS ayant mise en place un schéma d'encadrement
Annexes 3.....	Plan de la Gouvernance du pôle BARU HIA Brest
Annexes 4.....	Modèle 7S ANAP

Annexe 1

Grille questionnaire

1. **Comment les cadres s'approprient-ils l'évolution de leur rôle(s) :**

En quoi consiste votre travail ?

Avez-vous connaissance des enjeux actuels de l'établissement et national, quels liens avec vos pratiques quotidiennes ?

Questions de relance :

Perçoivent-ils une l'évolution de leurs rôles.

Comment vous appropriez-vous ses évolutions de fonctions, de rôles ?

Que vous demande votre encadrement supérieur d'établissement.

Quelles sont les modalités d'accompagnement, de formation, de coaching avec la DS.

2. **Qu'est-ce qu'une gouvernance managériale du directeur des soins ? :**

Connaissance et définition d'une gouvernance

Différence, similitude avec une politique managériale.

Questions de relance :

Existe-il une différence entre politique et gouvernance managériale ?

Pouvez-vous me définir la politique managériale de la coordination des soins ?

3. **Existe-t-il des formalisations de gouvernance de la coordination des soins ?**

Au sein de l'établissement, du GH, des tutelles, des directions centrales ?

Questions de relance :

Comment est délimité les marges de manœuvre décisionnel et d'autonomie de l'encadrement.

Existe-t-il une contractualisation avec la coordination des soins ?

Est-elle formalisée, comment vous y réferez-vous ?

Comment est rythmé, planifier les actions institutionnelles de l'encadrement.

Cet état de fait, est-ce un manque ou une plus-value pour vos actions ?

4. **Comment optimiser les prises de décision de l'encadrement tout en contrôlant leurs pertinences ?**

Qui contrôle, accompagne, vos actions, vos prises de décisions ?

Questions de relance :

Vous sentez vous isolé lorsque vous prenez certaines décisions, si ou pourquoi ?

Est-ce que le DS, le CGS à une fonction de contrôle de guidant dans la prise de vos décisions ?

Annexe 2

Grille questionnaire CGS Schémas d'encadrement

Date heure : Le jeudi 9 mars 2017 de 16H00 à 17H30

Lieu : CHU de Dans son bureau

Références : Schéma et du projet managériale de GH, projet de soins et établissement du GH, Résultat baromètre interne 2013

Objet : entretien sur la réalisation et la mise en œuvre du schéma d'encadrement (SE) et le projet managérial du GH (PMGH) au sein du GH des Hôpitaux universitaire est parisiens HUEP.

Méthode : 2 à 3 questions, prise de note en direct, enregistrement, discours libre

Question : en quoi consiste votre SE de votre GH ?

Question : comment vous est venu l'idée du SE ?

Question : comment êtes-vous passé d'un schéma managériale pour l'accompagnement des cadres vers le projet managériale de GH ?

Question : quel a été la ligne conductrice de votre projet managériale et comment évoluez-vous votre projet ?

Question : explication de mon thème de mémoire puis quels sont à votre avis les similitudes ou contraste avec une gouvernance managériale, suis-je dans l'objectif du SE et projet managériale du GH ?

Question : pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement de votre direction des soins et les relations avec l'encadrement du CHU et du GH.

Pour quelle raison le projet managériale de votre GH n'est-il pas étendu aux autres GH ?

Annexe 3

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES CLERMONT-TONNERRE BREST	Procédure	Code : P/BARU/T/ /V2
	Gouvernance du pôle Bloc, Anesthésie, Réanimation et Urgences	Date d'application : Page 1 sur 2

1- **OBJET :**

2- **DOMAINE D'APPLICATION :**

3- **DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :**

4- **DOCUMENTS DE REFERENCE :**

5- **DOCUMENTS ASSOCIES :**

6- **DESCRIPTION DES ETAPES :**

6.1 **MISSION ET PERIMETRE DU POLE BARU :**

6.1.1 Mission du Pôle :

6.1.2 Le Périmètre du Pôle :

6.2 **RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES :**

6.2.1 Ressources Humaines :

6.2.2 Ethique du pôle dans la fonction ressources humaines :

6.2.3 La notion d'effectif du BARU :

6.2.4 Ressources matérielles :

7 **GOVERNANCE DU POLE :**

7.1 Définitions :

7.2 Médecin coordonateur de pôle :

7.3 Cadre coordonateur de pôle :

7.4 Le conseiller administratif :

7.5 Le bureau opérationnel de pôle :

7.6 Les conseils de pôle :

8 **ACCOMPAGNEMENT PAR L'ANAP :**

9 **MISE EN ŒUVRE DE LA GOUVERNANCE :**

10 **EVALUATION :**

11 **REVISION :**

12 **ANNEXES**

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES CLERMONT-TONNERRE BREST	Procédure	Code : P/BARU/T/ / Y1
	Gouvernance du pôle Bloc, Anesthésie, Réanimation et Urgences	Date d'application :
		Page 2 sur 2

- 12.1 Annexe 1 : Mode opératoire "Gouvernance du BARU"
- 12.2 Annexe 2 : Liste Indicative des Abréviations
- 12.3 Annexe 3: Eléments de Gouvernabilité (5 pages)

1. MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMPETENCES

- 1.1 Les processus de décision :
 - 1.1.1 Les décisions stratégiques du pôle
 - 1.1.1 Les décisions opérationnelles du pôle
- 1.2 Les courriers par voie hiérarchique
- 1.3 Les notations et évaluations au sein du BARU
 - 1.3.1 Les supports aux notations
 - 1.3.2 Les notations des EVAT
 - 1.3.3 Les notations du personnel militaire
 - 1.3.4 La commission d'harmonisation des notations MITHA.
 - 1.3.5 L'évaluation des personnels civils
 - 1.3.6 La revalorisation de la prime de service
- 1.4 La mutualisation des ressources et des compétences
 - 1.4.1 Les parcours professionnalisant.
 - 1.4.2 Les demandes de mutation interne
 - 1.4.3 La gestion des fiches individuelles de liaison (FIL)
- 1.5 Le recensement et priorisation des volontariats OPEX
- 1.6 La formation :
 - 1.6.1 Le plan annuel de formation
 - 1.6.2 Le Comité d'organisation de la formation d'établissement
 - 1.6.3 Le DPC

2 MANAGEMENT DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

- 2.1 Enjeux :
- 2.2 Pilotage :
- 2.3 Définition
- 2.4 Staffs Réunion de services.
- 2.5 Le circuit du courrier BARU
- 2.6 Les Notes de services
- 2.7 Les plannings des personnels
- 2.8 Boite mail.
- 2.9 le R:/ BARU
 - 2.9.1 Représentation graphique:

3 MANAGEMENT PAR LA QUALITE

- 3.1 La démarche qualité et gestion des risques.(R:\GOUVERNANCE\Qualité)
- 3.2 Politique qualité
- 3.3 Responsabilité, autorité et communication
- 3.4 Les risques psychosociaux (RPS)

4 PROCESSUS DE MANAGEMENT DE PROJET :

Annexe 4

20 | PILOTER ET MANAGER LES PROJETS AU SEIN DU PÔLE

Conduire l'analyse de son organisation :

le modèle des « 7S interdépendants »

Le modèle des 7S est une grille d'analyse d'une organisation autour des 7 leviers qui déterminent son efficacité :

→ la stratégie (Strategy);

→ la structure (Structure);

→ les systèmes (Systems);

→ les ressources humaines (Staff);

→ le savoir-faire (Skills);

→ les finalités et valeurs partagées (Shared values).

	Définition	Questionnement possible
Stratégie	Choix fait par le pôle en termes de stratégie, de priorités. Les arguments de ce choix sont explicités en fonction de l'environnement, des besoins de santé et de la concurrence.	Les priorités stratégiques du pôle sont-elles clairement définies pour focaliser les efforts?
Structure	La structure définit les rôles, répartition et responsabilités à occuper ainsi que les liens d'autorité, de coopération et de communication.	Les responsabilités respectives au sein du pôle sont-elles clairement explicitées? Ex : Rôle des différents acteurs : chef de pôle, cadre administratif de pôle, directeur référent, cadre soignant du pôle. Rôle des instances du pôle (qui décide ? qui est consulté ? sur quoi?)
Systèmes	Ensemble de procédures, formelles et informelles, qui permettent le fonctionnement du pôle au jour le jour.	Sur quelles procédures s'appuie le fonctionnement du pôle ? (« charte de la gouvernance », règlement intérieur, règles de délégation...) Le dispositif de gestion du pôle permet-il : - l'identification des problèmes; - la mise en œuvre des décisions; - et la coordination des acteurs?
Style de management	Porte sur les pratiques de management exercées par les responsables du pôle pour la mise en œuvre de la stratégie : pratiques réelles ou perçues dans la poursuite des objectifs.	Les profils des managers allient-ils : - rigueur de gestion d'une part; - souplesse, ouverture, aptitudes à partager, à communiquer et à négocier (qualités essentielles dans une organisation matricielle).
Ressources humaines	Les processus de gestion des ressources humaines du pôle : - recrutement - intégration - formation - carrière et rémunération - motivation	Les processus de ressources humaines en place sont-ils connus, identifiés et adaptés à l'organisation et à la stratégie du pôle ?
Savoir-faire	Le savoir-faire spécifique développé par le pôle, ses spécificités, notamment au regard des concurrents.	Les compétences de négociation, de communication et de travail en équipe sont-elles partagées au sein du pôle ?
Finalités et valeurs partagées	Ensemble de valeurs et éléments de culture, écrits ou non, qui sont partagés au sein du pôle.	Les valeurs de coopération, de dialogue et de négociation constructive sont-elles bien intégrées ?



PAUZE

Frédéric

Décembre 2017

Directeur des soins

Promotion 2017

Par-delà de toutes territorialités : la gouvernance de l'encadrement paramédical, un enjeu de coordination pour la direction des soins.

Résumé :

L'évolution du monde hospitalier implique directement l'encadrement paramédical. Ces managers sont l'articulation indispensable entre la direction des soins et les organisations de travail des soignants.

De nombreux rapports démontrent qu'il existe encore des discordances entre leur « *rôle prescrit* » et leur « *rôle construit* » face à la friction avec la réalité. Par ailleurs, l'encadrement est en demande de reconnaissance, d'autonomie décisionnelle, d'équité et de règles communes pour coordonner leurs actions et répondre ainsi aux évolutions hospitalières.

Comment alors les cadres s'approprient-ils leurs nouveaux rôles ?
Comment la direction des soins peut-elle à la fois les accompagner et optimiser leurs prises de décisions tout en coordonnant l'action collective ?

Il s'avère que le déplacement de la terminologie de « *politique managériale* » à « *gouvernance managériale* » prend ici toute son importance.

Ce travail de recherche émet des préconisations à la mise en place d'une gouvernance managériale « *avec* » et « *par* » la direction des soins, fondée sur la cohésion et la cohérence mais également, sous forme d'une fiche technique, un guide pour conduire un projet de gouvernance paramédicale.

Mots clés :

Gouvernance – Identification – Rôles – Appropriation – Encadrement paramédical-
Processus décisionnel – Contrat communicationnel – Régulation autonome - Régulation
de contrôle – Subsidiarité - Processus de management – Coordination

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.