



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2002

L'hôpital organisé en pôles d'activités
Perspectives et enjeux pour le directeur des soins

Nadine JULLIARD-FOURNIER

Sommaire

INTRODUCTION	1
DES CONCEPTS ÉCLAIRANT UN CONTEXTE : UNE APPROCHE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE	3
1 - L'ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ	4
1.1 HISTORIQUE ET ÉVOLUTION.....	4
1.1.1 <i>L'organisation en services</i>	6
1.1.2 <i>La dimension humaine de l'organisation hospitalière</i>	7
1.2 UNE ORIENTATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ : LA DÉCONCENTRATION DE GESTION ET LA CONTRACTUALISATION INTERNE.....	12
1.2.1 <i>Le dispositif réglementaire</i>	12
1.2.2 <i>Le retentissement de la contractualisation sur les acteurs de l'hôpital</i>	13
1.2.3 <i>Le principe de subsidiarité</i>	14
1.3 LE SERVICE DE SOINS : UN MAILLON IMPORTANT DANS L'ORGANISATION DE L'HÔPITAL.....	15
1.3.1 <i>De l'infirmière générale au directeur des soins</i>	15
1.3.2 <i>De la surveillante des services médicaux au cadre de santé</i>	17
2 - LE MANAGEMENT À L'HÔPITAL	18
2.1 LE CONCEPT DE POUVOIR : DES POUVOIRS À L'HÔPITAL AUX RELATIONS DE POUVOIR DANS L'ORGANISATION DE L'HÔPITAL	19
2.1.1 <i>Les pouvoirs au sein de l'hôpital</i>	19
2.1.2 <i>Une organisation, des relations, des pouvoirs</i>	20
2.2 DU CONCEPT DE « COMPLEXITÉ » À LA COMPLÉXITÉ DE L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE....	22
2.2.1 <i>Un concept à prendre en compte pour comprendre l'organisation</i>	22
2.2.2 <i>Manager au cœur de la complexité</i>	22
3 - LA PROBLÉMATIQUE ET LES HYPOTHÈSES.....	25
L'ÉTUDE DE TERRAIN	27
1 - LA MÉTHODOLOGIE	28
1.1 LE CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS.....	28
1.2 LES OUTILS DE RECUEIL ET LES PERSONNES ENQUÊTÉES	29
1.3 LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ENQUÊTE	29
1.4 MÉTHODE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	30

2 - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	31
2.1 LES ENTRETIENS	32
2.1.1 <i>Une organisation en pôles : une nécessité dans l'hôpital d'aujourd'hui</i>	32
2.1.2 <i>Prendre en compte les freins liés aux acteurs</i>	34
2.1.3 <i>Fixer les limites de la déconcentration et de la contractualisation</i>	35
2.1.4 <i>Les missions des directeurs des soins dans ce dispositif</i>	36
2.2 LES QUESTIONNAIRES.....	36
2.2.1 <i>De nouveaux modes d'organisation pour la direction des soins</i>	36
2.2.2 <i>Les cadres supérieurs de santé : un rôle différent au service de la transversalité</i>	38
2.2.3 <i>Les atouts et les forces de l'organisation</i>	41
2.2.4 <i>Des attentes fortes devant les freins possibles et les risques potentiels</i>	43
3 - SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	47
 LES PROPOSITIONS D' ACTIONS : ROLE ET PLACE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LE MANAGEMENT DE L'ENCADREMENT	 50
 1 - UN RÔLE INNOVANT POUR LE DIRECTEUR DES SOINS DANS LE DISPOSITIF : UNE OPPORTUNITÉ À SAISIR POUR MODIFIER LES PRATIQUES MANAGÉRIALES. 52	
1.1 LE MANAGEMENT : UNE CONCEPTION, DES VALEURS.....	52
1.1.1 <i>La question du sens</i>	52
1.1.2 <i>Les compétences de l'encadrement</i>	53
1.1.3 <i>L'intégration des différentes logiques</i>	54
1.2 FÉDÉRER ET METTRE EN LIEN	55
1.2.1 <i>Faire le lien entre les pôles</i>	55
1.2.2 <i>Favoriser la communication</i>	56
1.2.3 <i>La collaboration avec le corps médical</i>	57
1.3 UN RÔLE RÉGULATEUR : DONNER DU SENS ET METTRE EN COHÉRENCE	58
1.3.1 <i>La gestion des ressources humaines</i>	58
1.3.2 <i>Le projet de soins</i>	64
 2 - LE MANAGEMENT DE L'ENCADREMENT : CONDUIRE LE CHANGEMENT	 66
2.1 APPRENDRE LA CONFIANCE ET S'OUVRIRE AU DIALOGUE.....	66
2.1.1 <i>Dialoguer pour conserver la cohésion du service de soins</i>	67
2.2 CONDUIRE VERS UNE AUTONOMIE ACCOMPAGNÉE ET ENCADRÉE.....	68
2.2.1 <i>Un management basé sur une relation contractuelle</i>	69
 3 - CLARIFIER LA FONCTION DE CADRE SUPÉRIEUR DE PÔLE : MISSIONS ET POSITIONNEMENT.....	 70
3.1 LA DÉFINITION DE FONCTION : UN RÉFÉRENTIEL À FAIRE ÉVOLUER	70

3.2 LE POSITIONNEMENT OU OSER OCCUPER SA PLACE	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
LISTE DES ANNEXES	78

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIS	Cadre infirmier supérieur
CGS	Coordonnateur général des soins
CSS	Cadre supérieur de santé
CSSI	Commission du service de soins infirmiers
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRH	Direction des ressources humaines
DSSI	Direction (directeur) du service de soins infirmiers
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH	Gestion des ressources humaines
IG	Infirmier(ère) Général(e)

INTRODUCTION

Les établissements publics de santé se situent aujourd'hui entre conservatisme et changement. Sous la pression de contraintes économiques, sociales et sociétales, de nouveaux modes de management apparaissent au sein de l'organisation hospitalière. La loi du 31 juillet 1991 et l'ordonnance du 24 avril 1996 vont dans le sens d'une gestion déconcentrée, plus proche des contraintes du terrain, et de nombreux établissements de santé français modifient leur organisation en la centrant davantage sur le patient. Les activités médicales sont ainsi regroupées dans de nouvelles structures dénommées fédérations, cliniques ou pôles.

Le centre hospitalier universitaire où nous travaillons s'inscrit dans cette dynamique et le projet d'établissement repose sur un axe fort représenté par une structuration par pôles d'activités.

Ce changement impose une remise en cause de l'organisation dans toutes ses composantes, médicale et soignante bien sûr, mais aussi pour ce qui concerne la fonction de direction.

La mise en œuvre du projet a nécessité des réflexions fondamentales sur le fonctionnement de l'établissement qui ont associé un échantillon représentatif des professionnels.

Le changement culturel entraîné par ce projet a fait naître de multiples questionnements, des craintes et parfois des résistances.

Notre exercice de la fonction d'infirmière générale au sein de cet établissement nous a permis de mesurer la difficulté pour les acteurs de s'inscrire dans la perspective de ce changement à court terme. Afin d'anticiper sur nos missions dans ce poste à l'issue de la formation, il nous a paru judicieux de saisir l'opportunité du mémoire pour conduire une réflexion approfondie sur ce thème.

La question que nous nous posons peut être ainsi formulée :

Comment le directeur des soins peut-il inscrire son action dans un mode de gestion déconcentrée en préservant la cohérence du service de soins ?

Nous aborderons, dans une première partie, les théories et les concepts qui nous permettront d'explorer notre question de départ. A partir de recherches bibliographiques, nous mettrons en évidence l'histoire de l'organisation hospitalière, les champs explorés par les sociologues dans ce domaine, et l'activité de management. Nous prendrons également appui, pour enrichir la problématique, sur des données empiriques en lien avec notre expérience professionnelle.

Nous analyserons ensuite les éléments recueillis auprès de professionnels lors d'une enquête réalisée dans notre établissement, et dans d'autres établissements qui ont fait le choix de nouvelles modalités d'organisation. Cette enquête est effectuée au moyen d'entretiens auprès de directeurs et de médecins et à l'aide d'un questionnaire adressé à des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé.

Nous verrons, dans la troisième partie, comment le directeur des soins peut, en modifiant sa stratégie managériale et en développant une logique de contrat avec l'encadrement, apporter sa contribution à la mise en application d'une politique de gestion innovante pour l'hôpital moderne.

**DES CONCEPTS ECLAIRANT UN CONTEXTE : UNE APPROCHE
THEORIQUE ET CONCEPTUELLE**

« Les idées seraient donc des êtres aux frontières cérébrales de la vie comme, à une autre frontière, le sont les virus...capables de se transmettre d'un vivant à un autre. »

Edgar MORIN

Le paradigme perdu : la nature humaine

1 - L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Les hôpitaux français ont vécu, depuis le début du 20^{ème} siècle, une mutation rapide et profonde qui a influencé les structures, les organisations, les missions et les hommes. Cette évolution est en lien avec celle du monde moderne et, ainsi que l'écrit J.M.CLÉMENT, *"plus que toutes autres institutions, l'hôpital reflète l'état économique, scientifique, technique et social de la société dans lequel il est implanté"*¹

1.1 HISTORIQUE ET EVOLUTION

L'organisation des établissements publics de santé est profondément marquée par l'évolution globale de la société et par ses aspects politiques, économiques et sociologiques. Plusieurs phénomènes essentiels vont, au cours du 20^{ème} siècle, marquer la vie hospitalière et permettre de comprendre sur quoi se fonde l'organisation actuelle des établissements.

- L'avènement des progrès technologiques et scientifiques

L'évolution des techniques médicales, de plus en plus performantes, a bouleversé la conception même de l'hôpital et les progrès réalisés ont permis d'améliorer la prise charge des malades et d'augmenter la durée de la vie ; ils ont aussi entraîné une augmentation considérable des sommes consacrées au fonctionnement des hôpitaux.

Les établissements passent ainsi du statut d'asile des pauvres à celui de lieux de soins de plus en plus sophistiqués et vont donner aux médecins une place prépondérante.

- Le malade passe du statut d'assisté à celui d'assuré

En 1893, l'aide médicale gratuite avait été instituée et permettait la prise en charge des patients dans les hôpitaux. Cependant, comme les hôpitaux étaient financés par les communes, les inégalités étaient criantes et l'accès aux soins n'était pas identique pour tous.

¹ CLEMENT.JM. 1900-2000 : la mutation de l'hôpital, p. 19

Il faut attendre la création de la sécurité sociale, en 1945, pour qu'apparaissent les principes d'universalité et d'égalité qui vont contribuer à financer les progrès médicaux et l'évolution des hôpitaux. La loi du 27 juillet 1999 va parachever cette évolution sociale en créant la CMU² qui, en permettant à tous les patients d'être assurés, et non plus assistés, les fait reconnaître comme sujets de droits.

- Les droits des patients

En 1976, la charte des malades avait comme objectif de proclamer les droits des malades et de permettre leur information. Depuis, les droits des patients ont été étendus et modifiés ; la nouvelle charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire du 6 mai 1995 fait la synthèse de ses droits et fut légitimée par l'ordonnance du 24 avril 1996 qui les légalise.

La notion de service public, initiée en 1970, est renforcée et les missions de l'hôpital clairement définies ; de plus, les établissements feront l'objet d'une procédure d'évaluation centrée sur la qualité des prestations : l'accréditation.

Le manuel d'accréditation précise notamment que « *la prise en charge du patient est coordonnée au sein des secteurs d'activité cliniques* » et prévoit que « *les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire* ». ³

- L'encadrement des dépenses de santé

La loi du 21 décembre 1941 introduit la notion de malades payants, éloignant ainsi l'hôpital du concept d'assistance ; elle prévoit également la tarification au prix de journée.

Ce mode de financement des hôpitaux est hautement inflationniste et comporte nombre d'effets pervers. Il va néanmoins subsister jusqu'en 1983 où une loi instaure le budget global qui va un peu freiner les dépenses hospitalières qui vont cependant rester élevées et peu contrôlées.

Dans un contexte socio-économique difficile, le gouvernement va mettre en œuvre la réforme de 1996 qui va instaurer une analyse qualitative et quantitative des activités hospitalières.

Afin de lutter contre la dispersion des moyens de l'Etat, les établissements doivent désormais prouver ce qu'ils font et comment ils le font pour pouvoir continuer à le faire ; ainsi

² couverture maladie universelle

³ Extrait du manuel d'accréditation (ANAES).

les moyens financiers alloués pourront être cohérents avec les orientations stratégiques des projets d'établissement.

- La gestion des hôpitaux est de plus en plus contrôlée par l'Etat.

Sur le plan politique, les hôpitaux, jusqu'alors gérés par les communes avec un fort pouvoir du maire-président, vont progressivement se trouver sous un contrôle prédominant de l'État. La loi du 21 décembre 1941 va ainsi fonder les structures juridiques de l'hôpital d'aujourd'hui.

Cette loi crée la fonction de directeur et la commission consultative médicale qui deviendra en 1987 la commission médicale d'établissement.

La loi du 31 décembre 1970 va déposséder le maire de la représentation légale des établissements en transférant cette charge au directeur, nommé par le préfet puis par le ministre de la Santé.

« De là naît l'administration étatique des hôpitaux allant crescendo en trois temps : l'émergence entre 1941 et 1970, la confirmation entre 1970 et 1991 et la totale souveraineté de l'Etat avec la loi du 31 juillet 1991 et l'ordonnance du 24 avril 1996 créant les agences régionales hospitalières. »⁴

Nous pouvons ainsi dire que le paysage hospitalier contemporain, s'il obéit à des principes de décentralisation comme en témoigne la création des ARH⁵, fonctionne néanmoins selon des règles dictées par l'État selon lesquelles une concentration de la gestion et des décisions est nécessaire pour préserver les valeurs du service public.

1.1.1 L'organisation en services

L'hôpital est traditionnellement organisé en services ; services de soins, bien sûr mais aussi services administratifs et techniques.

En vue d'une meilleure coordination des soins, la loi du 3 janvier 1984 avait supprimé la notion de services pour créer les départements qui devaient regrouper les activités des unités fonctionnelles sous l'autorité d'un chef de département élu. Dans les faits, cette loi, notamment suite à l'opposition du corps médical, n'a pas été exécutée et la loi du 24 juillet 1987 a rendu aux services leur caractère d'unités de base pour l'organisation hospitalière.

Cependant, des modifications significatives étaient apportées :

⁴ CLEMENT. JM. Op. Cit. P.54

⁵ agence régionale de l'hospitalisation

- La durée du mandat des chefs de service n'est plus à vie mais de 5 ans renouvelables.
- Le chef de service peut déléguer aux praticiens hospitaliers la responsabilité d'une unité fonctionnelle.
- Des départements, regroupant plusieurs services, peuvent être constitués sur l'initiative des établissements.

La réforme hospitalière de 1991 apporte une possibilité de souplesse dans l'organisation puisqu'il est précisé que, pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements sont organisés en services ou départements. Le département, dans la législation actuelle, fonctionne comme un service avec un chef de département ayant les mêmes prérogatives que les chefs de service.⁶ D'autre part, le conseil d'administration, dans le respect du projet d'établissement, peut décider librement de créer d'autres structures pour le fonctionnement médical et l'organisation des soins dans le respect du projet d'établissement⁷.

Ainsi que l'annonçait Claude ÉVIN, ministre de la santé en 1989, « *l'organisation en services, qui comporte certains avantages, n'est pas toujours de nature à favoriser les décloisonnements nécessaires* »⁸. Il paraît, dès lors, essentiel d'accroître la souplesse de l'organisation afin d'atteindre trois objectifs principaux :

- Recentrer les prestations autour du patient pour promouvoir des soins coordonnés.
- Instaurer un réel dialogue entre les professionnels hospitaliers autour d'objectifs définis en commun.
- Associer les personnels à la gestion et à l'évolution de l'établissement.

Ces deux derniers points nous permettent d'aborder la place prépondérante qu'occupent les hommes au sein des organisations.

1.1.2 La dimension humaine de l'organisation hospitalière

Si l'organisation de l'hôpital peut s'expliquer à travers l'évolution des politiques de santé et de la réglementation, il nous paraît important de faire, de façon succincte, une incursion

⁶ Article L 714-20 du Code de la Santé publique

⁷ Article L 714-25-2 du Code de la Santé publique

⁸ Claude EVIN, Les grandes orientations de la politique de santé 1989-1992, in *Gestions Hospitalières* (N° 286, mai 1989).

dans « l'histoire des idées »⁹ émergeant dans les différentes théories qui modélisent les structures organisationnelles de l'hôpital d'aujourd'hui.

1. le modèle rationnel

L'organisation scientifique du travail selon F.TAYLOR prône une utopie sociale, la justice, puisque chacun dans l'entreprise doit être payé en fonction de son travail réel. TAYLOR décompose le travail en tâches élémentaires, et ce modèle était sans doute très adapté à l'entreprise industrielle. Cette théorie se présente en effet comme un effort d'extrême rationalisation du travail.

Dans l'organisation taylorienne, les employés sont avant tout des instruments passifs de l'organisation, essentiellement aptes à exécuter un travail et à recevoir des directives sans pouvoir prendre d'initiatives. Ils sont gouvernés selon un modèle bureaucratique mis en lumière par F.WEBER, et dont les effets pervers ont été critiqués par MARCH et SIMON aux Etats Unis, puis par Michel CROZIER en France.

2. le modèle de la bureaucratie

Si, de nos jours, le terme de « bureaucratie » a une connotation péjorative il avait au début du 20^{ème} siècle une allure plutôt valorisante. En effet, il définissait le modèle de la structure idéale vers lequel les organisations devaient tendre pour obtenir une action rationnelle et efficace.

Le sociologue allemand Max WEBER dégage de ses travaux les éléments sur lesquels repose le modèle de la direction administrative bureaucratique :

- Les fonctionnaires obéissent aux devoirs de leur fonction,
- Ils sont soumis à une discipline et à un contrôle,
- La hiérarchie est organisée à des fins fonctionnelles,
- La rétribution est fixe et graduée selon le rang hiérarchique et correspond à la fonction occupée,
- L'avancement résulte de l'ancienneté et du jugement des supérieurs,
- Les attributions des fonctionnaires sont liées à la fonction occupée.

WEBER souligne que, dans ce type d'organisation, la direction dispose d'une autorité à caractère légal. Il précise également que cette organisation est la plus rationnelle en raison de son exigence de conformité aux règlements et de son caractère de prévisibilité.

⁹ référence au cours de F.X. SCHWEYER, ENSP, avril 2002

«Un tel système présente des avantages certains de stabilité, de régularité et de prévisibilité. Mais, en même temps, il est extrêmement rigide et secrète naturellement la routine.»¹⁰»

Il est aisé de constater que le mode d'organisation de la fonction publique hospitalière peut apparaître, encore aujourd'hui, comme marqué par ce modèle bureaucratique et ceci en lien avec une réglementation qui, rigoureusement appliquée, laisse peu de place aux initiatives novatrices. Ainsi que l'écrit J.M. CLEMENT, « *les rapports actuels entre les différents acteurs de l'entreprise hospitalière sont marqués par une hiérarchisation prononcée où la ligne pyramidale s'impose au détriment de la réelle responsabilité de chacun.* »¹¹

3. le courant des ressources humaines¹²

Si le modèle taylorien s'intéressait exclusivement à la tâche, ce modèle va se centrer sur les hommes au travail et va tenter de rationaliser en agissant sur l'humain.

Plusieurs axes de ce modèle, à partir des expériences d'Elton MAYO et de Kurt LEWIN peuvent être dégagés:

- ◆ Plus on porte de l'intérêt aux personnes, plus le résultat obtenu est bon et il existe un effet du groupe (notion d'équipe) sur la productivité.
- ◆ En faisant participer les hommes au travail à la démarche de changement de l'entreprise on obtient de meilleurs résultats.

Les bases du modèle des ressources humaines sont caractérisées par l'épanouissement au travail, l'estime de soi et la motivation ; ce qui explique que des chercheurs dans le champ des relations humaines, tels que MASLOW, vont susciter un engouement pour le management participatif dans les entreprises.

Cependant, si l'entreprise « à l'écoute »¹³ et créatrice de valeurs humanistes laisse à penser que l'on peut tout obtenir des personnes en les faisant participer, elle risque fort de faire preuve d'intolérance par incompréhension des réactions individuelles de résistance.

Ce courant humaniste a été, et est encore, largement utilisé par les managers hospitaliers mais il est important de ne pas occulter certaines notions de la sociologie du travail et des organisations.

¹⁰ M.CROZIER, La société bloquée, Seuil, P. 96

¹¹ JM. CLEMENT, La mutation de l'hôpital, p.209

¹² référence : conférence de Gilles HERREROS. Dijon. Mars 1992

¹³ Référence au titre du livre d'Hervé SEYRIEX: « L'entreprise à l'écoute ».

4. l'approche de l'analyse stratégique¹⁴

Avec les travaux de Michel CROZIER l'image d'une « société bloquée », du fait de l'immobilisme et des dysfonctionnements de son administration bureaucratique, commence à se développer et la lecture qu'il fait de la société industrielle est reproductible au sein des établissements de santé.

Certains points des travaux de CROZIER sont tout particulièrement riches d'enseignement pour la lecture de l'organisation hospitalière et pour envisager l'innovation managériale dans un mode de gestion déconcentrée :

- Le fonctionnaire se plaint de la règle mais il s'y abrite s'il a un problème et si la règle le gêne, il la contourne.
- Le fonctionnaire se plaint de l'incertitude de ses supérieurs hiérarchiques mais il fait remonter des informations sans intérêt à l'échelon intermédiaire. Ces informations « filtrées » ne permettent pas aux décideurs d'agir.

Pour CROZIER, l'individu au travail n'est plus agent mais acteur et garde une marge d'autonomie quel que soit le type d'organisation où il se trouve et quel que soit le carcan de la règle à laquelle il est soumis.

CROZIER démontre également que si les dirigeants appellent à l'intérêt général pour l'organisation en demandant aux acteurs d'oublier leur intérêt spécifique, ils ont peu de chance d'obtenir une mobilisation : c'est la notion d'enjeu.

CROZIER nous dit aussi que l'acteur est rationnel mais que sa rationalité est limitée par le contexte et par l'information dont il dispose et qu'il existe des alliances entre les acteurs constituant le système d'action concret¹⁵.

L'ensemble des concepts que nous avons exposés précédemment ont tous un impact sur l'organisation de l'hôpital ; ils s'entrecroisent et sont plus ou moins porteurs de sens pour les acteurs.

Il n'existe pas de « bon » modèle d'organisation mais plutôt une articulation de plusieurs modèles prenant en compte les structures, les techniques, la culture et surtout les incertitudes liées au facteur humain.

¹⁴ Philippe BERNOUX. La sociologie des organisations.

¹⁵ Le système d'action concret est un ensemble de relations qui se nouent entre les membres d'une organisation et qui servent à résoudre les problèmes concrets au quotidien. Ces relations ne sont pas prévues par l'organisation formelle et les définitions de fonction. Ces règles informelles doivent être identifiées par les dirigeants dès lors qu'ils veulent modifier l'organisation.

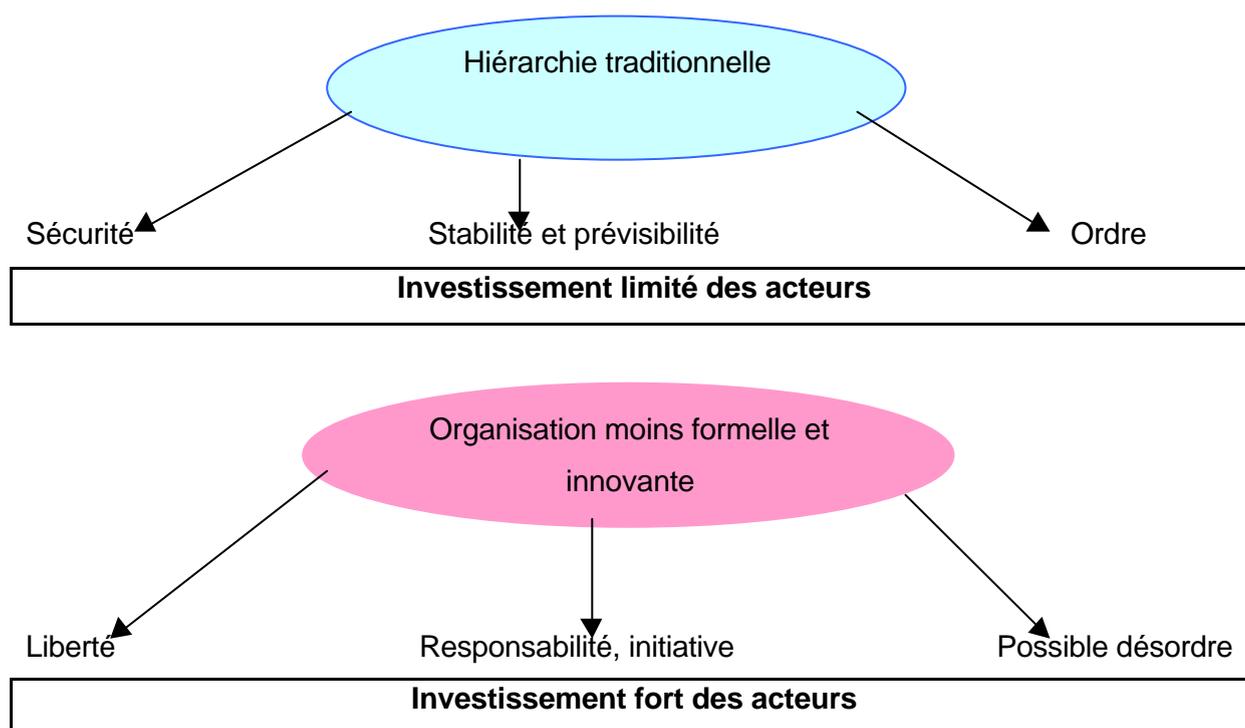
5. De nouveaux concepts au cœur des organisations : une perspective d'innovation

Les évolutions récentes en matière d'organisation font apparaître la nécessité de raccourcir les lignes hiérarchiques et de mettre en place des processus transversaux et des structures en réseaux laissant place à l'innovation.

L'innovation, selon Norbert ALTER¹⁶, peut être définie comme un processus qui repose sur un désordre dans les règles et les valeurs, qui permet de rompre avec le passé et de projeter l'organisation vers un nouveau mode de relations.

Le schéma suivant montre comment les nouveaux modèles d'organisation, s'ils renforcent l'implication des acteurs, peuvent bousculer leurs certitudes en introduisant du désordre et de l'instabilité.

Les fonctions latentes de l'organisation hospitalière



Les théories modernes des organisations suggèrent la refonte des structures actuelles de l'organisation hospitalière avec un partage des responsabilités entre les dirigeants et professionnels d'une part, et d'autre part un décloisonnement entre les différents services pour un fonctionnement au bénéfice du patient.

¹⁶ Norbert ALTER est professeur à Paris Dauphine et auteur de plusieurs ouvrages dont « la gestion du désordre en entreprise ».

« Seul un nouveau partage des responsabilités entre la direction et les pôles cliniques permettra le renouveau des organisations hospitalières. Sur ce point, la notion de subsidiarité doit constituer la ligne d'action. »¹⁷

1.2 UNE ORIENTATION DE LA POLITIQUE DE SANTE: LA DECONCENTRATION DE GESTION ET LA CONTRACTUALISATION INTERNE

« L'hôpital est une mosaïque de services qui ne peuvent plus fonctionner en s'ignorant »¹⁸

Comme nous l'avons mis en évidence plus haut, l'hôpital, comme d'autres structures publiques, est resté longtemps régi par un mode d'organisation très hiérarchisée à partir d'une administration étatique centrale. Il était alors permis de se poser la question de savoir si l'hôpital n'était pas plus administré que géré.

En effet, les points faibles du dispositif sont apparus au fur et à mesure que les soins se sont avérés plus complexes et que, parallèlement, apparaissait un nécessaire encadrement des dépenses.

« Les contraintes budgétaires et la crise traversée dans les années 1980 ont conduit les pouvoirs publics à rechercher des organisations nouvelles alors qu'émergeait la demande de reconnaissance et de participation des personnels¹⁹. »

La nécessité de contractualiser avec les équipes, impulsée par la réglementation hospitalière, apparaît donc comme une évolution en prise directe avec les attentes des professionnels.

1.2.1 Le dispositif réglementaire

Cette évolution, dans les modes de gestion des hôpitaux n'est pas récente puisqu'elle est déjà envisagée par les pouvoirs publics dès 1984.

La circulaire n°31 du 18/06/1984 est prise dans le cadre de la mise en place du budget global mais elle doit permettre également d'associer les professionnels à la gestion.

¹⁷ Dominique PELJAK. Le management de subsidiarité au service des hôpitaux in Gestions Hospitalières juin-juillet 1997. p.421

¹⁸ CLEMENT. JM. . Op. cit. P.34

¹⁹ Jean-Michel BUDET. Gestions Hospitalières août-septembre 2001. p. 587.

Cette circulaire peut être considérée comme le point de départ de la contractualisation.

Près de vingt ans après, les principes posés par le législateur ont très nettement évolué et si la circulaire de 1984 répondait à une logique strictement budgétaire, la circulaire du 21/04/1997, prise en application de la réforme de 1996²⁰, pose les principes d'une gestion maîtrisée des moyens et d'une amélioration de la qualité des prestations.

Un des buts visés par la contractualisation interne est, selon les termes de la réforme, la responsabilisation et la mobilisation des équipes hospitalières autour de ces objectifs.

« La contractualisation interne apparaît, avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, comme un facteur clé de réussite de la politique de gestion des ressources humaines et financières de l'hôpital. »²¹

1.2.2 Le retentissement de la contractualisation sur les acteurs de l'hôpital

La contractualisation n'est pas sans poser des problèmes dans sa mise en place effective, tant sur le plan de l'organisation médicale que sur le plan du processus de décision administratif, puisqu'elle substitue aux principes d'une hiérarchie descendante un principe de subsidiarité. Nous pouvons ainsi dire que si *« elle permet l'achèvement du processus de décision et constitue une réponse à la complexité en réalisant le lien entre ceux qui savent et ceux qui organisent »*²² elle engendre également des changements culturels qui peuvent heurter la tradition française de l'hôpital public.

« Partage de la décision, argumentation obligatoire et rationalisation des choix, nécessité de composer avec les différents interlocuteurs et transparence de l'activité réalisée et des moyens affectés ne font pas partie des réflexes habituels. Ils doivent être appris et compris.²³ »

Il est vrai que la déconcentration de gestion et la contractualisation font débat mais elles donnent aux acteurs de l'hôpital l'opportunité de montrer leurs capacités d'innovation. S'ils ne relèvent pas ce défi, ils ne pourront pas s'engager ensemble (médecins,

²⁰ Article 9 de l'ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 (article L.6145-16 du Code de la santé publique).

²¹ Extrait de la circulaire n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

²² Jean-Paul SEGADÉ, La contractualisation à l'hôpital

²³ François MAURY. Gestions hospitalières, juin-juillet 1997. p. 420

administratifs et soignants) dans la voie de la modernisation que le législateur leur suggère pour permettre une plus grande réactivité de l'organisation hospitalière et pour mettre un terme à l'opposition entre la gestion administrative et la production de soins.

« La contractualisation est une réponse apportée à la complexité de l'organisation hospitalière en reconnaissant un niveau d'analyse et de décision plus décentralisé et répondant au principe de subsidiarité »²⁴

1.2.3 Le principe de subsidiarité

Nous avons mis en évidence que l'accroissement de l'intervention de l'État depuis 1941, s'il avait permis de garantir un principe d'égalité d'accès aux soins, avait également entraîné une inflation des niveaux hiérarchiques.

Cette multiplication des niveaux hiérarchiques est source d'incompréhension pour les personnels car plus personne n'arrive à identifier clairement le donneur d'ordre, le responsable²⁵

La notion de service public suppose une centralisation étatique mais est-il nécessaire de concentrer la gestion des établissements alors qu'il est clair que c'est au niveau de la production que se traitent le plus facilement les problèmes ?

Le concept de subsidiarité est apparu avec l'essor des communautés européennes et la réflexion sur le partage des responsabilités : les décisions sont prises par les professionnels concernés au plus près des problématiques de terrain. Elles sont prises au sommet hiérarchique seulement pour des raisons tenant à la cohérence du système.

« Les décisions de base étant prises au niveau du centre de responsabilité dans le respect de la politique générale, il est évident qu'elles seront les éléments de la politique d'ensemble et permettront, dès lors, de redonner au pouvoir décisionnel son caractère ascendant, du particulier au général, qu'il n'aurait jamais dû perdre. Là est la bonne application du principe de subsidiarité. »²⁶

Ces idées ne sont pas sans inspirer les nouveaux modèles de management des entreprises où il existe une réelle délégation des pouvoirs. *« Il est temps de concevoir une organisation différente de ce qu'elle a été en la décentralisant et en redistribuant les pouvoirs²⁷ ».*

²⁴ JP.SEGADE, Op.cit.

²⁵ JM. CLEMENT, Réflexions pour l'hôpital, p.30

²⁶ JM.CLEMENT, Op. cit., p.64

²⁷ M.CROZIER, H.SERIEYX. Du management panique à l'entreprise du 21^{ème} siècle

Si ce principe est réellement appliqué dans les hôpitaux de certains pays de l'Union européenne²⁸, dans les établissements publics de santé français les contraintes réglementaires nécessitent davantage de mesure.

« Il est assez difficile (...) de mettre en œuvre de nouveaux dispositifs d'efficience qualitative, dans un milieu professionnel attaché aux traditions du service public administratif et à l'égalitarisme statutaire (...)»²⁹

Outre le fait que la délégation de gestion nécessite la mise en place d'un contrôle, elle ne supprime pas le pouvoir décisionnaire centralisé du directeur, responsable légal de l'établissement.

La déconcentration de gestion et la contractualisation sont un facteur clé de réussite dans la gestion des ressources humaines au sein de l'organisation hospitalière car elles vont introduire un management animé d'une volonté d'implication et d'engagement réciproque.

Le service de soins, par l'importance du nombre de ses acteurs et par son positionnement au carrefour des différentes logiques de l'hôpital, est directement impliqué dans l'évolution des organisations.

1.3 LE SERVICE DE SOINS : UN MAILLON IMPORTANT DANS L'ORGANISATION DE L'HOPITAL

Les missions et l'expertise du directeur du service de soins font de lui un interlocuteur privilégié du directeur d'établissement pour analyser les répercussions des changements organisationnels au sein des services de soins.

L'histoire du service de soins infirmiers est récente et mérite que l'on examine le parcours qui l'a conduit à prendre place dans l'organisation de l'hôpital.

1.3.1 De l'infirmière générale au directeur des soins

L'évolution des prestations hospitalières et l'augmentation du nombre des professionnels soignants dans les années 1970 vont inciter l'organisation hospitalière à se doter d'un personnel d'encadrement issu de la filière infirmière.

²⁸ Gestions Hospitalières. Avril 1999, p.240-249. Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger.

²⁹ Extrait du rapport Bacquet dans la Revue hospitalière de France n°3, mai-juin 2000, p.19.

Le décret du 11 avril 1975 concrétise cette fonction de responsabilité des soins infirmiers en créant l'emploi et la fonction d'Infirmier général qui a à la fois une mission de conseil et d'expertise dans le domaine des soins et assure l'interface entre l'équipe de direction, dont il est membre, le corps médical et les équipes soignantes.

Le décret du 18 octobre 1989 va définir de façon précise les missions des infirmiers généraux et leur responsabilité dans l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers.³⁰

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée la fonction de directeur du service de soins infirmiers (DSSI) dont la responsabilité est confiée à l'infirmier général.

Le DSSI élabore le projet de soins, partie intégrante du projet d'établissement, et préside la Commission du service de soins infirmiers.

De nombreux facteurs, d'ordre politique social et culturel, vont progressivement influencer cette « jeune » direction et la réforme de 1996, qui place l'utilisateur au centre des préoccupations, va poser les premières pierres de la nécessaire évolution de la fonction.

« Dans une époque de turbulence où règnent, de façon alternative, espoir et craintes, une réflexion prospective est nécessaire sur la direction du service de soins infirmiers au 21^{ème} siècle.³¹ »

Le décret du 19 avril 2002 crée un corps de directeur des soins et nécessite ainsi un positionnement nouveau des infirmiers généraux. Il s'agit désormais d'assurer la coordination de l'ensemble des soins paramédicaux.

Cette approche réglementaire est un acte important au service d'une ambition : l'amélioration de la coordination de la prise en charge des patients dans un contexte d'évaluation de la qualité et d'évolution des structures de l'organisation hospitalière.

« Cette direction ne devra-t-elle pas être axée sur le futur et se focaliser sur des objectifs, sur une planification stratégique, être favorable à la prise de risques, à la créativité et à l'innovation, à de nouveaux développements ?³² »

Le service de soins, considéré comme une entité de l'organisation hospitalière, dispose d'une ligne hiérarchique clairement identifiée allant de l'agent des services hospitaliers aux directeurs des soins. Les cadres de santé, dont le rôle s'est énormément professionnalisé au cours des années, occupent une place prépondérante dans la mise en œuvre des projets de l'hôpital et participent à son évolution.

³⁰ Article 2 du décret n° 89-758 du décret du 18 octobre 1989.

³¹ Catherine DUBOYS-FRESNEY. *Objectifs Soins n° 84, Le cahier du management p.II*

³² Catherine DUBOYS-FRESNEY. *Objectif Soins. N°98. le cahier du management. p.III*

1.3.2 De la surveillante des services médicaux au cadre de santé

Le grade de surveillant est ancien et, d'abord occupée par des membres de congrégations religieuses, cette fonction va peu à peu prendre une place importante dans le paysage hospitalier ; le surveillant des services médicaux, devenu au fil des années cadre infirmier, est un personnage clé qui, sous la double autorité de l'infirmier général et du chef de service, se consacre au bon fonctionnement du service.

Le grade de surveillant-chef est officiellement créé par un décret du 2 février 1962³³ qui avait pour but d'optimiser la carrière des infirmières en ajoutant un échelon hiérarchique supplémentaire.

Le décret du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants-chef des services médicaux définit les modalités d'accès à la fonction. Acquis par promotion interne à l'établissement, le grade de surveillant-chef ne requiert pas de formation spécifique.

Selon la loi du 31 juillet 1991, les surveillants-chef assistent le chef de service pour assurer la conduite du service et organiser son fonctionnement.

En 2001, les grades de surveillant et de surveillant-chef évoluent et un nouveau statut est créé : le corps des cadres et cadres supérieurs de santé³⁴.

La fonction de surveillant-chef passe d'un rôle hiérarchique de contrôle à un rôle de manager et d'animateur d'une équipe de cadres.³⁵

Le législateur n'a ainsi fait que valider les réalités de travail car de nombreux surveillants-chef exerçaient déjà cette mission de management.

Le cadre supérieur de santé a la double responsabilité d'assurer le fonctionnement du secteur dont il a la charge et d'impulser la politique du service de soins ; il est un manager au service de l'institution et doit se donner les moyens de développer des compétences pour agir en ce sens.

Le travail du cadre, qui se limitait autrefois à l'unité de soins, est élargi au niveau institutionnel et les dirigeants attendent de l'encadrement un investissement fort dans les projets. Les cadres, qu'ils soient intermédiaires ou de proximité, sont soumis à une double

³³ Décret n°621-32 du 02/02/1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins.

³⁴ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

³⁵ Article 5 du décret du 31/12/2001

contrainte : les attentes de l'équipe qu'ils dirigent et les injonctions des dirigeants. Il peut en résulter un sentiment d'impuissance et de frustration propice à la démotivation.

Le récent mouvement des cadres soignants mettait en évidence un profond malaise susceptible d'entraver le fonctionnement du système hospitalier. L'expression d'un malaise mérite que l'on accorde une attention particulière à ce qui le provoque pour éviter qu'il ne s'aggrave ou se chronicise.

Les cadres sont, pour le directeur des soins, de précieux collaborateurs et il est primordial qu'ils soient accompagnés par un projet de management du service de soins qui les fasse « grandir » et les positionne clairement.

Il faut considérer le management de l'encadrement et la direction du service de soins au sens de diriger mais aussi et surtout de donner le sens : il y a là un défi à relever.

« Le management est avant tout une rencontre, un accrochage permettant le tissage d'une histoire dont les secousses signent quelquefois le besoin de réassurance de l'équipe et du cadre ³⁶ »

Dans une organisation hospitalière en mouvement où le facteur humain est au centre, il nous a paru essentiel de poursuivre nos recherches dans le champ du management.

Définir le management, de l'italien « maneggiare » qui signifie conduire, n'est pas aisé car le management « est un agir, mais un agir un peu particulier puisqu'il consiste à agir sur l'agir des autres. »³⁷

2 - LE MANAGEMENT A L'HOPITAL

« Les organisations ne doivent plus leur survie à des hommes et des femmes qui obéissent mais à des hommes et des femmes qui décident et s'engagent. ³⁸ »

Dans un monde gouverné par l'efficacité et l'efficience, le management a, jusqu'aux années 80, plus emprunté à l'économie et à la gestion qu'à la sociologie. Aujourd'hui,

³⁶ Chantal FAUGIER-SEURET, Le management en arrière-plan. Obj. Soins n°50. Le cahier du management. p. VIII

³⁷ Marc HEES. Des dieux, des héros et des managers. p.43

³⁸ M.CROZIER, H.SERIEYX. Op. Cit.

l'approche sociologique, en partant des hommes au travail et des relations qu'ils entretiennent entre eux, permet aux managers de porter un regard différent sur l'organisation pour l'appréhender comme un ensemble de relations concrètes entre des individus interdépendants.

Ainsi le management à l'hôpital doit s'envisager en prenant en compte plusieurs éléments constitutifs de l'organisation.

- ♦ Les hommes au travail ne sont pas seulement agents mais aussi **acteurs** et disposent, de ce fait, d'une marge d'autonomie et d'une forme de **pouvoir**. Ils ont besoin, pour être motivés, de trouver un sens à leur action.
- ♦ Ils évoluent dans le système éminemment **complexe** qu'est l'hôpital, avec ses variables humaines, économiques, scientifiques, etc....
- ♦ Pour envisager les changements, conduire les projets et innover, il est primordial, pour le manager, de modifier sa vision du monde et d'élaborer une **pensée stratégique**.

2.1 LE CONCEPT DE POUVOIR : DES POUVOIRS A L'HOPITAL AUX RELATIONS DE POUVOIR DANS L'ORGANISATION DE L'HOPITAL.

Le pouvoir est une notion qui revêt des aspects multiples et ce terme peut désigner des réalités différentes :

- ♦ Le pouvoir est une fonction de l'Etat : pouvoir législatif, judiciaire, exécutif. En ce sens, le pouvoir est exercé sur l'ensemble du corps social.
- ♦ Le pouvoir représente les compétences juridiques d'une personne et a trait à la fonction qu'il occupe.
- ♦ La hiérarchie, dont le sens littéral est « pouvoir sacré », est associée au pouvoir de commandement. Le pouvoir hiérarchique est un attribut des organisations telles que l'armée.

Il existe également d'autres aspects du pouvoir tels que la domination, la force ou l'influence que nous ne développerons pas.

2.1.1 Les pouvoirs au sein de l'hôpital

Les établissements publics de santé sont caractérisés par la cohabitation de trois pouvoirs, ce que J.M.CLEMENT appelle « *la triarchie hospitalière* » : un pouvoir politique, représenté par le maire président du CA, le pouvoir administratif du directeur et le pouvoir

médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins ; *« lorsqu'on examine les trois pouvoirs composant la triarchie hospitalière, on est frappé par leurs différences d'objectifs... »*³⁹

Selon Monsieur CLEMENT, ce sont les modalités de recrutement, de nomination et de carrière des médecins et des directeurs qui entraînent ces différences d'objectifs. Ce qui pose problème est, selon lui, l'absence de pouvoir arbitral. *« L'histoire des pouvoirs à l'hôpital s'achève en cette fin du 20^{ème} siècle sur une interrogation : qui dirige ? »*⁴⁰

On a longtemps parlé dans les entreprises de pouvoir pyramidal. Les lignes hiérarchiques et la division du travail entre concepteurs et opérateurs rendaient clairement visible la détention du pouvoir.

Dans les années 70, des sociologues vont montrer que le pouvoir se construit dans l'interaction individuelle et que tous les hommes au travail sont potentiellement détenteurs d'une forme de pouvoir, qui n'apparaît pas dans les organigrammes : **le pouvoir de l'acteur.**

*« Ce sont bien des acteurs relativement libres et autonomes qui créent un système. Ils le font fonctionner à travers un réseau de relations où ils négocient, échangent, prennent des décisions (...) »*⁴¹.

2.1.2 Une organisation, des relations, des pouvoirs.

CROZIER et FRIEDBERG⁴², dont les travaux ont été repris par de nombreux sociologues, montrent que toute organisation secrète des formes de pouvoir qui n'appartiennent pas qu'à ceux qui en sont dotés de manière statutaire et que les acteurs sociaux disposent toujours d'une marge de liberté. Les acteurs utilisent cette marge de liberté pour acquérir du pouvoir au sein de l'organisation et, selon la théorie de CROZIER, ce qui les motive à agir c'est le pouvoir qu'ils peuvent avoir sur d'autres acteurs.

Le pouvoir ne serait donc pas un attribut mais une relation impliquant l'échange et la négociation puisque **la capacité à agir d'un acteur dépend du comportement de l'autre.**

³⁹ Jean-Marie CLEMENT, Op.Cit. p.65

⁴⁰ Jean-Marie CLEMENT, Op.Cit. p.66

⁴¹ BERNOUX, Philippe- La sociologie des organisations, p.138.

⁴² CROZIER, FRIEDBERG. L'acteur et le système

CROZIER identifie, au sein des organisations, quatre sources principales de pouvoir correspondant à des zones d'incertitude⁴³ :

- ♦ La compétence ou une spécialisation difficilement remplaçable. Plus les compétences sont complexes, plus le pouvoir de l'acteur est important.
- ♦ La maîtrise des relations avec l'environnement. Les acteurs positionnés à des zones d'interface, ce qui est le cas des cadres, maîtrisent de nombreuses zones d'incertitudes.
- ♦ La maîtrise de l'information et de la communication interne.
- ♦ L'utilisation des règles organisationnelles qui, à travers les marchandages auxquels elles donnent lieu, constituent une source importante de pouvoir dont jouent supérieurs hiérarchiques et subordonnés.

« Ce n'est que le jour où l'entreprise acceptera d'être un endroit où le pouvoir s'exerce (et non la seule autorité) et où par conséquent il peut rencontrer d'autres pouvoirs (...), où donc elle assumera sa réalité définitivement conflictuelle, qu'elle pourra soutenir en son sein non des membres mais de véritables sujets. »⁴⁴

Les travaux de Michel CROZIER, ont également montré que, même dans les organisations les plus bureaucratiques, dans lesquelles les contraintes en matière de décision sont fortes, l'individu au travail garde une autonomie par rapport à l'organisation et adopte un comportement visant à améliorer sa position au sein du système.

Il nous paraît important que les dirigeants de l'hôpital connaissent bien ce concept du pouvoir de l'acteur afin d'en mesurer l'impact dans de nouveaux modes d'organisation car *«si le principe de délégation prête du pouvoir, le principe de subsidiarité en donne. »⁴⁵*

⁴³ Toute organisation est soumise en permanence à des incertitudes élevées venant de l'environnement. Celui qui, par sa compétence ou son réseau relationnel, les maîtrise le mieux détient une source de pouvoir. Ses comportements sont alors imprévisibles. (Philippe BERNOUX. La sociologie des organisations. p.167)

⁴⁴ Eugène ENRIQUEZ, Pouvoir et désir dans l'entreprise. Sciences Humaines. Mars-avril 1998. p.33

⁴⁵ VALLET Guy, in Objectifs Soins N°28, p.42

2.2 DU CONCEPT DE « COMPLEXITE » A LA COMPLEXITE DE L'ORGANISATION HOSPITALIERE

2.2.1 Un concept à prendre en compte pour comprendre l'organisation

La complexité, concept introduit en France par le sociologue Edgar MORIN, est le défi majeur de la pensée contemporaine puisqu'elle ébranle quelque peu la pensée scientifique classique qui, de DESCARTES à NEWTON, s'était édifiée sur trois piliers : l'ordre, la certitude scientifique, la séparabilité.

MORIN établit un parallèle entre le vivant et la société humaine : l'un comme l'autre évoluent et vont dans le sens d'une complexité croissante. A la vision d'un univers conçu comme une mécanique où tout est rationnel, s'oppose celle d'un système vivant, certes instable et imprévisible mais plus ouvert et créateur. Tout système est composé d'éléments qui, reliés entre eux, interagissent et créent du désordre et de l'incertitude mais aussi façonnent le système et le font évoluer⁴⁶.

Admettre la complexité c'est reconnaître que certains aspects d'une situation nous échappent dans la mesure où ils ont toujours une part d'incertitude et d'imprévisibilité.

Les situations complexes sont également caractérisées par les différentes logiques en présence ; Edgar MORIN emploie le terme de « dialogique⁴⁷ » pour désigner l'idée selon laquelle les logiques humaines coexistent et ne peuvent se réduire à une seule d'entre elles.

2.2.2 Manager au cœur de la complexité

Le management est un art difficile qui doit conjuguer les différentes logiques et permettre qu'aboutissent les projets collectifs et individuels.

«La complexité du management des hommes tient d'abord à la complexité de la nature humaine : l'homme, en plus de la complexité inhérente à tous les êtres vivants, manifeste des capacités d'intelligence, de connaissance qui le rendent apte à se construire lui-même, à se donner ses propres buts. Elle tient aussi à la difficulté d'intégrer cette immense diversité d'autonomies individuelles pour en faire une communauté cohérente. »⁴⁸

⁴⁶ Ce principe est appelé par MORIN la « récursivité ». C'est une boucle génératrice dans laquelle les produits et les effets sont eux-mêmes créateurs de ce qui les produit. Dominique GENELOT illustre ainsi la récursivité : la culture d'une entreprise obéit à ce principe ; elle est antérieure aux personnes, elle agit sur leur mode de pensée et ils deviennent ainsi porteurs de la culture.

⁴⁷ Au sens étymologique : qui est en forme de dialogue.

⁴⁸ D.GENELOT. Manager dans la complexité. Chapitre 8

Le monde du travail et de l'entreprise n'échappe pas à cette évolution complexe qui, pour les dirigeants, peut être perçue comme une source de difficulté s'ils ne font pas l'effort de saisir cette opportunité pour modifier leurs modes de gestion.

« L'entreprise est complètement immergée dans ce courant de complexification, et dans une certaine mesure concentre la complexité par le fait qu'elle se trouve au carrefour de l'économique, du technique, du social. (...) La complexité de l'entreprise se manifeste actuellement de multiples manières, que l'on peut articuler autour de quatre arguments familiers aux entreprises contemporaines : l'explosion des modèles de management, la recherche de nouvelles valeurs, l'incertitude des organisations, l'amplification des interdépendances. »⁴⁹

L'hôpital est une entreprise à haut degré de complexité pour de nombreuses raisons :

- ♦ La technologie est très présente et en constante évolution,
- ♦ Les valeurs des professionnels sont marquées par les changements de la société,
- ♦ De nombreuses logiques, parfois contradictoires, sont en présence,
- ♦ Les acteurs sont multiples et les cultures professionnelles sont fortes.

Les établissements de santé, dont l'organisation est basée sur le modèle bureaucratique et sur une structure pyramidale descendante, ont longtemps cherché à réduire et à maîtriser la complexité en élaborant des organigrammes compliqués. Mais, au cœur de la turbulence de son environnement, l'hôpital du 21^{ème} siècle doit modifier ses structures organisationnelles afin de répondre aux besoins des usagers, et sa conception du management pour s'adapter aux attentes des professionnels.

« Les rapports hiérarchiques se transforment, le management évolue, ce n'est plus la simple transmission de consignes et la stricte application de règles, le management devient plus flexible, plus biologique, plus intégratif.⁵⁰ »

Introduire des changements organisationnels novateurs et fortement déstabilisants pour les acteurs, tels que la déconcentration, suppose une prise en compte de la complexité et il est important de *« partir de la réalité concrète des situations de travail et non d'une*

⁴⁹ GENELOT Dominique, Manager dans la complexité. p.30

⁵⁰ VALLET Guy, L'hôpital citoyen. D.H. mars 1997. p.47

prétendue situation générale qui s'imposerait pour tous (..). C'est donc le diagnostic des systèmes qui s'impose en amont de tout changement. »⁵¹

Les concepts que nous venons de développer doivent, dans une société post-moderne où les valeurs et les repères sociaux sont interpellés voire recomposés, conduire les dirigeants à développer des stratégies managériales adaptées aux changements structurels.

«La réflexion stratégique a conquis sa place dans la gestion des hôpitaux. Il est capital, pour ceux-ci, de poursuivre leur évolution vers la mise en œuvre d'un management stratégique. Puiser dans les ressources qu'il offre peut, en effet, leur permettre de substituer aux réflexes tayloriens, encore solidement ancrés dans leur fonctionnement, de nouveaux réflexes plus aptes à assurer la conciliation des besoins des patients, des contraintes institutionnelles et des aspirations des acteurs. »⁵²

Un diagnostic sociologique de l'organisation et de ses acteurs, identifiant les contraintes et les opportunités, permettra aux managers d'adopter une conduite mettant la stratégie au service du projet institutionnel et de prendre la mesure des résistances au changement.

A la lumière des différents concepts exposés dans cette première partie et à partir de l'analyse de notre expérience, nous avons cheminé des concepts au contexte et de la théorie aux réalités. Nous pouvons, à ce stade du travail, reprendre notre questionnement de départ pour exposer la problématique et formuler les hypothèses qui serviront de fil conducteur à l'étude.

⁵¹ HERREROS Gilles, Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions hospitalières*

⁵² M.CREMADEZ, F.GRATEAU. Le management stratégique hospitalier. P. 11

3 - LA PROBLEMATIQUE ET LES HYPOTHESES

➤ *Notre problématique de recherche*

Dans un contexte hospitalier en évolution et pour gérer une complexité croissante, de nombreux établissements de santé français modifient leur organisation en la centrant davantage sur le patient.

Les équipes de direction et l'encadrement doivent, pour faire vivre ces nouveaux modes organisationnels, en rupture avec l'organisation traditionnelle de l'hôpital public, modifier leurs pratiques managériales.

- ♦ Le management de subsidiarité émerge mais parallèlement, si le pouvoir peut se trouver déplacé, il est plus que jamais nécessaire de maintenir la cohérence de l'organisation. La subsidiarité suppose une responsabilisation accrue des collaborateurs mais le partage des responsabilités, s'il donne du pouvoir, n'équivaut pas à un transfert d'autorité.

C'est la manière d'agir de chaque acteur, et plus particulièrement celle des dirigeants et des cadres, qui se trouve interrogée.

Les missions du directeur des soins, définies de façon réglementaire, restent les mêmes mais son rôle et la manière de l'exercer vont se trouver modifiés.

Il nous paraît essentiel que le directeur des soins analyse les effets induits par ce nouveau mode de gestion tant sur le plan de l'organisation des soins que sur celui du management de l'encadrement. Pour le directeur des soins il s'agit de donner à sa mission une dimension de coordination et d'articulation entre les pôles : son action devra être plus particulièrement ciblée sur le cadre supérieur de santé référent du pôle, placé en position de « marginal sécant »⁵³.

A la lumière de l'éclairage apporté par les concepts, des questions se posent :

- Quels facteurs vont influencer la pratique managériale du directeur des soins ?
- Comment accompagner les cadres supérieurs soignants pour qu'ils soient porteurs du projet et répondent aux attentes ?

⁵³ Théorie développée par CROZIER : le marginal sécant appartient à « deux mondes » et se trouve à la croisée des différentes logiques de l'entreprise. Le marginal sécant peut bloquer le système ou, au contraire, être un élément moteur.

- Quelles stratégies sont à développer pour, d'une part garantir la cohérence du service de soins autour de son projet et d'autre part, pour responsabiliser les cadres supérieurs des pôles ?

En effet, une gestion déconcentrée remet en cause l'organisation hiérarchique actuelle et la structuration du service de soins infirmiers.

- ♦ Elle implique de passer d'une logique de statut, basée sur une hiérarchie pyramidale, à une logique de contrat, basée sur la compétence des acteurs et leurs résultats.
- ♦ Elle requiert davantage de transversalité tant au sein du pôle qu'entre les pôles.

Dans la gestion opérationnelle du pôle, le binôme constitué par le coordonnateur médical et le cadre supérieur soignant prend toute son importance.

Passer de la gestion d'un service à la gestion d'un pôle implique, pour les cadres supérieurs de santé, de voir se modifier les représentations qu'ils ont du territoire sur lequel ils agissent.

- ♦ L'autonomie des cadres supérieurs ne doit pas représenter un risque d'indépendance par rapport aux orientations du projet de soins.

Dans une gestion déconcentrée, le directeur des soins doit développer, encore plus que dans une organisation classique, un rôle de mise en cohérence et de création de liens.

Pour atteindre cet objectif, la structuration de la direction des soins est à penser différemment.

Comment, dès lors que l'organisation déconcentrée entraîne une modification du rôle des acteurs, le directeur des soins peut-il assurer un management innovant de l'encadrement et garantir la cohésion du service de soins ?

➤ ***Nos hypothèses d'étude***

L'organisation par pôles nécessite pour les directeurs fonctionnels, et en particulier pour le directeur des soins, un changement dans les modes d'organisation et de management au sein de sa direction.

Cette organisation implique une gestion déconcentrée du service de soins et la définition de nouvelles missions pour les directeurs des soins et pour les cadres supérieurs de santé.

Afin de rendre pérenne ce mode d'organisation, le directeur des soins modifie sa politique managériale et s'engage sur la voie de la contractualisation avec l'encadrement.

L'ETUDE DE TERRAIN

*La recherche permet de poser un regard nouveau sur les êtres et les choses ;
Elle suppose d'être convaincu de l'existence d'une autre réalité.*

Danièle JACOBI

Les apports théoriques et conceptuels de la première partie ont permis d'analyser l'intérêt et les limites d'une organisation par pôles dans une perspective de déconcentration de gestion et de contractualisation interne.

Ils ont également montré quels retentissements cette organisation innovante, mais introduisant de la complexité, peut avoir sur les acteurs en modifiant leurs rôles et leurs pouvoirs.

L'étude de terrain va s'attacher à vérifier si les éléments de la problématique correspondent au ressenti des professionnels, notamment en ce qui concerne :

- Les gains attendus et les risques de ce dispositif,
- Les modifications intervenues dans les rôles et les missions,
- La validité des hypothèses émises.

1 - LA METHODOLOGIE

1.1 LE CHOIX DES ETABLISSEMENTS

Dans la mesure où le mémoire est à caractère professionnel, nous partons du postulat que les méthodes employées ont une finalité de concrétisation en débouchant sur des propositions d'action.

Afin d'éclairer au maximum les différents aspects du problème étudié et de pouvoir axer notre projet professionnel sur des données concrètes, nous avons fait le choix de recueillir une partie des informations au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon qui est notre établissement d'affectation.

Cependant, afin de compléter le recueil et pour avoir une approche plus objective, nous avons également enquêté dans deux autres établissements :

- Un CHU dont l'organisation par pôles est en place depuis plusieurs années et où les professionnels ont suffisamment de recul pour en analyser les effets.
- Un Centre Hospitalier, terrain de stage, qui a inscrit dans son projet d'établissement une organisation par pôles, qui sera mise en place à court terme, et qui pratique la contractualisation interne.

1.2 LES OUTILS DE RECUEIL ET LES PERSONNES ENQUETEES

L'étude s'est déroulée, de février à juillet, en deux temps distincts :

- ♦ Des entretiens semi-directifs menés, à partir d'un guide d'entretien⁵⁴ unique. Ils se sont déroulés face à face ou par téléphone et les informations ont été recueillies par prise de notes. Les personnes interviewées sont les suivantes :
 - Deux directeurs d'établissement,
 - Un directeur de site,
 - Un directeur délégué sur des pôles,
 - Trois médecins.

Deux directeurs des soins en formation ayant expérimenté, comme cadres supérieurs référents, une organisation par pôles ont également été interviewés.

Les entretiens portaient sur la déconcentration, la contractualisation, les risques potentiels d'une organisation par pôles et les attentes par rapport aux directeurs des soins dans ce type d'organisation.

- ♦ Un dossier d'enquête⁵⁵ a été adressé dans les deux CHU et diffusé auprès de directeurs des soins et de cadres supérieurs soignants chargés de la gestion de pôles.

Nous avons obtenu quatre réponses des directeurs des soins, dont deux sont coordonnateurs généraux des soins et dix réponses des cadres supérieurs de santé.

Composé de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées, ce questionnaire est articulé autour de cinq axes :

- Les principes organisationnels de la direction des soins,
- La place et le rôle des directeurs des soins,
- La place et le rôle des cadres supérieurs de santé,
- Les compétences et les attentes des cadres supérieurs de santé,
- Les atouts, les contraintes et les freins d'une organisation par pôles.

1.3 LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ENQUETE

Cette étude n'a pas la prétention d'être à caractère exhaustif et les données recueillies sont plutôt d'ordre qualitatif. Cependant, nous avons jugé bon, pour ce qui concerne certaines

⁵⁴ Voir en annexe n° 1

⁵⁵ Voir en annexe n° 2

questions fermées du questionnaire, de les exploiter quantitativement lorsque les résultats étaient significatifs.

Recueillir des données dans notre établissement d'affectation était utile pour nous projeter dans des propositions d'actions concrètement réalisables mais comportait aussi un biais au sens où cela représentait un fort risque de subjectivité dans l'interprétation des résultats.

Les informations et les résultats apportés par les questionnaires sont donc à traiter avec prudence d'autant plus que les établissements sont engagés dans la démarche à des degrés très différents.

Les entretiens ont permis un recueil d'informations très riche mais seules les données en rapport avec notre problématique ont été traitées.

1.4 METHODE DE PRESENTATION DES RESULTATS

L'ensemble des réponses a fait l'objet d'une analyse, menée en regard des éléments de la problématique, qui permettra de vérifier la validité des hypothèses avancées.

L'anonymat des personnes, rencontrées ou ayant répondu au questionnaire, a été préservé.

Chaque fois que des phrases citées par les personnes enquêtées sont intégralement reprises, elles sont en italique et placées entre guillemets.

La synthèse effectuée ensuite nous conduira à proposer un plan d'actions construit à partir, d'une part des attentes des professionnels et d'autre part, de notre conception du rôle que nous pourrions avoir dans le dispositif de gestion par pôles.

Les entretiens

Des idées-force, en lien avec le cadre conceptuel, ont été retirées du contenu des entretiens et regroupées par catégories. Nous avons séparé les réponses selon la fonction exercée par les interviewés.

Lorsque le choix des mots employés par nos interlocuteurs nous paraissait significatif, nous avons cité intégralement les phrases.

Les questionnaires

Les réponses aux questions posées ont été regroupées par thème.

Nous avons différencié certaines réponses selon qu'elles étaient faites par les directeurs des soins ou par les cadres supérieurs de santé et, lorsqu'il existait des divergences importantes elles ont été mises en évidence.

2 - PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Il nous a paru important, afin de faciliter la lecture des résultats de l'enquête, de décrire brièvement les modalités organisationnelles des établissements.

L'organisation globale des hôpitaux considérés, qu'elle soit en projet à court terme ou mise en place de façon effective, répond à trois objectifs qui ont présidé à l'élaboration des projets d'établissement.

- ♦ Placer le patient au centre de l'organisation et le faire bénéficier de ressources regroupées, de compétences pluridisciplinaires et de structures décloisonnées,
- ♦ Mettre en commun les moyens matériels et les ressources humaines,
- ♦ Déconcentrer la gestion en la rapprochant du terrain et instaurer, ou développer, une politique contractuelle interne.

Cette organisation est sensiblement identique en ce sens que les pôles médicaux et médico-techniques sont, au plan juridique, à la fois des fédérations et des centres de responsabilité. Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin-coordonnateur, praticien hospitalier, élu par ses pairs et désigné par le directeur d'établissement. Ce coordonnateur est assisté par un cadre soignant et un cadre administratif.

Le découpage en pôles d'activités repose sur plusieurs types de logiques :

- ♦ Logique d'organes (cœur- poumons, tête-cou, etc.)
- ♦ Logique de pathologie (néphrologie-urologie)
- ♦ Logique de prise en charge (urgences, anesthésie)
- ♦ Logique d'âge ou de population spécifique (personnes âgées, mère-enfant)
- ♦ Logique de prestations ou de plateau technique (biologie, imagerie)

Certaines différences sont cependant à souligner car elles ont pu avoir une influence sur les réponses apportées par les personnes enquêtées.

- ♦ Un établissement a effectivement mis en place sur chaque pôle un cadre administratif (chef de bureau ou adjoint des cadres). Le deuxième envisage, lors de la mise en place des pôles, la même configuration. Dans le troisième, un directeur est délégué auprès du pôle et il n'y a pas de cadre administratif.

- ♦ Un des établissements a constitué sa direction en 4 pôles administratifs composés des directions fonctionnelles. Ces pôles sont sous la responsabilité d'un directeur-coordonnateur, membre du comité de direction stratégique. Les directeurs fonctionnels sont également chargés de pôles médicaux. Cette organisation crée ainsi une structure matricielle et s'inscrit résolument dans la transversalité.
- ♦ Deux des établissements ont associé le projet organisationnel à un projet architectural qui regroupera toutes les activités sur un seul site et le troisième a conservé des directions de sites.

2.1 LES ENTRETIENS

L'analyse des entretiens a consisté en un regroupement selon des mots-clé utilisés par nos interlocuteurs et est faite selon quatre axes :

- L'objectif de l'organisation par pôles,
- La prise en compte des freins constatés,
- Les limites de la déconcentration de gestion et de la contractualisation,
- La place des directeurs des soins dans le dispositif.

2.1.1 Une organisation en pôles : une nécessité dans l'hôpital d'aujourd'hui

Il apparaît clairement que l'organisation en pôles est vécue comme une étape incontournable pour faire évoluer l'hôpital, ses structures et ses acteurs.

La stabilité et la prévisibilité qui prévalaient dans l'organisation de l'hôpital public, caractéristiques d'une organisation bureaucratique centralisée, sont remises en cause par les incertitudes du monde de la santé. Ainsi, selon un médecin, « *l'hôpital est au cœur de la vie de la société et il doit se réformer. Rien n'est plus dangereux qu'un hôpital qui n'évolue pas dans ses modes organisationnels. Il en va de sa survie..* »

Cependant, cette organisation nouvelle, si elle paraît claire dans les projets d'établissement, demande des délais d'appropriation pour les acteurs : « *les pôles s'installent progressivement, au gré des volontés des médecins, des soignants et des directeurs* »

La décision de mettre en place l'organisation en pôles sur l'ensemble de l'établissement est un choix délibéré car « *il aurait été vain de faire une mise en place partielle qui aurait laissé plané le doute que l'on pouvait faire un retour en arrière...* »

L'organisation par pôles ne doit pas rester « *un effet de mode* » mais doit répondre à de réels besoins de se centrer sur les personnes hospitalisées sans oublier de prendre en compte ce qu'elle génère en terme de complexité. « *L'organisation en pôles favorise le décloisonnement, optimise la prise en charge des patients mais elle crée des niveaux supplémentaires et de ce fait, elle augmente la complexité et engendre des peurs et des incertitudes. Nous sommes en apprentissage et il faut être à l'écoute de ces peurs..* » [un directeur d'établissement]

Le fait de conserver les services semble être un passage obligé pour les directeurs et les médecins rencontrés mais certains considèrent que « *les pôles auront du mal à vivre tant que les services (et leur chef de service) continueront à être des interlocuteurs directs du directeur* ». Il y a là un élément paradoxal qui consiste « *à changer tout en continuant comme avant..* ».

La mise en œuvre du projet d'organisation par pôles nécessite, pour les directeurs d'établissement, de devoir déployer beaucoup d'énergie et s'entourer de collaborateurs porteurs du projet. « *Le projet était déjà ancien mais le poids culturel de l'établissement était tellement important que les acteurs concernés n'imaginaient même pas que la mise en place deviendrait effective. Je me suis beaucoup appuyé sur certains directeurs, dont la DSSI, pour faire avancer le projet.* »

Si la taille d'un CHU permet d'obtenir des masses critiques suffisantes pour le découpage des pôles, la culture médicale paraît être un élément générateur de résistances.

« *Ce mode d'organisation est sans doute plus facile à mettre en œuvre dans un établissement de plus petite taille et non universitaire car, dans ce cas, les praticiens ont tout intérêt à améliorer la gestion de l'hôpital pour faire face à la concurrence du privé. Dans les CHU, il y a un culte de la personnalité de certains chefs de service et un immobilisme qui nuisent à l'aboutissement de la démarche de déconcentration.* »

La logique de territoire et de pouvoir personnel semble parfois prévaloir sur celle de l'efficacité.

Pour la majorité des personnes rencontrées les freins à la mise en application du dispositif sont liés au facteur humain et font référence aux cultures professionnelles et aux groupes d'appartenance.

2.1.2 Prendre en compte les freins liés aux acteurs

L'essentiel des freins est d'ordre culturel et est en partie lié aux acteurs eux-mêmes qui vont devoir modifier les représentations qu'ils ont de leur fonction.

« Pour moi, les médecins et les soignants sont là pour soigner, pas pour prendre part à la gestion. Il me semble que les décisions d'ordre politique doivent rester une prérogative du directeur dont c'est le métier. » [un directeur de rattachement]

« Les médecins coordonnateurs peuvent être partis prenant dans la gestion du pôle mais un médecin est à l'hôpital pour faire de la médecine et j'ai besoin d'être entouré d'experts et de conseillers. Je m'appuie beaucoup sur le cadre supérieur et le cadre administratif. » [un médecin coordonnateur de pôle]

Selon un directeur, les médecins pourront s'engager dans la gestion s'ils ont une certaine latitude d'action au niveau du pôle ce qui, compte tenu de la réglementation de la fonction publique paraît difficile. *« Certains sont prêts à s'impliquer et à se positionner en collaborateur du directeur mais ils ne comprennent pas les contraintes qui les empêchent de prendre des décisions telles que la durée des postes de travail des personnels ou le recrutement des secrétaires médicales. »*

Les cadres supérieurs de santé peuvent aussi être ressentis comme des freins dans le dispositif. Leurs compétences sont reconnues par les médecins mais leur double appartenance au pôle et à la direction des soins peut être une difficulté. *« Si je suis le responsable du pôle, je dois pouvoir compter sur l'appui du cadre supérieur. Or, elle est placée sous l'autorité de la DSSI et cela entraîne des incompréhensions et des tensions.. »*

Il est à noter que la définition de fonction des CSS est peu connue des médecins et des directeurs délégués aux pôles. Certains médecins les perçoivent comme *« le bras armé de l'administration »* et les directeurs délégués auprès des pôles ne les ont pas encore intégrés comme des collaborateurs : *« je n'ai pas toujours le réflexe d'alerter le cadre supérieur lorsque je suis saisi d'un problème par l'intermédiaire d'un chef de service ou d'un cadre d'unité ; je pense qu'il faudrait davantage communiquer sur les rôles et missions de chacun mais il existe des zones de pouvoir et de contre-pouvoir qui font écran ! »* [un directeur de rattachement]

2.1.3 Fixer les limites de la déconcentration et de la contractualisation

La déconcentration de gestion paraît, pour les directeurs, être la seule voie possible « *pour que les décisions soient prises au bon endroit* » mais ils pensent que les décisions d'ordre politique et stratégique doivent rester « *la marge de manœuvre d'un pouvoir central* ».

La déconcentration doit être lisible pour l'ensemble des professionnels pour ne pas être vécue « *comme une strate supplémentaire qui alourdit le fonctionnement* »

« *Il ne faut pas déconcentrer pour satisfaire à un effet de mode mais pour une réelle amélioration dans la gestion quotidienne des services.* » [un médecin]

Pour les directeurs, la déconcentration a des limites. Si « *tout ne peut pas être déconcentré* », le champ des ressources humaines est un domaine où une déconcentration réfléchie peut représenter un gage de qualité.

« *L'organisation en place a permis une mise à plat des effectifs non médicaux sur chaque pôle et a permis de créer les conditions favorables à la mobilité et à la polyvalence.* »

La contractualisation est peu abordée ou seulement, pour ce qui concerne les médecins, sous un angle médico-économique. Selon certains, la co-existence de la logique de service et de la logique de pôle n'est pas propice à la mise en œuvre de la contractualisation.

Pour un directeur, « *la contractualisation, aboutissement logique de la délégation de gestion, permet aux équipes de s'approprier leur outil de travail et de le faire évoluer ; les médecins sont prêts à cela.* » Inversement, un autre directeur pense que « *la contractualisation interne est un leurre et la délégation de gestion n'intéresse pas les médecins ce qui me paraît normal : ils sont formés pour la médecine, pas pour la gestion et le management.* »

Les directeurs des soins en formation, pour l'avoir vécue concrètement, considèrent que la contractualisation n'est pas dissociable de la déconcentration de gestion. « *Déconcentrer la gestion et associer les professionnels restent de l'ordre du discours si un contrat n'est pas passé entre la direction de l'établissement et les pôles ; il en va de la crédibilité de l'organisation. Cette contractualisation ne doit pas être du seul domaine économique mais doit porter sur tous les aspects de l'organisation de l'hôpital.* »

Le directeur d'un CH, où une gestion déconcentrée est prévue dans les deux ans à venir, pense que, en amont d'une organisation polaire « *il faut initier une contractualisation direction / services et services de soins / services prestataires. Ainsi, les acteurs auront pris des habitudes de fonctionnement qui faciliteront la mise en place du projet.* » Dans cet hôpital, les contrats d'objectifs et de moyens, pris en interne, existent et, en se les

appropriant peu à peu, les professionnels sont réellement porteurs du projet de déconcentration. *« J'ai souhaité privilégier une évolution en douceur, laisser du temps au temps pour construire l'avenir. L'avenir dira si ce choix était le bon.. »*

2.1.4 Les missions des directeurs des soins dans ce dispositif

Le rôle et la place du coordonnateur général des soins et celui des cadres supérieurs paraissent tout à fait clairs pour les personnes rencontrées.

En ce qui concerne les IG (directeurs des soins), il semble exister des zones de flou pouvant entraîner des déviations car *« ajouter un échelon hiérarchique intermédiaire entre la DSSI et les cadres supérieurs ne va pas dans le sens de la logique de pôle. Les missions des uns et des autres devront être clarifiées. »*

Deux des directeurs rencontrés pensent que les directeurs des soins doivent privilégier un rôle de conseil auprès des pôles et ont une place de coordination entre les pôles. *« C'est aux IG de maintenir le cap défini dans la politique de soins, il en va de la cohérence de l'ensemble. »*

Selon un médecin président de CME, les directeurs des soins responsables de la coordination de plusieurs pôles doivent aider à la mise en œuvre des projets, notamment le projet de soins, et en assurer le suivi : *« le projet de soins est une notion que les équipes ont perdue de vue. Il faut une réelle collaboration directeur des soins / médecins pour mettre en œuvre un projet de soins médico-soignant qui est le seul dénominateur commun des professionnels dès lors qu'il est partagé par tous. Personne n'est mieux placé que les directeurs des soins pour permettre l'atteinte de cet objectif. »*

Les directeurs des soins sont également perçus par les directeurs, comme des relais indispensables entre la direction générale et les pôles et, par les médecins, comme des conseillers sur le plan méthodologique et pédagogique. Il paraît cependant que ce rôle n'est pas suffisamment clarifié au sein des établissements. *« Nous ne savons pas toujours quel est bon interlocuteur : la DSSI ou les IG, ni comment l'information circule entre eux ; ce sont des éléments à préciser dans le règlement intérieur »* [un médecin]

2.2 LES QUESTIONNAIRES

2.2.1 De nouveaux modes d'organisation pour la direction des soins

Dans les deux établissements, l'organisation de la direction des soins a été modifiée et ces modifications paraissaient incontournables aux directeurs des soins coordonnateurs

généraux car « *ils (les directeurs des soins) doivent assurer une véritable direction de leurs pôles et coordonner les projets des pôles* ». Cette organisation a été formalisée et précise les rôles et missions du coordonnateur général et des directeurs des soins.

Selon un coordonnateur général des soins, le service infirmier est depuis longtemps une entité forte et bien structurée et, s'il reposait sur une logique dominante visant à centraliser de la base vers le sommet, « *il faut maintenant oser passer d'une structuration hiérarchique à une articulation transversale et le rôle des directeurs des soins doit être repensé.* »

Des modifications organisationnelles sont donc intervenues dans les deux établissements, où la mise en place est effective, et présentent quelques différences :

- Dans un cas, les directeurs des soins qui étaient positionnés sur les différents sites sont maintenant chargés de la coordination de plusieurs pôles en lien avec un directeur de rattachement. Les cadres supérieurs, auparavant chargés de services ou de départements, sont placés en position de référent soignant du pôle en collaboration avec le médecin coordonnateur et le cadre administratif.
- Dans l'autre cas, les directeurs des soins vont passer d'une mission transversale (de gestion de personnel ou de conduite de projets) à une mission de coordination des pôles qui leur sont rattachés. Les cadres supérieurs, qui avaient la responsabilité d'un secteur, composé de services, parfois hétérogène, sont chargés d'assister le coordonnateur médical sur le pôle où ils ont été désignés.

Dans les deux établissements :

- Les directeurs des soins ont la charge de missions transversales et « *leur fonction est une fonction de conseil et de suivi* ». Ils sont placés en position hiérarchique par rapport aux CSS ce qui, pour les CSS paraît être un point positif : « *l'IG de rattachement est mon interlocuteur au quotidien ; elle me semble être la plus à même d'évaluer mes performances* ».

Cependant, ce positionnement hiérarchique ne paraît pas suffisamment clarifié ce qui peut créer des tensions au sein de la direction des soins : « *L'IG participe à mon évaluation avec le médecin directeur de pôle, mais seule la DSSI est présente lors de la notation...ce n'est pas toujours très clair..* » [un CSS de pôle]

- Plusieurs CSS sont chargés de missions transversales telles que la coordination des blocs, la qualité, etc.

Dans l'un des établissements, le projet du coordonnateur général est de confier à un CSS une mission de gestion opérationnelle du personnel soignant, en lien avec la DRH, afin de

donner aux directeurs des soins une dimension plus politique dans la GRH⁵⁶ et de leur dégager du temps pour la conduite des projets.

La gestion des ressources humaines est un élément qui, dans l'organisation par pôles telle qu'elle existe dans les deux établissements, comporte des aspects qui peuvent sembler paradoxaux. Selon un directeur des soins : « *la gestion opérationnelle (mensualités de remplacements, mobilité au sein du pôle) peut être déconcentrée alors que les recrutements et la gestion de la carrière doivent, pour des raisons réglementaires, rester centralisée par la DRH.* »

Nous notons que pour l'ensemble des personnes interrogées, quelle que soit leur fonction, la gestion des ressources humaines est « *le nerf de la guerre* » et est un axe sur lequel il faut mener une réflexion stratégique pour s'inscrire dans la perspective d'un changement organisationnel de cette ampleur.

2.2.2 Les cadres supérieurs de santé : un rôle différent au service de la transversalité

➤ Un rôle à redéfinir

Un peu plus de la moitié des CSS [6 sur 10] considèrent que l'organisation en pôles a modifié leur rôle ; il est à noter que 3, sur les 10 ayant répondu, n'ont pas expérimenté d'autre forme d'organisation puisqu'ils ont été nommés peu de temps avant la mise en œuvre du projet.

Ils sont plusieurs [6 sur 10] à regretter de ne pas avoir participé à la définition de leur fonction. Cela signifie-t-il que leur rôle au quotidien est différent des missions formalisées dans la définition de fonction existante ?

« Il existe des zones de flou dans mon rôle notamment dans la gestion des personnels du pôle n'appartenant pas au service infirmier ».

« Je suis obligé, au quotidien, de gérer certains aspects administratifs de la gestion du pôle qui ne relèvent pas de ma fonction... »

« Même si mon rôle est précisé dans la charte de fonctionnement du pôle, ma zone d'autonomie de décision est très imprécise. »

Il est clair que, même lorsque les missions des CSS sont bien définies, leur rôle est amené à évoluer dans le temps et en fonction des postes qu'ils occupent. L'aspect novateur

⁵⁶ Gestion des ressources humaines

de cette organisation par pôles doit rendre évolutifs les définitions de fonction et les profils de poste.

L'exercice de leur fonction au sein du pôle est facilité lorsqu'il y a un cadre administratif : « *le partage des missions est clairement défini entre le chef de bureau et moi ; nous sommes complémentaires et nous travaillons en binôme. Nos compétences réciproques nous permettent un cadre d'action centré sur l'efficacité ; les cadres de proximité, comme les médecins ou les directeurs, savent à quel interlocuteur ils doivent s'adresser....* »

Concernant les imprécisions, citées par 2 CSS, dans la gestion des personnels n'appartenant pas au service infirmier, elles devraient s'éclaircir avec l'application du décret du 19 avril 2002. « *Il nous faudra maintenant préciser ce que nous allons déléguer aux cadres supérieurs pour la gestion des personnels placés sous notre autorité. Actuellement la gestion des paramédicaux est trop dispersée* » [un coordonnateur général des soins].

➤ **Des compétences reconnues**

Le positionnement des CSS au sein des pôles leur confère un rôle clef dans la mise en œuvre des projets. « *Je me sens réellement celle qui fait le lien avec tous les acteurs du pôle qui ont un projet commun* ».

Ils ont très vite été considérés comme l'interlocuteur privilégié et « *placé en première ligne* », du coordonnateur médical. « *Le coordonnateur médical s'appuie sur ma fonction comme celle de l'expertise en gestion des ressources humaines* »

« *Je suis beaucoup plus souvent sollicitée par les médecins pour d'autres raisons que la gestion de personnel.* » Un CSS ajoute : « *Mes compétences organisationnelles sont reconnues par le corps médical et je suis consulté sur tous les dossiers du pôle..* »

D'autres CSS [3 sur 10] soulignent cependant que des décisions importantes sont prises sans qu'ils soient consultés. « *Certains points essentiels sont traités entre le coordonnateur médical et le directeur, on ne me demande pas mon avis..* ». « *Il existe encore, malgré la définition de fonction des cadres supérieurs, beaucoup de confusion dans les zones de responsabilité et certains coordonnateurs médicaux traitent en direct avec la DSSI ou la DRH* ». Ces remarques démontrent la nécessité de communiquer sur la définition du rôle et des missions du CSS pour renforcer leur positionnement et valoriser leurs compétences.

La plupart des CSS [8 sur 10] considèrent que leur rôle auprès des cadres de proximité se trouve renforcé et la convergence des objectifs au sein du pôle leur permet de mieux fédérer les cadres.

« Je suis mieux informée pour répondre aux préoccupations des cadres et elles ont des attentes importantes pour que je les aide à analyser les situations. »

Ils sont sollicités pour tout ce qui a trait à l'organisation des soins et sont, plus qu'auparavant, invités à participer aux travaux conduits au sein des équipes. *« Auparavant, je n'étais sollicitée que pour résoudre les problèmes d'effectifs, maintenant je participe aux réunions de service. La motivation pour ma fonction s'en trouve augmentée : c'est presque un nouveau métier ! »*

Certains CSS soulignent que l'organisation en pôles n'a pas d'effet sur le rôle et les missions des cadres de proximité et qu'ils sont *« les oubliés de la gestion polaire »*.

Les cadres de proximité sont en proie à une certaine lassitude et leurs difficultés quotidiennes, augmentées par la conjoncture actuelle (pénurie infirmière, mise en place de la RTT), restent sans réponse satisfaisante. Un CSS s'interroge sur ce point : *« Les cadres ont mis de côté le projet de soins de leur unité. Comment vont-ils s'impliquer dans les projets de pôle ? Nos attentes vis à vis d'eux ne sont-elles pas trop ambitieuses ? J'ai un rôle important pour les aider dans cette démarche mais j'ai moi aussi besoin du soutien de la DSSI.. »*

Il apparaît aussi que les CSS sont en position de régulation et de médiation au sein des pôles [des remarques sont faites en ce sens par 4 d'entre eux].

« J'ai souvent un rôle de médiateur entre les équipes soignantes et le corps médical. Comme j'ai toute la confiance des cadres et des chefs de service, cela me permet d'aplanir certaines difficultés.. »

« Il n'est pas rare que le coordonnateur médical ou les chefs de service me demandent d'intervenir pour régler des conflits dans l'équipe médicale.. ».

Deux CSS soulignent qu'ils considèrent qu'ils doivent *« faire le lien entre les personnels »* et favoriser le dialogue au sein du conseil de pôle. L'un d'entre eux ajoute : *« le coordonnateur prépare le conseil de pôle avec moi et me demande de favoriser les échanges entre les professionnels »*

Nous considérons que cela est le reflet de **l'émergence de la transversalité** même si la situation n'est pas aussi idyllique sur tous les pôles. *« Je ne suis pas toujours consultée avant le conseil de pôle et mise devant le fait accompli lors de la réunion avec des questions que je n'ai pas préparées.... »*

2.2.3 Les atouts et les forces de l'organisation

Dans une question totalement ouverte, nous demandions aux directeurs des soins et aux cadres supérieurs de santé quels étaient, selon eux, les points forts de l'organisation par pôles. Les réponses se sont avérées très semblables, sur le fond, pour les deux établissements. Nous avons noté que les réponses faites par les cadres supérieurs de santé étaient nettement plus précises que celles des directeurs des soins ce qui témoigne sans doute de leur engagement « en première ligne » dans ce nouveau mode organisationnel.

2.2.3.1 Pour les directeurs des soins

Les directeurs des soins, coordonnateurs généraux ou non, considèrent que l'atout essentiel est que l'organisation par pôles incite à se réinterroger sur les modes de fonctionnement de la direction des soins et à en faire évoluer la structuration.

« C'est une merveilleuse occasion de se poser une question primordiale : comment vais-je pouvoir faire évoluer ma direction pour que responsabiliser et déconcentrer ne soient pas que des mots !! »

Ils insistent tous sur la notion de meilleure réactivité et de réponses plus adaptées aux besoins des unités. *« les cadres supérieurs ont une vision très réaliste de leur pôle et s'ils me disent qu'il y a urgence, je sais que je dois réagir vite... Cela implique la confiance. »* La notion de partage décisionnel au niveau du pôle est pour certains [2 sur 4] un gage d'efficacité dans la gestion globale de l'établissement. *« même si le coordonnateur médical est responsable du pôle, le « triumvirat » médical / administratif / soignant permet que toutes les données soient prises en compte avant les prises de décision. »*

Un coordonnateur général des soins précise que cette organisation est *« une strate de proposition nouvelle entre les services et la direction générale. »*

L'implication des personnels leur paraît être en corrélation avec les principes de déconcentration : *« c'est une opportunité pour que les cadres et les équipes prennent une place prépondérante dans l'organisation de leurs activités ».*

2.2.3.2 Pour les cadres supérieurs de santé

Trois axes principaux sont à dégager de leurs réponses.

- La collaboration médecins / soignants

Les CSS considèrent que tous les acteurs du pôle se centrent réellement sur le patient : *« les transferts de patients sont facilités et les médecins se déplacent très naturellement d'un service à l'autre lorsqu'ils sont sollicités par les infirmières. »*

Les notions de « services-territoires », qui existaient auparavant paraissent s'estomper et il semble qu'une organisation plus cohérente, respectant la filière-patient, se met en place. « *les médecins et les soignants commencent à réfléchir ensemble...* »

La zone de collaboration CSS / coordonnateur médical est importante et, pour certains [7 sur 10], satisfaisante voire très satisfaisante. « *Il y a entre le directeur médical et moi une grande confiance et une reconnaissance mutuelle de nos missions respectives. Je pense, malgré tout que ce fonctionnement est en partie lié aux personnes car sur d'autres pôles ce n'est pas aussi clair..* »

Les médecins semblent participer davantage à l'effort économique de l'établissement. « *Quand j'aborde les contraintes budgétaires, je suis entendue et nous cherchons ensemble les solutions.* »

➤ La mutualisation des ressources

Tous les CSS soulignent, de façon plus ou moins forte, ce que la gestion déconcentrée apporte en terme de partage des moyens affectés aux pôles. Ils abordent tous ce point dans ces aspects humains et matériels.

Il est selon eux [6 sur 10] important de favoriser une logique de mobilité des personnels au sein du même pôle afin d'optimiser la gestion des ressources humaines en terme économique et de valorisation des compétences.

« *Les IDE acceptent plus volontiers qu'avant d'être « déplacées » d'une unité à l'autre quand il y a des besoins liés à l'absentéisme ou à la charge de travail. Cela me permet une gestion plus réactive et les gens sont solidaires.* »

« *Quand je demandais aux soignants d'aller aider ponctuellement dans un autre service cela générerait beaucoup d'insécurité. Maintenant ils se sentent compétents pour le faire..* »

L'uniformisation des pratiques de soins est également soulignée [3 sur 10] ; elle permet de s'inscrire dans la démarche-qualité des établissements et de réduire les coûts de fonctionnement.

« *Il existe une volonté de mise en commun des moyens qui, à court terme, devrait permettre une amélioration de la qualité des soins et une réduction des coûts.* » Cette recherche de l'efficience témoigne de l'engagement des professionnels dans la démarche.

➤ La responsabilisation des acteurs

Les CSS soulignent que la place et la parole données aux professionnels leur permettent de s'engager dans la gestion du pôle. « *Après une période d'observation, les professionnels présents au conseil de pôle sont maintenant très impliqués et capables de d'apporter des avis pertinents. Leur parole de soignants est entendue et prise en compte.* »

Selon un CSS, les cadres de proximité qui avaient « *une vision parcellaire uniquement centrée sur leur unité* » ont développé un sentiment d'appartenance au pôle et « *ils se sentent responsables de la cohérence de fonctionnement du pôle* ».

Les médecins et les soignants se placent désormais dans une logique de concertation, notamment pour ce qui concerne le développement d'activités nouvelles [point évoqué par 3 CSS sur 10]. « *Lorsqu'un service du pôle envisage de nouvelles modalités de prise en charge des patients, il y a une concertation au sein du pôle et une priorisation des moyens nécessaires* ».

Un des CSS souligne que l'un des points forts de cette organisation est l'obligation de rendre compte. Est-ce une projection dans la perspective de la contractualisation ? Est-ce une attente de davantage de transparence ? En effet, rendre compte doit s'imaginer de façon ascendante et descendante !

Ainsi que nous pouvons le constater, les points forts identifiés sont nombreux et vont dans le sens de la démarche initiée dans les projets d'établissement.

Les risques évoqués par les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé sont, pour la plupart, en lien avec une « balkanisation » possible. Ils sont en cela totalement en accord avec les directeurs et les médecins rencontrés en entretien.

En regard des atouts et des risques de ce mode d'organisation de l'hôpital, les acteurs ont des attentes individuelles et collectives. Ils ont également une perception suffisamment réaliste de l'organisation pour en mesurer les effets sur le facteur humain et les freins qu'il peut provoquer.

2.2.4 Des attentes fortes devant les freins possibles et les risques potentiels

Des questions étaient posées qui avaient trait aux attentes réciproques des directeurs des soins et cadres supérieurs de santé par rapport au rôle de chacun, et aux attentes des deux corps professionnels par rapport à l'organisation.

Nous avons corrélé les réponses aux freins qui ont été mis en évidence et aux risques identifiés.

2.2.4.1 Les directeurs des soins

Tous les directeurs des soins ont identifié la culture hospitalière comme étant un frein important. « *L'hôpital continue à fonctionner sur un mode hiérarchique vertical allant à*

l'encontre de la logique de pôles. Il est difficile de continuer à fonctionner en faisant co-exister deux modes de gestion. »

Si tous les directeurs de soins interrogés considèrent que la conservation des services est une nécessité pour faire accepter les changements, ils pensent également que cela peut être un frein car certains chefs de service *« ne jouent pas le jeu et continuent à traiter certains dossiers avec les directions fonctionnelles sans informer le responsable médical du pôle. »*

Nous pouvons constater que cet élément rejoint les aspects évoqués par les directeurs et les médecins lors des entretiens.

Un directeur des soins, abordant la nécessaire évolution des mentalités et des comportements des acteurs, ajoute : *« La culture est très prégnante, l'histoire aussi, et il y a, pour certains (médecins, directeurs et cadres) une réelle incapacité à « imaginer » un mode de fonctionnement différent... Or, la responsabilisation ne se décrète pas, il faut la faire vivre en donnant les moyens d'agir. »*

La notion de perte des repères et de peur de perdre du pouvoir sont également abordées [2 sur 4]. *« Il nous faut apprendre à travailler sur un mode moins formel et accepter que les CIS aient davantage d'autonomie. C'est à la direction des soins de favoriser cette autonomie. Il faut se centrer sur la mission de chacun, ne pas vouloir tout maîtriser... »*

Le fait de modifier la ligne hiérarchique a été source de difficultés pour l'un des établissements : *« Pour certains IG, le fait de ne plus être en position hiérarchique les a dépossédés d'une partie de leur rôle et ils ont préféré partir ».*

Pour les personnes interrogées, l'organisation en pôles est diversement appréhendée selon la perception que les professionnels dirigeants ont du pouvoir car *« certains confondent le pouvoir que donne la compétence dans l'exercice d'une fonction avec le pouvoir hiérarchique des statuts.»*

« Certains directeurs médicaux ont utilisé ce mode de gestion pour reprendre une forme de pouvoir sur les cadres. Certaines données nous échappent et nous prenons le risque d'assister à un cloisonnement qui peut affaiblir la direction des soins.. »

Selon les coordonnateurs généraux des soins, les directeurs des soins ont la délicate mission de garantir la cohérence souhaitée. Ils attendent des directeurs des soins un rôle plus stratégique, *« plus conceptuel qu'opérationnel »*, garantissant la coordination entre les pôles qui leur sont rattachés. De plus, les directeurs des soins sont positionnés dans une fonction d'expertise, de conseil et *« de veille en terme de climatologie sociale »*.

Ce rôle de lien, « *de liant avec le terrain* », est une attente forte des CGS⁵⁷ ce qui peut s'expliquer par le fait que nous sommes dans des CHU où il existe une distance entre le sommet et la base qui rend parfois la prise de décision difficile. « *J'ai besoin, pour certains dossiers que me confie le DG, d'avoir un retour objectif de ce qui se passe dans les pôles pour anticiper les risques prévisibles. Les CIS sont trop « dedans » et il me faut le regard des IG, plus distanciés, pour prendre les décisions.* »

L'ensemble des directeurs des soins, coordonnateurs ou non, a des attentes très importantes vis à vis des cadres supérieurs de santé. Ils les identifient comme « *les piliers du dispositif* », « *les interlocuteurs privilégiés des responsables médicaux* » et font, pour certains [2 sur 4], reposer sur eux la réussite à long terme de la démarche de déconcentration. « *Les CIS doivent s'engager dans ce projet et développer les compétences nécessaires. Leur mission essentielle se situe dans le champ de la gestion des personnels et je dois pouvoir leur faire confiance.* »

Il est à noter que des formations ont été mises en place pour les CSS afin de les aider à développer des compétences et les directeurs des soins envisagent, à court terme, de contractualiser avec l'encadrement. « *La mise en œuvre du projet du service de soins doit reposer sur un contrat passé avec les CIS.* ». « *Cette organisation fait appel, pour les CSS, à des capacités de management complexes et il nous faut leur fixer des objectifs que nous les aiderons à atteindre dans le cadre d'un contrat.* »

Les modalités de communication de la direction des soins avec les cadres supérieurs, réunions formelles ou rencontres informelles, sont identifiées comme indispensables aux directeurs des soins. Elles permettent un échange, un suivi des décisions prises en équipe, et peuvent éviter la dispersion et le cloisonnement redouté. « *Je rencontre les cadres supérieurs chaque semaine, indépendamment des autres réunions de travail. Cela permet un échange d'informations ascendant et descendant, une expression des difficultés et parfois un recadrage lorsque je constate des déviations. Les CSS y tiennent beaucoup et moi aussi !* »

2.2.4.2 Les cadres supérieurs de santé

Les freins identifiés par les directeurs des soins sont également soulignés par les cadres supérieurs. « *L'organisation pôlaire a ajouté un niveau supplémentaire. Ce serait plus*

⁵⁷ Coordonnateur général des soins

facile s'il n'y avait plus de services mais, actuellement il faut composer avec les chefs de service, le responsable médical du pôle et la direction. C'est parfois un véritable jeu d'équilibriste.»

Le fonctionnement autarcique de certains pôles est une difficulté pour les CSS [4 sur 10] et ils soulignent l'apparition d'un « *contre-pouvoir excessif* » qui les place dans une position inconfortable. « *Les CSS sont parfois « pris en otage » entre la direction et les équipes et compte tenu du renforcement de certains conflits, ils servent de bouclier..* »

Selon certains CSS [3 sur 10 le soulignent], le sentiment d'appartenance à un pôle peut faire oublier que « *quelle que soit l'organisation, les acteurs doivent d'abord travailler au renforcement de l'image de l'établissement* ».

L'isolement sur leur pôle est parfois redouté [4 sur 10] et s'ils paraissent prêts à être autonomes, ils ont besoin de l'équipe de la direction des soins pour les aider à se situer. « *La direction des soins est un service bien structuré et qui a un poids important dans l'établissement ; le découpage en pôles ne doit pas l'amoindrir car c'est l'identité soignante qui est en jeu* »

Les cadres supérieurs ont tous mis en avant le rôle primordial de la direction des soins pour garder « *le fil conducteur* » et maintenir la cohérence institutionnelle.

« *Les directeurs des soins sont garants des projets et de la dynamique du service de soins. Ils doivent sortir de leur rôle hiérarchique afin de se situer en soutien des cadres.* »

« *Les IG étaient plutôt des donneurs d'ordre...maintenant, ils nous aident à avancer, à analyser les situations. Ils sont plus proches du terrain et davantage connus et reconnus par les équipes.* »

Les CSS attendent aussi des directeurs des soins qu'ils soient « *le porte-parole de leur fonction* » et « *le référent vers lequel se tourner* » . « *Notre définition de fonction est un texte de référence pour tous les acteurs du pôle sur lequel il est important de communiquer. Les IG doivent nous aider à la faire évoluer et à clarifier nos missions.*»

Concernant leurs compétences, la majorité des CSS [8 sur 10] identifient les missions pour lesquelles ils ont besoin d'aide méthodologique et de connaissances nouvelles. Ils ont notamment besoin d'aide pour élaborer des tableaux de bord leur permettant un suivi dans la gestion du pôle [6 sur 10]. « *Il nous manque des outils communs en matière de gestion des ressources humaines et des indicateurs de suivi. Je pense que les directeurs des soins peuvent nous aider dans l'élaboration.* »

La majorité des CSS [8 sur 10] pensent qu'il est important d'envisager l'existence d'un contrat d'objectifs et de moyens formalisé entre eux et la direction des soins. Ils y voient un gage de réussite de la logique de déconcentration et le contrat permettrait « *d'être au clair avec les attentes de notre direction et avec les moyens que les IG mettront en œuvre pour nous permettre d'atteindre les objectifs fixés* ». Les domaines où, selon eux, il est utile de contractualiser reflètent bien leurs préoccupations quotidiennes :

- Le management de l'encadrement.
- La gestion des ressources humaines et le partage des moyens,
- La mise en œuvre du projet de soins,
- L'organisation des soins,

L'un des CSS précise : « *le contrat donne un sens institutionnel aux actions et facilite l'évaluation.* » Il leur paraît essentiel que leur direction définisse clairement leur zone d'autonomie et leurs responsabilités pour pouvoir les évaluer sur les résultats obtenus. « *C'est le fonctionnement optimal des équipes du pôle qui doit être évalué aussi. Cela passe par mes compétences en management* ».

Deux CSS ne pensent pas qu'il soit utile de contractualiser car le contrat leur paraît tacite et défini à travers leur champ d'activités et leur ligne hiérarchique. « *Les CIS et les IG font partie de la même direction, vont dans le même sens, et s'engagent pour les mêmes ambitions institutionnelles. S'il faut un contrat c'est plutôt entre la DSSI et la Direction générale.* » [un CSS]

3 - SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Au terme de l'étude réalisée, et après analyse des données recueillies, cette synthèse permet de reprendre les éléments de la problématique et d'envisager des axes à développer pour une nouvelle direction des soins.

- Une organisation innovante centrée sur le patient : des attentes fortes mais des freins possibles

La mise en œuvre d'un dispositif de gestion par pôles répond à un objectif stratégique clairement identifié par les directeurs d'établissements. Le décloisonnement est recherché car il peut mettre fin aux logiques « *de chapelles* » qui nuisent au fonctionnement optimal de l'hôpital.

Les regroupements des services au sein des pôles favorisent la coopération entre les professionnels et permettent d'instaurer une mobilité permettant de s'adapter à la charge de travail et d'augmenter la réactivité. Le pôle peut ainsi se centrer sur le patient en privilégiant les trajectoires de soins et la réponse aux besoins réels.

La déconcentration suppose une implication des professionnels dans la gestion ; or, il peut exister, dans ce domaine, des freins liés aux compétences disponibles puisqu'il est souvent dit par les directeurs et les médecins que « *les médecins sont avant tout formés pour faire de la médecine* ». Les cadres, quant à eux, ont une part des compétences requises mais la somme des compétences individuelles ne suffit pas à constituer la compétence collective qui dépend largement de la qualité des interactions entre les compétences des individus.

D'autre part, les cadres supérieurs ont besoin de soutien pour optimiser leurs compétences et il s'avère qu'ils ne disposent pas forcément de la légitimité pour prendre part aux décisions.

Il paraît donc indispensable de favoriser la responsabilisation des acteurs du pôle, médicaux, administratifs et soignants, de clarifier leur rôle respectif et de développer un savoir travailler en commun.

Un risque souvent cité par les professionnels interrogés est celui d'augmenter la notion de « bureaucratie » en créant une strate supplémentaire.

Or, l'objectif global de la gestion de proximité est de rendre le système hospitalier plus flexible et plus réactif. L'enjeu est important et la réussite du dispositif, au delà du changement culturel qu'il entraîne, est en partie liée à l'articulation qui pourra être trouvée entre les relations hiérarchiques traditionnelles et des relations contractuelles basées sur la délégation et sur l'autonomie des acteurs du pôle.

➤ Des rôles modifiés et des pouvoirs redistribués

La déconcentration de la gestion et des responsabilités génère d'une part, une modification des rapports hiérarchiques au profit d'un fonctionnement plus transversal et d'autre part, un changement dans le rôle des cadres supérieurs de santé qui doivent réaliser la synthèse de leurs trois domaines de responsabilité que sont la fonction hiérarchique, l'expertise soignante et l'animation de l'équipe de cadres du pôle.

L'ensemble des acteurs des établissements publics ont intégré dans leur culture professionnelle un fonctionnement hiérarchique vertical qui, même s'il fait souvent l'objet de critiques, représentent pour eux des gains en terme de sécurité. Parallèlement, ils souhaitent davantage d'autonomie et une plus grande participation aux décisions institutionnelles.

La déconcentration de gestion vise à responsabiliser les principaux acteurs du pôle et à les impliquer mais, si elle donne plus d'autonomie, elle peut générer de l'insécurité. D'autre part, il subsiste un risque de « balkanisation » qui, en créant des zones d'incertitudes au sein des pôles, peut engendrer un « glissement » des pouvoirs du sommet stratégique vers la base opérationnelle ; or, c'est dans le partage des pouvoirs que naît un réel décloisonnement.

Les cadres supérieurs de santé ont, auprès du coordonnateur médical, un rôle primordial à jouer dans l'exercice d'un métier qui évolue. Ils sont aussi l'indispensable relais entre les équipes et la direction des soins.

Leur identité professionnelle se démarque de celle des soignants en ce sens où, bien que proche des problématiques de soins, elle est basée sur une compréhension des enjeux globaux et stratégiques. Ils doivent être en capacité de traduire, auprès du pôle, les axes politiques du projet d'établissement. Leur positionnement peut donc être difficile, voire très inconfortable : un CSS interrogé dit même qu'il s'agit « *d'un véritable jeu d'équilibriste* ».

➤ Des perspectives pour le directeur des soins

Le rôle des directeurs des soins se trouve modifié de façon importante et ce ne peut plus être leur seul statut hiérarchique qui lui confère leur autorité et leur légitimité.

La place qu'ils occupent, dans les établissements considérés, les conduit à exercer un rôle de coordination entre les pôles.

Les coordonnateurs généraux des soins attendent d'eux un rôle stratégique et « *plus conceptuel qu'opérationnel* ».

Pour les directeurs et les médecins, ils sont de précieux collaborateurs pour aider à la mise en œuvre des projets et « *maintenir le cap défini dans la politique de l'établissement* »

L'expertise technique du directeur des soins lui donne, aux côtés du DRH, une place importante dans la gestion prévisionnelle des compétences des professionnels du soin.

Le contenu de la fonction a évolué et la mission du directeur des soins se situe entre le rôle politique du coordonnateur des soins et le rôle opérationnel des CSS.

Le directeur des soins est donc bien au cœur des stratégies d'intégration ; de plus, son implication hiérarchique moindre lui permet d'exercer un rôle d'expertise managériale, innovant et fédérateur pour les cadres de santé .

**LES PROPOSITIONS D' ACTIONS : ROLE ET PLACE DU DIRECTEUR
DES SOINS DANS LE MANAGEMENT DE L'ENCADREMENT**

*« L'essentiel ne tient pas tant aux structures qu'à la vie que l'on saura leur insuffler.
Les structures n'ont de sens que par rapport aux finalités ».*

*Dominique GENELOT
Manager dans la complexité.*

La troisième partie de ce travail a pour objet de proposer un projet d'actions que le directeur des soins pourra conduire en s'inscrivant dans la politique globale de l'établissement, et en analysant comment il peut apporter sa contribution dans une organisation déconcentrée.

Ce projet est construit à partir de la synthèse émanant de l'étude de terrain et de notre recherche conceptuelle et théorique ; il prend également appui sur notre expérience professionnelle, nos observations et nos interrogations.

Ce projet est destiné à se concrétiser dans notre exercice professionnel au sein de notre établissement d'affectation mais il peut aussi se transposer, avec les aménagements que requiert chaque situation, à une autre réalité de travail fonctionnant sur le même mode d'organisation.

La composante essentielle des actions proposées ont trait au management puisque l'organisation est un construit social et que les projets de l'hôpital, comme ceux de toute entreprise, reposent sur le facteur humain

Ainsi, pour réussir à déconcentrer et à contractualiser, il est primordial de prendre appui sur des conduites managériales adaptées aux innovations sans perdre de vue qu'il subsistera toujours une part d'incertitude propre à un environnement complexe...

« Le manager partage l'incertitude du potier qui, lorsqu'il sort sa pièce du four, sait rarement d'avance ce qu'il en est advenu, si éprouvée que soit sa technique. »⁵⁸

⁵⁸ HEES, Marc. Des dieux, des héros et des managers, p.46

1 - UN ROLE INNOVANT POUR LE DIRECTEUR DES SOINS DANS LE DISPOSITIF : UNE OPPORTUNITE A SAISIR POUR MODIFIER LES PRATIQUES MANAGERIALES

Il nous paraît essentiel, avant d'envisager un projet d'actions concret, de conduire une réflexion sur nos propres représentations en ce qui concerne les pratiques de management. Nous ferons référence aux concepts utilisés dans ce travail mais aussi à nos propres valeurs.

Nous avons constaté que notre conception du management, qui fonde notre projet professionnel, est en harmonie avec les attentes de nos collaborateurs et de nos collègues de l'équipe de direction.

1.1 LE MANAGEMENT : UNE CONCEPTION, DES VALEURS

Il nous paraît essentiel, en regard des résultats de l'enquête de terrain, de concevoir un management adapté aux innovations de l'organisation hospitalière et éclairé par les attentes des partenaires de l'action.

Envisager de nouvelles pratiques managériales suppose de prendre appui sur trois axes qui, à la lumière de l'évolution de l'organisation et des comportements des hommes au travail, nous paraissent être un gage de réussite.

1.1.1 La question du sens

Manager, c'est construire, éclairer et donner du sens.

Dans l'hôpital d'aujourd'hui, en perte de repères et de plus en plus complexe, il est plus que jamais nécessaire de donner un sens : le sens qui permet de fixer les orientations et qui permet aux acteurs de savoir où ils vont.

- ♦ Le sens existe dans le projet d'établissement et dans ses composantes soignantes et sociales.

- ♦ Le sens est la voie que doivent emprunter les soignants pour garantir la qualité, la sécurité et l'humanité que les usagers sont en droit d'attendre,

Donner du sens c'est éviter de tomber dans le piège du seul « projet-visée » qui ne restera qu'intention, provoquant ainsi la désillusion et le désinvestissement des acteurs. Le sens est le rapport entre les valeurs qui sous-tendent le projet et les actions concrètes permettant sa réalisation.

Pour illustrer ce concept du sens, nous prendrons un exemple concret : quel sens les cadres de proximité peuvent-ils trouver dans la démarche Qualité, indépendamment de la nécessité de se soumettre à la procédure d'accréditation ?

Trois points doivent être interrogés afin de conclure quant à la construction du sens pour les personnes concernées.

- Le premier concerne la lisibilité et l'accessibilité de l'information.
- Le second est relatif à la clarté des intentions que porte le projet.
- Le dernier concerne la possibilité, pour les cadres, d'identifier une plus-value dans le projet, autrement dit un gain possible qui sera une source de motivation pour s'engager.

La motivation n'est pas une cause ; elle se construit par la perception de la valeur ajoutée d'une activité et de sa propre compétence à la réaliser. Et, puisqu'elle se construit, la motivation est une conséquence : **la conséquence d'un management qui détecte, fait émerger et valorise les compétences.**

1.1.2 Les compétences de l'encadrement

Manager c'est identifier, gérer et mettre en synergie des compétences.

La compétence constitue la possibilité individuelle et / ou collective de construire, de mobiliser et d'appliquer des savoirs pertinents en réponse à une situation professionnelle donnée.

« La compétence requise est celle qui figure dans les référentiels de compétences. La compétence réelle est celle qui est construite par chaque personne. »⁵⁹

⁵⁹ Guy LE BOTERF. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins Cadres. N° 41. février 2002. p. 21*

Parmi les savoirs mobilisés dans la construction de la compétence, il est important de distinguer les savoirs théoriques constitués de connaissances, les savoirs d'action issus de l'expérience et de la pratique, et les savoirs de processus qui caractérisent le professionnalisme des cadres.

Les savoirs de processus permettent de diagnostiquer, élaborer une réflexion stratégique, construire l'action, réguler...C'est le « savoir-agir et réagir » dont parle LE BOTERF et c'est aussi celui qui doit être mobilisé par les cadres qui travaillent sur et avec le travail des autres.

Manager, c'est encore clarifier les missions, les indicateurs de réussite et le degré de contribution de chacun des collaborateurs. Mais il s'agit, pour détecter et développer les compétences, de travailler sur les actes et les faits plutôt que sur les personnes.

Ce sont donc des aptitudes à l'accompagnement et à la co-construction qui s'avèrent efficaces, bien plus que les injonctions.

1.1.3 L'intégration des différentes logiques

Manager c'est identifier les différences, les prendre en compte et accepter l'hétérogénéité.

Nous avons vu dans la première partie que l'hôpital était le lieu de la cohabitation de plusieurs logiques. Les réponses des professionnels interrogés, et notamment les cadres, montrent que la co-existence de ces logiques dominantes rend parfois leur rôle difficile.

Il existe dans l'organisation hospitalière de fortes différenciations, en terme de métiers, de cultures, de pratiques. De plus, d'un service à l'autre, d'un pôle à l'autre, les acteurs vont raisonner différemment en fonction de leur histoire ou de la personnalité du responsable et l'on n'obtient pas les mêmes résultats selon que ce dernier est autoritaire ou fait autorité...

Plus le degré de différenciation est grand, plus il est important de mettre en place des processus d'intégration. Il s'agit de prendre en compte les différences de préoccupations et d'intérêts mais aussi de missions ; il serait vain de vouloir effacer les écarts et de penser que tous les acteurs sont pareillement impliqués.

La conscience que les managers ont du positionnement des acteurs et de leurs logiques constitue un levier déterminant pour réduire le choc culturel provoqués par les changements organisationnels.

Il est préférable d'appuyer le management sur les différences, de les mettre en dialogue plutôt que de tenter de les masquer.

1.2 FEDERER ET METTRE EN LIEN

Fédérer, c'est regrouper, faire émerger l'unicité et la solidarité au sein d'un groupe sans gommer les particularités, les différences génératrices de richesses et d'énergies créatrices. Il y a là un défi à relever pour le directeur des soins chargé de la coordination de plusieurs pôles.

La gestion déconcentrée donne aux pôles, et à leurs principaux acteurs, une autonomie de fonctionnement, une part de pouvoir décisionnaire mais il n'en demeure pas moins vrai que le service de soins, considéré par les professionnels interrogés comme « *une entité forte* », va devoir garder une structuration sans faille pour continuer à être l'un des principaux vecteurs des changements institutionnels.

1.2.1 Faire le lien entre les pôles

Le directeur des soins est « *l'agent de liaison* » entre les pôles ; son rôle est stratégique et caractérisé, de façon paradoxale, par une prise de distance et par une proximité plus importante qu'auparavant avec les situations et les acteurs. La distance est facilitée par une implication hiérarchique moindre, et la proximité lui permet de développer une connaissance plus approfondie des spécificités des pôles.

Le directeur des soins doit apporter aux CSS, qui gèrent l'opérationnel, une aide pour déterminer les moyens de stabiliser l'organisation soignante du pôle en établissant des règles visant à créer la transversalité.

Les services de soins, et les patients qu'ils accueillent, ont trop souvent souffert d'un manque de concertation, de liens et de « *liant* ».

Il nous faut à présent promouvoir une culture de réseau qui permettra aux soignants d'être satisfaits de leurs actions et aux usagers de trouver une réponse adaptée et performante à leurs besoins et à leurs attentes.

Nous prendrons ici un exemple concret. Combien de fiches de liaison de sortie de bloc ont été conçues par les professionnels des blocs opératoires sans prendre en compte les impératifs des équipes, chirurgicales ou de réanimation, qui doivent accueillir les

patients ? Et combien de cadres d'unités se sont interrogés car leur fiche de liaison préopératoire n'est même pas lue par l'équipe de bloc ?

L'organisation par pôles, la présence dans l'établissement d'un CSS coordonnateur des blocs, la mission du directeur des soins coordonnateur de plusieurs pôles doivent aussi servir à cela : tout processus de soins visant à améliorer la qualité des soins doit être conçu en partenariat.

Le directeur des soins, missionné et légitimé pour agir dans ce sens, doit favoriser un travail en réseau entre les pôles. Le réseau doit comprendre tous les acteurs concernés par un problème donné ; le moindre oubli peut générer des réactions de rejet et la tentation sera alors grande de continuer comme avant...

C'est au directeur des soins de faire fonctionner ce « maillage » indispensable et de considérer les acteurs comme des partenaires qui ont le pouvoir que leur confère leur compétence.

Cette mission de fédération entre les pôles, le directeur des soins ne peut la mener que s'il développe la communication, celle qui lui permettra de se positionner en « *leader transformationnel*⁶⁰ » et celle qui fera tomber les barrières entre les pôles au profit d'un fonctionnement transparent.

1.2.2 Favoriser la communication

L'information doit être un instrument de communication dont la coordination ne peut être assurée par la seule ligne hiérarchique ; il est illusoire de penser que la communication se fait à coup de notes de services qui, rangées dans des classeurs, sont vite oubliées et.. contournées.

Pour communiquer efficacement et favoriser la progression des nouvelles données organisationnelles, le directeur des soins doit être présent sur les lieux même où l'organisation prend vie, c'est à dire les services de soins.

Il ne s'agit pas, bien sûr, de prendre aux cadres le rôle de proximité qui leur appartient mais plutôt d'exercer un rôle de tiers relationnel neutre pour accompagner les changements et donner aux équipes la preuve que diriger ne signifie pas forcément refuser de se confronter aux réalités.

⁶⁰ Terme employé par Christophe LEDEZ (mémoire IG 2001)

Le directeur des soins peut ainsi promouvoir et véhiculer les valeurs professionnelles ; il devient ainsi l'ambassadeur de la direction auprès des équipes et le porte-parole des soignants auprès de ses collègues directeurs. Il lui faudra trouver la bonne distance et les mots justes pour aplanir l'antagonisme des logiques en présence.

Le directeur des soins est aussi l'un des premiers collaborateurs du directeur d'établissement pour envisager une déconcentration de gestion réfléchie, connue de tous et porteuse d'innovation.

1.2.3 La collaboration avec le corps médical

Les coordonnateurs médicaux, placés en position de diriger les pôles, sont les destinataires des délégations de gestion et, dans une logique de contrat avec la direction générale, ils sont amenés à exercer un rôle pour lequel ils n'ont pas forcément été préparés. L'enquête a montré la nécessité, pour mener à bien leur mission, de s'appuyer sur le cadre supérieur de santé qui représente pour eux une ressource et un relais d'informations.

Ce binôme cadre – médecin fonctionne avec deux champs de représentations hétérogènes qu'ils doivent traduire en permanence.

Il n'existe pas de lien hiérarchique entre eux : c'est un atout pour faire vivre la transversalité et garantir la cohésion du service de soins, mais ce peut être aussi un frein si certains jeux de pouvoir apparaissent.

Le rôle du directeur des soins prend tout son sens, modérateur et fédérateur, pour faire co-exister des logiques parfois différentes et favoriser la collaboration entre les médecins et les soignants.

Il doit se situer comme un interlocuteur, missionné par la direction générale, des coordonnateurs médicaux et comme un appui des cadres de santé placés sous son autorité.

Certaines actions peuvent permettre d'atteindre cet objectif :

- Assister ponctuellement aux conseils de pôle afin de relayer les informations et d'évaluer le niveau de collaboration médecins-cadres de santé.
- Communiquer en CME les projets du service de soins et associer les médecins aux réflexions.

Une analyse pertinente des situations qu'il aura analysées permet au directeur des soins de jouer son rôle de régulateur ; il peut éviter certains conflits et aider à promouvoir la complémentarité entre le coordonnateur médical et le cadre supérieur de santé.

1.3 UN ROLE REGULATEUR : DONNER DU SENS ET METTRE EN COHERENCE

Ce qui caractérise un établissement de santé c'est qu'il produit des soins et cette production est le fait des professionnels médicaux et non médicaux qui mettent leurs compétences au service de l'utilisateur. Ces compétences doivent être encadrées et valorisées pour se mettre au service du projet de l'établissement ; donc, s'il est un domaine sensible à l'hôpital c'est bien celui de la gestion des ressources humaines.

Cette gestion est partagée entre la DRH et la direction des soins selon leurs prérogatives réciproques. L'organisation déconcentrée introduit un acteur supplémentaire représenté par le pôle.

- Le pôle, et ses acteurs, doit être le lieu du diagnostic de situation.
- La DRH doit être le lieu permettant de garantir l'application des règles et des normes.
- La direction des soins doit permettre la régulation entre les réalités des services et la politique globale de gestion des ressources humaines ; elle est au carrefour entre les logiques, parfois antagonistes, de l'organisation hospitalière.

1.3.1 La gestion des ressources humaines

Comme nous l'avons vu dans l'analyse des questionnaires et des entretiens, la gestion des ressources humaines est un domaine où il semble possible de déconcentrer. Il convient, pour le directeur des soins d'envisager cette déconcentration sur un mode privilégiant l'autonomie des CSS tout en respectant la législation en vigueur et les droits des agents ; cet aspect de la déconcentration sera, bien entendu, à conduire en concertation avec le directeur des ressources humaines et en prenant en compte les partenaires sociaux.

La déconcentration, en matière de GRH et de GPEC, requiert la plus grande prudence et, si elle s'avère réalisable, elle ne peut pas être effective dans tous les domaines. Nous proposons ainsi la répartition suivante des pouvoirs en matière de GRH :

- ◆ La DRH a une fonction politique de définition des règles, de contrôle et d'arbitrage.
- ◆ Le pôle a une fonction opérationnelle de gestion et d'administration.
- ◆ La direction des soins a une fonction stratégique d'animation et d'impulsion.

Certaines actions de gestion des ressources humaines nous paraissent, pour ce qui concerne les personnels des services de soins, totalement ou partiellement déconcentrables :

1. la gestion des emplois :

- le tableau des emplois budgétisés et rémunérés par pôle
- la mobilité au sein du pôle
- les mensualités de remplacement
- la gestion de l'absentéisme

2. la gestion des compétences :

- l'évaluation des compétences
- la notation
- le plan de formation

Les deux tableaux suivants montrent comment cette déconcentration de gestion peut être envisagée et comment les différents acteurs (au sein du pôle et hors-pôle) vont intervenir à chaque niveau de cette gestion.

➤ **Tableau récapitulatif en matière de gestion des emplois**

Action de GRH	Procédure envisagée	Acteurs du pôle	Acteurs hors-pôle
<ul style="list-style-type: none"> - Suivi du tableau des emplois non médicaux. - Modifications du tableau des emplois permanents (transformation et/ou création de postes) 	<p>Mise à jour mensuelle Récapitulatif annuel</p> <p>Demande faite au niveau du pôle en lien avec l'activité.</p>	<p>CSS et Cadre administratif</p> <p>CSS et coordonnateur médical</p>	<p>Directeur des soins de rattachement et DRH (pour info et contrôle)</p> <p>Directeur des soins (pour avis) et DRH (pour accord)</p>
<p>Mensualités de remplacement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Attribution réactualisée chaque année d'un budget de mensualités. ♦ Suivi mensuel 	<p>CSS, cadre administratif et coordonnateur médical (élaboration des demandes).</p> <p>CSS et Cadre administratif</p>	<p>DRH, directeur et directeur des soins de rattachement.</p> <p>DRH</p>

Gestion de l'absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Attribution d'un pool de suppléance pour compenser les absences de courte durée. ◆ Signalement de l'absentéisme et suivi. 	Gestion du pool par le CSS CSS Cadre administratif	DRH
Mobilité au sein du pôle	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mobilité ponctuelle instaurée en lien avec la charge des unités. ◆ Mobilité souhaitée par les agents (postes vacants publiés) 	CSS CSS + cadres de proximité	DRH et Direction des soins (pour info)
Mobilité entre les pôles	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboration des profils de poste ◆ Publication des postes vacants ◆ Examen des candidatures ◆ Changements d'affectation 	Cadre de proximité et CSS Cadre administratif CSS, cadres de proximité et coordonnateur médical (pour les cadres)	Directeur des soins (pour validation) DRH et direction des soins Directeur des soins de rattachement DRH et Direction des soins
Recrutements	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Recrutement initial (pour l'établissement) fait à partir du tableau des emplois. ◆ Affectation sur le pôle faite sur profil 	CSS et coordonnateur médical (pour les cadres)	DRH Direction des soins DRH et Direction des soins (pour information et validation)

Il est facile de constater que, mis à part la mobilité ponctuelle et la gestion du pool de suppléance, aucune des procédures du domaine de la gestion des emplois n'est totalement déconcentrable et ceci pour des raisons ayant trait à la législation.

Il existe cependant des zones où la DRH et la Direction des soins peuvent davantage déléguer afin d'augmenter la réactivité des pôles. Cela suppose que tous les pôles se voient attribuer un poste de cadre administratif qui sera le relais de la DRH au sein du pôle comme le CSS est le relais de la Direction des soins.

➤ **Tableau récapitulatif en matière de gestion des compétences**

Action de GRH	Procédure envisagée	Acteurs du pôle	Acteurs hors-pôle
<i>Evaluation des compétences</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaboration d'un référentiel de compétences / métier. ◆ Grille d'évaluation des compétences à partir du référentiel métier et des profils de poste. ◆ Entretien individuel avec l'agent (bilan ponctuel et/ ou annuel) ◆ Synthèse par unité des bilans annuels. 	CSS Cadres de proximité Cadre (N+1) Coordonnateur médical pour l'évaluation des cadres Cadre de proximité et CSS	DRH Direction des soins Groupe de travail de professionnels DRH et Direction des soins (pour info) Directeur des soins de rattachement (pour aide méthodologique) Directeur des soins de rattachement (pour info et suivi)
<i>Notation des personnels</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Définition d'une procédure et diffusion. ◆ Appréciation littérale faite à partir du bilan d'évaluation ◆ Proposition de note chiffrée à partir de l'appréciation et de la synthèse d'évaluation 	Cadres (N+1 et N+2) CSS et cadre administratif	DRH Directeur des soins et directeur de rattachement

	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <u>Notation définitive</u> - Pour les cadres - Pour les agents ♦ Argumentaire en cas de demande de révision de note. 	<p>CSS</p> <p>Cadres N+1 et N+2</p> <p>Cadres de proximité et CSS</p>	<p>DRH, directeur de rattachement et directeur des soins.</p> <p>Directeur de rattachement</p> <p>Directeur et directeur des soins de rattachement</p>
Plan de formation	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Définition des axes prioritaires (annuels ou pluriannuels) ♦ Définition d'une procédure et diffusion ♦ Recueil des besoins pour le pôle ♦ Synthèse des besoins ♦ Décision et élaboration du plan définitif ♦ Attribution d'un budget annuel par pôle pour les formations hors-plan. - Suivi de ce budget et décisions. 	<p>Cadres de proximité, CSS et cadre administratif.</p> <p>CSS Coordonnateur médical</p> <p>CSS et cadre administratif (pour argumentaire)</p> <p>CSS et cadre administratif (pour argumentaire)</p> <p>CSS et cadre administratif</p>	<p>DRH, Direction de la formation et Direction des soins</p> <p>DRH et Direction de la formation</p> <p>Directeur des soins de rattachement.</p> <p>Direction des soins DRH Avis de la Commission de formation</p> <p>DRH et direction de la formation (pour décision). Directeur des soins (pour info)</p> <p>Directeur des soins de rattachement (pour avis) Direction de la formation (pour info).</p>

La gestion des compétences, point capital de la GRH, peut, dans une forte proportion, être déconcentrée sur les pôles. Le rôle du directeur des soins est primordial dans ce domaine pour, en collaboration avec le DRH, impulser l'innovation, garantir une cohérence institutionnelle et définir une politique privilégiant un projet individuel au service du projet collectif.

Il existe un point spécifique de la GPEC qui nécessite, pour le directeur des soins, une attention particulière : ***l'accompagnement et le suivi des projets professionnels.***

Le rôle du directeur des soins est prépondérant dans ce domaine et consiste en une vision prospective qui permettra d'identifier les potentiels des personnels placés sous sa responsabilité et surtout pour ce qui concerne la fonction cadre. En effet, s'entourer de cadres compétents et impliqués est indispensable pour conduire les projets et faire émerger une réelle responsabilisation des équipes.

L'action du directeur des soins peut être ainsi déclinée :

- Participer activement à la définition de la fonction cadre au sein de l'établissement.
- Réactualiser régulièrement les profils de poste des cadres.
- Détecter les potentiels des infirmiers à exercer la fonction cadre en collaboration avec les CSS des pôles et les cadres d'unités.
- Favoriser la mise en situation professionnelle avec tutorat et évaluation.
- Etablir une sélection en amont du concours d'entrée à l'IFCS et apporter une aide méthodologique aux candidats sélectionnés.

La plupart des établissements ont, à ce jour, de nombreux postes de cadres vacants. Mettre des infirmiers sélectionnés en situation d'encadrement nécessite un suivi rigoureux visant à les soutenir dans leur projet et à les aider à mener à bien leurs missions.

Il pourrait être très formateur pour eux, et très éclairant pour la direction des soins, d'organiser des réunions d'échanges et de formation associant les « faisant fonction » de plusieurs pôles.

Il nous paraît essentiel de les engager dès leur première mise en situation dans une démarche d'identification à un groupe professionnel afin qu'ils puissent être, dans leur exercice futur, garants de la cohésion du service de soins et porteurs du projet d'établissement.

Nous avons pu voir, dans l'étude faite en 2^{ème} partie, que la majorité des personnes interrogées, et notamment les CSS, ont des attentes importantes pour que le directeur des soins garantisse la cohésion du service de soins et pour que son rôle vise à éviter une forme de « balkanisation » souvent perçue comme un risque de la gestion par pôles.

Le directeur des soins est investi de la mission de « *maintenir le cap défini dans la politique de soins* » et d'assurer la coordination entre les pôles. L'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins est un moyen d'y parvenir.

1.3.2 Le projet de soins

La cohésion du service de soins et la cohérence d'action de ses acteurs prend appui sur son projet.

Le projet du service de soins doit donner du sens aux actions des équipes mais quelle réalité concrète a-t-il au sein des services ? Comment lui donner vie au sein des projets des pôles ?

Le projet de soins infirmiers va désormais devenir le projet de soins à élaborer avec l'ensemble des personnels paramédicaux et à mettre en œuvre par une politique d'amélioration de la qualité⁶¹.

Il est à construire dans la confrontation des idées, en prenant en compte les individualités et en mettant en synergie les potentiels.

Le rôle conceptuel des directeurs des soins prend toute sa mesure dans l'élaboration et le suivi du projet de soins et répond ainsi aux attentes telles qu'elles ont été mises en évidence dans l'étude.

Ce rôle repose sur des valeurs professionnelles partagées mais aussi sur une nécessaire créativité et sur la prise en compte des évolutions sociologiques de la population soignante et soignée.

En effet, les usagers attendent du temps, de l'attention, de l'information et le respect de leurs droits, et ceci dans un monde hospitalier en pleine mutation où il est facile de trouver des exemples qui permettent de mesurer l'ampleur de la tâche pour continuer à préserver la qualité des soins et des conditions de travail :

- Les durées moyennes de séjour sont de plus en plus courtes alors que la dépendance des patients augmente.

⁶¹ Article 4 du décret du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur des soins.

- L'augmentation du nombre des exclus redonne un rôle social à l'hôpital qui était devenu, pour l'essentiel de ses activités, un plateau technique sophistiqué.
- L'hôpital est devenu un lieu à hauts risques, très médiatisés, dans une société où le risque est devenu inacceptable.

Tous ces éléments entraînent, pour les professionnels, la nécessité de s'adapter en permanence, de faire face à des contraintes multiples et de devoir gérer leur propre insécurité dans une réalité de travail où les valeurs qui leur ont été transmises sont parfois difficiles à mettre en pratique.

Le directeur coordonnateur général des soins doit donc développer une politique de soins qui s'appuie sur l'évolution sociologique de l'hôpital et qui permet aux professionnels d'assumer pleinement leurs responsabilités.

L'élaboration du projet de soins doit s'appuyer sur des axes en lien avec ces évolutions :

- Donner du sens aux soins, c'est à dire fixer précisément les objectifs du projet et énoncer clairement les exigences pour les atteindre.
- Promouvoir la qualité des soins et l'évaluer à partir de référentiels partagés par les professionnels.
- Permettre la continuité et la sécurité des soins.
- Maintenir la compétence des soignants.

La mise en œuvre du projet repose sur les aptitudes du directeur des soins à développer une stratégie visant à faire évoluer le service de soins avec une vision prospective et créative ; de plus, il doit s'inscrire en interrelation permanente avec le projet médical.

Nous rappellerons que l'un des médecins interrogés considère que « *seul un projet de soins médico-soignant est le dénominateur commun de tous les professionnels* ». C'est dans la collaboration entre la direction des soins et la CME qu'il pourra naître.

Le projet de soins, en donnant un sens à leurs actions quotidiennes, permet de fédérer les soignants autour d'objectifs réalistes et, porté par les cadres de santé, il pourra être décliné et s'inscrire dans les projets des pôles.

La redistribution des rôles et des responsabilités dans une gestion déconcentrée donne un rôle important aux acteurs proches du terrain et modifie ainsi la répartition des pouvoirs. Le rôle des managers hospitaliers, et notamment celui du directeur des soins, doit être revisité pour exercer un métier de dirigeant qui évolue.

Le directeur des soins devient un agent de diffusion et d'intégration pour fédérer les acteurs, et notamment les cadres, et se mobiliser avec eux autour de références communes qui se substitueront aux injonctions contraignantes.

2 - LE MANAGEMENT DE L'ENCADREMENT : CONDUIRE LE CHANGEMENT

*« Il s'agit moins de convaincre de changer que de donner envie de changer.
Le changement passe par le désir »⁶²*

Un changement aussi important dans l'organisation de l'hôpital est porteur d'enjeux fondamentaux pour le fonctionnement des services. L'étude montre les nombreuses répercussions que ce changement peut avoir sur les hommes, leurs représentations, leurs actes.

Ce changement doit se conduire au travers de la mise en œuvre d'une démarche proche de la résolution de problèmes complexes.

Le directeur des soins, par la place qu'il occupe au sein de l'équipe de direction et auprès des acteurs du pôle, a un rôle fondamental dans la conduite de ce changement :

- ♦ Il est amené à résoudre les problématiques de réorganisation par la mise en œuvre d'outils et de méthodes,
- ♦ Il doit se situer en accompagnateur des projets des pôles,
- ♦ Il doit surtout **prendre en compte la dimension humaine** afin de permettre que les cadres comprennent et acceptent les « nouvelles règles du jeu » résultant du processus de changement.

2.1 APPRENDRE LA CONFIANCE ET S'OUVRIR AU DIALOGUE

Les résistances aux changements sont souvent en lien avec la peur et l'insécurité engendrées par l'inconnu de « l'après » et avec la perte supposée des gains actuels des acteurs. Cette résistance peut, pour les cadres de santé, se traduire par de l'immobilisme, un

⁶² Françoise KOURILSKI. Enseignante à l'Université Paris IX Dauphine.

repli sur leur équipe, mais elle peut aussi être le reflet d'une perte de confiance et ces deux questions méritent d'être posées :

- ♦ Les cadres de santé ont-ils confiance en leur direction ?
- ♦ La direction des soins fait-elle confiance à son encadrement ?

« *La question de la confiance surgit au moment où le sommet a besoin d'une base beaucoup plus responsabilisée (..)* »⁶³

A partir du moment où le directeur des soins a confiance en lui et en sa possibilité d'agir, il pourra plus facilement placer sa confiance en l'encadrement soignant.

Cette confiance est la fondation même de la délégation qui permet au directeur des soins de garder le recul suffisant pour conserver la clairvoyance qui permet de prendre les bonnes décisions, ces décisions qui elles aussi feront naître la confiance.

Les cadres ont une énergie latente qu'ils peuvent mettre au service de l'établissement pour autant que nous les aidions à la libérer et que nous ayons confiance en leur potentiel.

2.1.1 Dialoguer pour conserver la cohésion du service de soins

Cependant, la confiance est fragile et a des exigences en terme de loyauté et en terme de respect des engagements pris.

La mise en place des pôles ne doit faire oublier qu'il peut persister entre les cadres d'unités et l'équipe de direction des distances et des méfiances héritées de l'histoire hospitalière où chaque service se vivait comme une entité autonome regroupée autour du chef de service.

Faute d'être repérés, ces clivages anciens peuvent resurgir au sein des pôles si la direction des soins ne parvient pas à créer, ou à conserver, la cohésion au sein des cadres et à renforcer leur sentiment d'appartenance.

La modification des rapports hiérarchiques dans une organisation déconcentrée suppose une réelle transparence et un dialogue constant entre le directeur des soins et l'encadrement. La place différente que le directeur des soins occupe dans l'organisation doit lui permettre :

- ♦ De favoriser la circulation de l'information dans les pôles qui lui sont rattachés, et ceci au plus près du terrain,

⁶³ Bruno HENRIET. Nouvelles organisations : pari sur l'autonomie et rôle de la confiance.

- ♦ De se situer en « veille organisationnelle » en ce qui concerne les processus de mise en œuvre du projet de soins et de la démarche qualité,
- ♦ D'exercer un contrôle par rapport à l'atteinte des objectifs fixés.

Ce dernier point pourrait faire penser qu'il y a un aspect paradoxal entre « faire confiance » et « exercer un contrôle ». Nous pensons que le contrôle est un facteur d'équilibre et qu'il est un guide dans l'accompagnement de l'autonomie.

2.2 CONDUIRE VERS UNE AUTONOMIE ACCOMPAGNEE ET ENCADREE

Nous avons pu constater, dans l'étude menée, que les cadres supérieurs de santé, s'ils ont développé des zones d'autonomie ont besoin de garder une référence auprès de la direction des soins. Leurs attentes sont claires : « *les directeurs des soins sont garants de la dynamique et des projets...ils doivent sortir de leur rôle hiérarchique pour se situer en soutien des cadres.* »

Ces attentes rejoignent nos conceptions du management et nous pensons que le directeur des soins doit trouver une position « d'étayage » afin de pouvoir manager « *en arrière-plan*⁶⁴ ».

« Soyez autonomes » est une expression souvent entendue et souvent mal comprise.

Elle peut générer une insécurité liée à la peur de prendre des responsabilités auxquelles certains ne sont pas préparés.

Elle peut signifier pour d'autres une forme d'indépendance préjudiciable à l'organisation. En effet, à l'hôpital encore plus qu'ailleurs, nous agissons tous en interdépendance afin d'aller dans le sens fixés par les axes du projet d'établissement.

Conduire les cadres vers l'autonomie ne peut être fait sans définir des règles, des normes organisationnelles et communicationnelles.

Il ne s'agit pas de « donner » de l'autonomie aux cadres supérieurs de santé mais plutôt de les aider à la prendre et de les soutenir dans leurs actions. Pour cela, le directeur des soins doit détecter les compétences, permettre leur optimisation et agir sur les lacunes.

En matière de management l'exemplarité est source de réussite et, du comportement managérial du directeur des soins découle celui des cadres supérieurs de santé auprès des cadres d'unités.

⁶⁴ Chantal FAUGIER-SEURET. Op.cit.

Ainsi, le directeur des soins pourra être comparé à un metteur en scène qui fera totalement confiance aux acteurs et pourra les laisser improviser dans leur zone d'autonomie ; il le fera dans le cadre d'un scénario construit avec les cadres et basé sur la délégation.

« *La délégation de gestion fonctionne bien à condition que les gens n'aient pas peur de faire confiance à l'autre.* »⁶⁵

2.2.1 Un management basé sur une relation contractuelle

En tant que personne ressource, le directeur des soins met sa capacité d'expertise au service des pôles qu'il coordonne et apporte aux cadres supérieurs de santé une aide méthodologique, pédagogique, et technique :

- ♦ Aide à l'élaboration des projets des pôles dans toutes ses composantes humaines et organisationnelles.
- ♦ Mobilisation des équipes pour l'évaluation des pratiques dans le cadre de la démarche qualité.
- ♦ Mise en œuvre de la politique de formation.
- ♦ Participation à l'élaboration des dossiers de demande de moyens humains ou matériels.
- ♦ Aide à l'élaboration des contrats internes entre la direction et les pôles.

La logique de contrat va de pair avec la responsabilisation et l'autonomie des cadres. Elle permet de mobiliser, de faire adhérer et donne du sens aux actions en s'appuyant sur des objectifs partagés.

L'étude réalisée montre que la majorité des CSS pense qu'un contrat est nécessaire entre eux et la direction des soins. Il leur permettra « *d'être au clair* » avec les attentes de leur direction, les objectifs à atteindre et les moyens mis en œuvre pour les aider.

Le contrat permet d'entrer dans une logique contribution-rétribution et de créer une relation de négociation entre le directeur des soins et les cadres selon la démarche suivante :

- ↪ Décliner les objectifs institutionnels en contributions individuelles
- ↪ Elaborer une hypothèse de contrat au cours d'un entretien
- ↪ Engager une négociation autour des objectifs, des délais et des moyens
- ↪ Rédiger un contrat définitif signé par le directeur des soins et le CSS

⁶⁵ Jean-Paul SEGADÉ, Gestions Hospitalières, mai 2002, p.347.

- ↪ Assurer un suivi de la réalisation des contributions et de l'atteinte des objectifs
- ↪ Evaluer les résultats obtenus et le respect des termes du contrat par chacune des deux parties.

Le management contractuel, s'il permet de traiter conjointement l'efficacité organisationnelle et la dimension humaine, suppose une définition claire des missions des acteurs.

3 - CLARIFIER LA FONCTION DE CADRE SUPERIEUR DE POLE : MISSIONS ET POSITIONNEMENT

Les CSS ayant répondu au questionnaire ont tous considéré comme primordial de disposer d'une définition claire et précise de leurs missions au sein des pôles. Dans les établissements ces définitions de fonction existent.

Cependant, l'aspect nouveau de ce mode de fonctionnement doit engager le directeur des soins à être vigilant pour que les missions définies restent en lien concret avec l'activité quotidienne des CSS.

3.1 LA DEFINITION DE FONCTION : UN REFERENTIEL A FAIRE EVOLUER

La définition de fonction constitue un référentiel dans lequel le cadre supérieur de santé doit pouvoir se reconnaître. Il doit être décliné en fonction des particularités de chaque pôle pour devenir un profil de poste.

Les définitions de fonction élaborées dans les établissements, bien que formulées différemment, identifient les axes principaux selon lesquels le CSS agit au sein du pôle :

- ♦ La gestion des ressources humaines
- ♦ Le suivi de la qualité des soins
- ♦ La conception de l'organisation des soins
- ♦ La communication et la gestion de l'information
- ♦ La contribution à la gestion économique.

La définition de fonction prévoit ainsi les zones d'action du CSS en terme de travail prescrit ; ce qui peut être parfois assez éloigné du travail réel accompli.

Le directeur des soins doit avoir conscience de l'espace du travail réel et repérer les dysfonctionnements pour que l'action de ses collaborateurs ne soit pas inhibée par des injonctions paradoxales.

En effet, des glissements de tâches peuvent survenir : ils sont en lien avec la position du CSS, à la fois « soins » et « hors-soins ».

L'absence de cadre administratif au sein du pôle peut conduire le CSS à réaliser des tâches purement administratives et chronophages pouvant l'empêcher de remplir les missions qui lui sont dévolues (plusieurs CSS interrogés ont abordé ce problème).

Le directeur des soins doit, sur la base de la définition de fonction, faire régulièrement le point avec les CSS sur l'écart existant entre le travail prescrit et leur travail réel.

Certains écarts méritent une réactualisation du référentiel pour le mettre en adéquation avec la réalité ; d'autres nécessitent un réajustement autour des missions définies et un renforcement du positionnement du cadre supérieur de santé.

3.2 LE POSITIONNEMENT OU OSER OCCUPER SA PLACE

La question du positionnement est inhérente à la fonction de management ; toute personne en position de direction, d'animation d'un groupe doit se positionner vis-à-vis de ce groupe.

Se positionner, ce n'est pas s'arc-bouter sur un autoritarisme inefficace mais c'est trouver sa place au sein du système en favorisant l'explicite plutôt que l'implicite. Il faut énoncer les règles du jeu et démontrer par ses actes qu'on les respecte.

Le positionnement du cadre supérieur de santé au sein du pôle n'est pas facile puisqu'il doit concilier plusieurs postures :

- ◆ Occuper sa place de « chef » auprès des cadres de santé des unités
- ◆ Se situer en collaborateur direct du coordonnateur médical
- ◆ Etre le relais entre la direction des soins et les pôles

Il est parfois accusé par les équipes « de faire le jeu de la direction » et par les médecins « d'être un administratif ». De plus, dans sa relation avec les cadres de proximité et les chefs de service, il est confronté à des jeux de pouvoir qui lui font courir le risque de prendre des décisions dictées par des réactions affectives.

Le cadre supérieur du pôle a besoin, pour être efficace et épanoui dans sa fonction, d'être soutenu et légitimé par le directeur des soins qui saura créer les conditions favorables au positionnement souhaité.

Des formations continues, ciblées sur le management, peuvent être proposées aux CSS pour les aider à se positionner mais ces formations ne sont pas suffisantes pour opérer un changement en profondeur.

Nous pensons qu'un travail d'analyse des pratiques (ou de coaching) constitue un atout important pour permettre aux CSS de faire face aux difficultés rencontrées.

Le coaching est un accompagnement personnalisé qui, en prenant appui sur une situation rencontrée, permet au cadre de :

- ♦ Prendre conscience de ses représentations
- ♦ Avoir un autre regard sur lui-même et sur les autres
- ♦ Développer un comportement professionnel adapté à ses missions
- ♦ Mobiliser ses ressources et son potentiel pour augmenter ses compétences.

Le directeur des soins, coordonnateur de plusieurs pôles et mis à distance de son rôle hiérarchique, peut avoir avec les CSS, individuellement ou en groupe, ce rôle de coach pour les amener à élaborer des solutions pour agir autrement. Cela suppose une totale confidentialité quant aux situations apportées et le plus de neutralité possible.

Il peut aussi être à l'initiative d'un travail d'analyse des pratiques, au sein de l'équipe de la direction des soins, conduit en partenariat avec un formateur externe.

Ces actions de soutien à l'encadrement supposent que le directeur des soins développe les compétences nécessaires pour exercer ce rôle pédagogique, qu'il mène une réflexion sur son propre positionnement et qu'il fasse la preuve de sa propre capacité à se remettre en question.

CONCLUSION

L'hôpital du 21^{ème} siècle doit évoluer dans ses modes de gestion pour continuer à exister et à répondre aux besoins de santé dans un contexte politique et économique basé sur l'évaluation et sur l'émergence de la concurrence.

Au sein d'un hôpital public qui progresse, évolue, mais est en proie à de multiples questionnements, les équipes dirigeantes en charge des projets d'établissement recherchent de nouvelles modalités d'organisation qui visent à concilier la réponse aux besoins des usagers et la nécessaire implication des professionnels du soin.

L'organisation de l'hôpital en pôles d'activités doit permettre d'harmoniser la prise en charge des patients et d'assurer la continuité et la coordination des soins.

Cette organisation innovante se fixe comme objectif de responsabiliser les professionnels, de les impliquer dans l'acte de gestion et de déplacer le processus décisionnel du sommet vers la base selon le principe de subsidiarité.

Ce changement organisationnel comporte, pour les équipes de direction comme pour les acteurs de terrain, une prise de risques et l'acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles de l'hôpital.

Les rôles se trouvent modifiés, les pouvoirs sont déplacés, la complexité s'accroît et les stratégies managériales doivent évoluer : il faut donc à présent « *changer le management pour manager le changement* ».

Le service de soins participe à cette évolution et, par l'intermédiaire de son encadrement, accompagne ce changement pour le faire vivre au sein des unités de soins.

La fonction de directeur des soins évolue ainsi vers un rôle de coordination, d'expertise et de conseil. Ce rôle est à jouer tant au niveau des pôles qu'auprès de la direction de l'établissement.

L'étude réalisée dans ce mémoire, nous a permis de mener une réflexion sur une mission qui nous paraît essentielle dans notre fonction : permettre aux cadres et à leurs équipes de s'épanouir dans leur fonction, d'optimiser leurs compétences, et de s'engager dans la construction d'un hôpital public performant et attractif.

C'est au sein de l'équipe de direction, comme dans sa relation avec les équipes pluridisciplinaires, que le directeur des soins pourra promouvoir ces valeurs essentielles.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996

Décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

Circulaire DH/ AF/AF n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

OUVRAGES

ABBAD Jean. Organisation et management hospitaliers. Berger-Levrault. Paris. 2001

BERNOUX Philippe. La sociologie des organisations. Seuil, coll. Essais-Points, 1985

CLEMENT Jean-Marie. 1900-2000 : La mutation de l'hôpital. Les études hospitalières. 2001

CLEMENT Jean-Marie. Réflexions pour l'hôpital. Les études hospitalières. Bordeaux. 1998

CREMADEZ Michel, GRATEAU François. Le management stratégique hospitalier. Masson, Paris, 1997.

CROZIER Michel. La société bloquée. Seuil, coll. Essais-Points, 3^{ème} édition, 1994

CROZIER Michel. SERIEYX Hervé. Du management panique à l'entreprise du 21^{ème} siècle. Maxima. 1994.

GENELOT Dominique. Manager dans la complexité. INSEP Éditions. Paris. 1992

GONNET Françoise. L'hôpital en questions(s). Editions Lamarre. Paris. 1992

HEES Marc. Des dieux des héros et des managers, Editions Labor, Bruxelles, 1999.

MORIN Edgar. La complexité humaine, Editions Flammarion, Paris. 1994

NIZARD Georges. L'hôpital en turbulence. Editions Privat. Toulouse. 1994

SEGADE.J.P. La contractualisation à l'hôpital, Editions Masson, Paris, 2000.

ARTICLES DE REVUES

ALTER Norbert. Organisation et innovation : une rencontre conflictuelle. *Sciences Humaines N°20. mars/avril 1998. p.56-59.*

BUDET Jean-Michel. Contractualisation interne : le cadre juridique. *Gestions hospitalières.* Août-septembre 2001. N°167. p. 585-588.

CAUVIN Christian, CREMADEZ Michel. Quelles structures pour les hôpitaux ? *Gestions hospitalières.* Août-septembre 2001. N°167. p. 591-609.

COUTY Edouard. L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé. *Gestions hospitalières.* Mai 2002. P. 315-317

DUBOYS-FRESNEY Catherine. La direction du service de soins infirmiers au 21ème siècle. *Objectif Soins n° 84 mars 2000. Le cahier du management, p. 2-3.*

DUBOYS-FRESNEY Catherine. La direction du service de soins et la place des cadres, *Objectifs Soins. N° 98. août-septembre 2001. Le cahier du management. p. 2-4*

ENRIQUEZ Eugène. Pouvoir et désir dans l'entreprise. *Sciences Humaines. Hors-série n°20, mars-avril 1998. p.30 à 33.*

EYMARD-SIMONIAN Chantal. Projets professionnels et projets de service. *Gestions hospitalières.* Avril 1998 ; p. 279-283

FAUGIER-SEURET Chantal. Encadrer les cadres soignants. *Objectif soins. N°28, décembre 1994. p. 47-49.*

HAGENMULLER. JB. Quelques exemples de gestion déconcentrée à l'étranger. *Gestions hospitalières.* Avril 1999. p.240 à 253

HEES Marc, Changements et résistances. *Perspective soignante n°7. janvier 2000. p. 52-62*

HENRIET Bruno, Nouvelles organisations : pari sur l'autonomie et rôle de la confiance.

Revue Personnel ANDCP n°395. décembre 1998

HERREROS Gilles. Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions hospitalières*. Décembre 1996, p. 752-756.

LOUBAT Jean-René. Le cadre moderne est avant tout un coach. *Management sanitaire et social*. N°7 septembre 2001. p. 21-27

LUCAS Sylvie. Les trois niveaux du management. *Objectif Soins*. N°98-août/septembre 2001. Le cahier du management p. 5-6

MARTINEZ Eric. La contractualisation interne au CH de Béziers. *Techniques Hospitalières*. N° 641-Novembre 1999. p.13-18.

MAURY François. L'hôpital change. *Gestions hospitalières* juin-juillet 1997, p.414-420

PELJAK Dominique. Le management de subsidiarité au service des hôpitaux. *Gestions hospitalières*, juin-juillet 1997, p. 421 à 425.

RAIKOVIC Monique. Les dirigeants hospitaliers et les espaces de liberté de la réforme de 1991. *Décision Santé*, N°169-décembre 2000. p. 19-23.

SEGADE Jean-Paul. L'hôpital contractualisé. *Gestions hospitalières*. Août-septembre 2001. N°167.

SEGADE Jean-Paul. L'expérience de contractualisation interne au CHS de Bron. *Gestions hospitalières*. Mai 2002. p. 345-347.

VALLET Guy. Responsabilités et missions de l'Infirmier général. *Objectifs Soins*. N°28 décembre 1994. pp.42-47

VALLET Guy. L'hôpital citoyen. *D.H. La Revue des directeurs d'hôpitaux*. Mars 1997. p.37-49.

Mémoires

LEDEZ Christophe. Quelle fonction pour l'infirmier général de 2^{ème} classe dans un dispositif en pôles et gestion de proximité, mémoire Infirmier Général, ENSP octobre 2001.

PELJAK Dominique, NICOLAS Christian. L'encadrement infirmier et le management de proximité dans la perspective de l'hôpital européen Georges Pompidou. Mémoire Elève Directeur d'hôpital, ENSP 1996.

PLAN Estelle. Les enjeux organisationnels et managériaux d'un projet de réorganisation interne en pôles par pathologie. Mémoire Elève Directeur d'hôpital, ENSP 2000.

Documents non publiés

Projet d'établissement du CHU de Dijon

Référentiel de gestion de proximité. CHU de Nantes

Conférence de Gilles HERREROS : le courant stratégique, IFCS de Dijon. 1992

Cours de François-Xavier SCHWEYER : sociologie de l'organisation hospitalière. ENSP.
Avril 2002

Cours de droit hospitalier d'Olivier TRANCART, Europe Management. Octobre 2000

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1 : guide d'entretien

Annexe n° 2 : dossier d'enquête

Annexe n° 3 : définition de fonction de cadre supérieur de santé (CHU de Dijon)

Annexe n° 1

Guide d'entretien

1. Quels sont, selon vous, les atouts d'une organisation par pôles dans l'hôpital d'aujourd'hui ?
2. Quels intérêts y voyez-vous pour le fonctionnement de l'établissement ?
3. Quels risques potentiels avez-vous identifié ?
4. Le principe d'une organisation par pôles repose sur une gestion déconcentrée. Comment la concevez-vous et qu'en pensez-vous ?
5. Quelle conception avez-vous de la contractualisation interne ? A quoi peut-elle servir et comment pensez-vous vous y engager ?
6. Comment envisagez-vous les missions de vos collaborateurs dans ce dispositif ?
7. Le rôle des infirmiers généraux, directeurs des soins, vous paraît-il différent et dans quels domaines précisément ?

Annexe n° 2

DOSSIER D'ENQUETE POUR LE MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Nadine JULLIARD-FOURNIER

JUIN 2002

Actuellement Directeur des soins en formation à l'ENSP, ce dossier d'enquête devrait pouvoir me permettre un recueil de données pour valider les hypothèses de recherche que j'ai formulées dans la problématique de mon mémoire.

Le thème de mon mémoire de fin d'étude est le suivant :

La réorganisation de l'hôpital en pôles d'activité, le management de proximité et la gestion déconcentrée.

✓ **Place et rôle du directeur des soins et des cadres supérieurs de santé.**

J'ai fait le choix de m'adresser à vous car votre établissement a mis en place un mode d'organisation basé sur la déconcentration et la gestion de proximité.

Les champs que je souhaite explorer sont les suivants :

- Organisation de la Direction des Soins,
- Place et rôle des directeurs des soins,
- Place et rôles des Cadres Supérieurs de Santé,
- Implication des Cadres supérieurs de santé,
- Identification de leurs zones de responsabilités,
- Existence de contrats d'objectifs entre Direction des Soins et CSS,
- Forces et faiblesses de cette organisation.

Le premier questionnaire est destiné aux directeurs des soins et le second aux cadres supérieurs de santé.

Le temps de réponse à ce dossier est d'environ 45 minutes pour chacun des questionnaires.

Je vous remercie de l'aide que vous m'apporterez pour conduire ma recherche.

Questionnaire destiné aux directeurs des soins (ex IG)
coordonnateurs ou non

Principes organisationnels au sein de votre établissement

1. Quel est le principe adopté par votre établissement et quelle est la dénomination des structures ?

- Pôles
 - Fédérations
 - Départements
 - Cliniques
 - Autre Lequel ?
- ♦ Quel est le nombre de structures dans l'établissement ?
 - ♦ Les directions de sites ont-elles été conservées ?

2. Les services ont-ils été conservés ?

oui non

3. Le fait de conserver les services est selon vous:

- Un frein à la mise en place de ce nouveau mode organisationnel
- Une nécessité pour faire accepter le changement
- Sans impact sur le dispositif

Pourquoi ?

.....
.....
.....

4. Existe-t-il un règlement intérieur type ou un référentiel précisant le mode de fonctionnement et précisant les missions de chacun des acteurs gérant le dispositif ?

oui non

- Si oui, vous est-il possible de m'en adresser un exemplaire ?
- Si oui, ce règlement est-il formalisé sur chacun des pôles ?
oui non

5. Existe-t-il une délégation de gestion de la direction générale vers le pôle ?

oui non

➤ Si oui, comment est-elle mise en place (délégation de signature, contrats d'objectifs, etc.)?

.....
.....
.....
.....
.....

➤ Si oui, dans quels domaines existe t'il une délégation de gestion ?

.....
.....
.....
.....
.....

6. Existe-t-il, au sein des pôles, une mise en commun des moyens ?

➤ Moyens humains mis en commun

oui non

Si oui, comment cette mise en commun est-elle gérée et par qui ?

.....
.....
.....
.....

➤ Moyens matériels mis en commun

oui non

Si oui, comment cette mise en commun est-elle gérée et par qui ?

.....
.....
.....

Organisation de la direction des soins

Merci d'indiquer dans le tableau ci-dessous la composition de l'équipe de votre direction.

	coordonnateur général des soins	directeur des soins	cadre supérieur de santé
Nombre de postes			

7. Le nouveau mode organisationnel de l'établissement a-t-il conduit à modifier l'organisation globale de votre direction ?

oui non

➤ Si non pourquoi et si oui, quelles sont les principales modifications apportées:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Quelles sont les missions et les fonctions des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé dans le cadre de la nouvelle organisation ?

➤ les directeurs des soins

Missions et fonctions	
direction et gestion des soins sur un site	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
coordination de plusieurs pôles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion de dossiers transversaux sur l'ensemble de l'établissement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion de dossiers transversaux sur un site	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion des ressources humaines sur l'ensemble de l'établissement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion des ressources humaines sur un site	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion des ressources humaines sur plusieurs pôles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
placés en position hiérarchique / cadres supérieurs des pôles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Que souhaitez-vous ajouter ?

.....

.....

.....

.....
.....

➤ les cadres supérieurs de santé

Missions et fonctions	
gestion de dossiers transversaux sur l'ensemble de l'établissement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion de dossiers transversaux sur un site	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion de dossiers transversaux sur leur pôle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
chargés du recrutement des personnels non médicaux du pôle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
gestion opérationnelle des personnels non médicaux du pôle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
placés en position hiérarchique / cadres des pôles	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Que souhaitez-vous ajouter ?

.....
.....
.....
.....

9. Pensez-vous que le rôle et la place des directeurs des soins ont changé avec ce nouveau mode d'organisation ?

oui non

Si oui, quels sont les changements les plus importants et comment sont-ils vécus par les directeurs des soins ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Si vous êtes en position de coordonnateur général avez-vous des attentes nouvelles vis à vis des directeurs des soins dans le cadre de cette nouvelle organisation ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

11. Quelles sont les attentes de la direction des soins vis à vis des cadres supérieurs des pôles et sont-elles en accord avec celles de leurs partenaires (médicaux et administratifs) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Avez-vous développé la contractualisation entre la direction des soins et les cadres supérieurs référents des pôles

oui non

Si oui, dans quels domaines avez-vous contractualisé et si non dans quel domaine pensez-vous utile de le faire ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Selon vous les cadres supérieurs ont-ils les compétences requises et une autonomie suffisante pour assumer leur rôle au sein du pôle ?

oui non partiellement

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si vous avez répondu « non » ou « partiellement », que mettez-vous en place pour les aider et les amener à augmenter leurs compétences ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Quels sont selon vous les atouts, les contraintes et les freins de cette nouvelle organisation et en quoi modifie-t-elle le rôle des acteurs et leurs représentations ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Et maintenant, espace d'expression libre... Je vous remercie de vos commentaires et remarques.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Questionnaire destiné aux cadres supérieurs de santé

1. Le nouveau mode d'organisation de l'établissement a-t-il modifié votre rôle au quotidien ?

oui non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Vos missions ont-elles fait l'objet d'une définition de fonction ?

oui non

Si oui avez-vous participé à son élaboration ?

oui non

Si non, cela vous paraît-il nécessaire ?

oui non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

3. Qui considérez-vous comme votre supérieur hiérarchique direct, qui vous évalue, et que souhaitez-vous ajouter sur ce point ?

.....

.....

.....

.....
.....

4. L'organisation actuelle de la direction des soins vous paraît-elle en cohérence avec le projet de gestion par pôle ?

oui non

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Quelles sont vos attentes vis à vis du (des) directeur(s) des soins ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Vos attentes sont-elles modifiées par la nouvelle organisation ?

oui non

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Pensez-vous qu'un contrat d'objectifs est utile entre la direction des soins et vous ?

oui non
Pourquoi ?

.....
.....

Si oui, dans quel domaine, pensez-vous qu'il soit utile de contractualiser ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Votre rôle est-il suffisamment identifié (et clarifié) par rapport à celui du responsable médical et du cadre administratif (ou du directeur délégué) ?

oui non
Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Quelle est votre zone d'autonomie par rapport au coordonnateur médical ?

.....
.....
.....

10. Pensez-vous que votre fonction est davantage reconnue dans cette nouvelle organisation ?

oui non
Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

11. Votre rôle auprès des cadres de proximité se trouve-t-il modifié ?

oui non
Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

12. Pensez-vous que des compétences vous manquent pour l'exercice de votre fonction et si oui lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....

13. Quels sont selon vous les atouts, les contraintes et les freins de cette nouvelle organisation et en quoi modifie-t-elle le rôle des acteurs et leurs représentations ?

Annexe n° 3

<p style="text-align: center;">DÉFINITION DE LA FONCTION DE CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ DE PÔLE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON.</p>

- DÉNOMINATION DE LA FONCTION

Cadre supérieur de santé (filiale infirmière).

- CONTEXTE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

Le cadre supérieur de santé infirmier exerce ses activités au sein :

- d'un pôle médical, en relation avec le coordonnateur médical, le coordonnateur adjoint et le directeur délégué
- de la Direction du Service de Soins Infirmiers, en relation avec les infirmiers généraux et les autres cadres supérieurs de santé

- Les intervenants au sein du pôle

➤ Coordination du pôle :

- Coordonnateur médical :
- Coordonnateur adjoint :
- Directeur Délégué auprès du Pôle :

➤ Personnel médical :

- Chefs de service :
- Praticiens hospitaliers.
- Assistants chefs de clinique.
- Médecins vacataires.
- Internes.
- Sages-femmes.

➤ Personnel paramédical (en équivalent temps plein):

- Cadres infirmiers:
- Infirmiers :
- Aides-soignants et agents des Services Hospitaliers

- MISSIONS PRINCIPALES DE LA FONCTION

Le Cadre supérieur de santé contribue activement à la mise en place des objectifs institutionnels définis dans le Projet d'Etablissement et notamment ceux qui touchent au Projet de Soins Infirmiers.

- Dans le pôle où il exerce, il participe à l'élaboration du projet de pôle en étroite collaboration avec le coordonnateur médical et le Directeur délégué et permet sa réalisation avec l'ensemble des acteurs du pôle.
- Au sein de la DSSI, il contribue à la définition d'une politique de soins et de management du service de soins infirmiers. Il constitue le relais de cette politique au sein du pôle.

- DOMAINES D'ACTIVITES

- La conception de l'organisation des soins ; le suivi, le contrôle et l'évaluation de l'activité ; la prospective :

- il participe à la conduite du projet de pôle (copilotage avec le coordonnateur et le Directeur délégué)
- il met en place des outils d'évaluation validés dans l'établissement dans chaque domaine d'activité et s'assure de leur application
- il contrôle l'adéquation entre la charge de travail et les effectifs
- il contrôle la coordination des prestations de l'équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge du malade
- il met en place des conditions permettant le respect des pratiques conformes aux règles professionnelles et à l'éthique
- En lien avec les chefs de service, il est responsable de la sécurité des patients et des personnels
- il participe à la démarche d'amélioration continue de la qualité en lien avec le responsable Assurance Qualité et les Référents Qualité du pôle
- il propose en accord avec le coordonnateur, des modifications d'organisation au sein du pôle
- il anticipe et accompagne les nouvelles orientations d'activités
- il suit et contrôle l'activité à l'aide de différents indicateurs internes et institutionnels

- La gestion des ressources humaines

- il anime l'équipe des cadres du pôle
- il analyse les besoins et propose l'adéquation besoins et moyens humains
- il négocie l'attribution des ressources humaines dans les unités (remplacements ponctuels, créations de postes...) et favorise la mobilité
- il participe à l'élaboration du plan de formation du pôle
- il évalue les compétences des cadres de proximité et analyse leurs besoins à partir des projets personnels et professionnels (en concordance avec le projet de pôle)
- il reconnaît et valorise les potentiels humains dans le cadre d'une politique d'évaluation
- il participe au recrutement des personnels
- il gère l'inadaptation à l'emploi en lien avec les médecins du travail, la DRH et la DSSI
- il veille au respect et à l'amélioration des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité, en collaboration avec les cadres de proximité et en étroite collaboration avec les instances concernées
- il assure l'arbitrage entre les cadres infirmiers du pôle dans la gestion des ressources humaines.

Pour l'ensemble des activités liées à la GRH, il travaille également en collaboration avec l'Infirmier général chargé de la coordination inter polaire.

- L'élaboration et le contrôle de la gestion économique et financière du pôle

- il participe en collaboration avec le coordonnateur médical et le Directeur délégué au suivi et au contrôle du budget du pôle
- il est responsable de la gestion des stocks (consommables, matériels...) avec délégation aux cadres de proximité
- il participe aux choix des équipements, à la priorisation en lien avec le cadre supérieur de santé attaché aux services économiques, les cadres de proximité et le cas échéant, le service d'hygiène.

- La communication, les relations intra et extrahospitalières, la formation, la recherche

- il reçoit, gère et diffuse les informations
- il favorise la création et/ou le développement des réseaux
- il participe aux instances consultatives du pôle
- il participe à l'élaboration du rapport d'activité du pôle

- il est en relation avec les unités fonctionnelles du pôle, les autres secteurs d'activité de l'établissement, la direction, les services extrahospitaliers, les usagers et les instituts de formations
- il participe, initie et/ou anime des groupes de travail multidisciplinaires au sein de l'établissement
- dans le domaine de la recherche, il suscite et valorise des actions et des travaux de recherche en lien avec la Direction de la Qualité, incite le personnel à y participer et assure des fonctions de conseil, d'expertise, d'évaluation et de recherche
- il participe aux réflexions et aux travaux initiés par la DSSI.

- LIAISONS HIERARCHIQUES

Le Directeur du Service de Soins Infirmiers

Les infirmiers généraux

- LIAISONS FONCTIONNELLES

Le coordonnateur et le coordonnateur adjoint du pôle

Le Directeur délégué auprès du pôle

Les cadres supérieurs de santé

Les responsables de services

- EXIGENCES DU POSTE

- Statut, diplôme

Etre titulaire du certificat de cadre infirmier ou diplôme de cadre de santé

Etre titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste pour le pôle « anesthésie-réanimation chirurgicale-urgences »

Etre titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire pour l'encadrement des blocs opératoires et des stérilisations centrales

Etre titulaire du diplôme d'Etat d'infirmier puériculteur pour le pôle « mère-enfant »

- Expérience

Expérience diversifiée requise dont au moins une expérience d'encadrement d'une équipe soignante

- Pré requis souhaités

Formation en lien avec la fonction d'encadrement, qu'elle soit universitaire ou non.

Engagement dans les projets institutionnels ou au sein d'une instance.

- APTITUDES REQUISES OU A DEVELOPPER

- Dans le domaine du savoir

Connaissances en matière de législation professionnelle et hospitalière

Connaissance des spécialités du pôle, à acquérir ou à développer

Connaissances sur les grands principes de management, sur l'évolution de la politique de santé et les nouvelles missions de l'hôpital.

Connaissance de l'institution

Connaissance en matière de politique qualité et de gestion des risques

- Dans le domaine du savoir-faire

Aptitudes à l'animation d'équipe et à la conduite de projet

Aptitudes à élaborer des tableaux de bord, des outils de suivi d'activité, des indicateurs

Capacité à travailler au sein des projets institutionnels

Capacité à gérer la complexité

Capacités d'analyse et de synthèse

- Dans le domaine du savoir être

Qualités d'encadrement :

- sens de l'autorité
- tempérament de meneur
- sens de la négociation
- sens des responsabilités
- sens de l'exemplarité
- impartialité
- capacité d'écoute
- respect d'autrui
- force de conviction (savoir argumenter)

- diplomatie / souplesse d'esprit
- sens de l'organisation et des priorités
- sens du travail en partenariat / autonomie
- savoir représenter la fonction

Qualités personnelles

- maîtrise de soi
- curiosité intellectuelle / ouverture d'esprit
- créativité
- positif
- disponibilité
- engagement professionnel
- capacités d'adaptation
- rigueur
- persévérance
- efficacité / dynamisme
- honnêteté intellectuelle
- esprit critique
- discrétion

- EVOLUTIVITE DU POSTE DANS L'INSTITUTION

La fonction de cadre supérieur de santé devra s'adapter à l'évolution des pôles et de l'organisation de l'établissement.

Rédaction	Nadine FOURNIER, CIS FF d'IG Marie-France NICOLAS, CIS Christine MORISOT, CIS Henri ANTHONY-GERROLDT, DSSI	
Date	Mai 2001	
Validation	Daniel MARIE, Directeur Général Henri ANTHONY-GERROLDT, DSSI	
Validité	Décembre 2001, date de mise en place des pôles	

Références bibliographiques

Lettre circulaire DH n° 000030 du 20 février 1990 relative aux missions et rôles des surveillants et surveillants-chefs hospitaliers.

Responsabilité des cadres et évaluation des performances : commencer par les profils de poste. Cahier de Gestions hospitalières n° 159. Février 2000, pages 128 à 131.

Cadre supérieur hospitalier, métier et position. Soins Cadres n° 35 (dossier : être cadre en l'an 2000, approches pratiques), 3^{ème} trimestre 2000, pages 21 à 24.