



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**LA COMMUNAUTE MEDICALE ET LE  
DIRECTEUR DES SOINS, UNE  
COLLABORATION INDISPENSABLE AU  
SERVICE DU PATIENT**

---

**Christiane CORALIE**

---

# Remerciements

---

Quelques mots pour remercier...

Toutes les personnes qui m'ont accompagnée et soutenue avant et pendant la formation.

Mon tuteur de positionnement et mes maîtres de stage qui m'ont fait partager leurs connaissances et m'ont permis de cheminer vers ce nouveau métier.

Les professionnels interviewés qui m'ont consacré du temps pour la réalisation de ce travail.

Un merci particulier à Guilène, Anne, et Isabelle, pour l'authenticité de nos échanges et l'amitié construite tout au long de notre formation et à l'avenir.

Aux collègues de la promotion, avec qui j'ai eu le plaisir de partager des moments conviviaux.

Un immense merci à mon mari pour son soutien indéfectible et sa confiance sans cesse renouvelée.

Et à mes enfants pour leurs encouragements.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 DES REFORMES : DE NOUVEAUX MODES DE FONCTIONNEMENT.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 NOUVELLE GOUVERNANCE ET LOI HPST : UN CHANGEMENT DE PARADIGME .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Une nouvelle organisation : les pôles d'activités.....	6
1.1.2 Les outils de la gouvernance .....	7
1.1.3 Les nouveaux acteurs .....	8
<b>1.2 UNE REDEFINITION DES FONCTIONS : DES CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS MANAGERIALES .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Le rôle des directeurs d'établissement.....	9
1.2.2 Le rôle du Président de CME et des chefs de pôle.....	10
1.2.3 Le rôle des directeurs des soins .....	12
<b>1.3 VERS UN MANAGEMENT DIFFERENT ?.....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Une redistribution du pouvoir.....	15
1.3.2 La collaboration, un axe privilégié.....	17
1.3.3 Le positionnement du directeur des soins .....	19
<b>2 LES RELATIONS ENTRE LA COMMUNAUTÉ MEDICALE ET LE DIRECTEUR DES SOINS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 A LA RENCONTRE DES ACTEURS SUR LE TERRAIN.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 Le choix de la démarche .....	22
2.1.2 Le choix des établissements.....	23
2.1.3 La population choisie .....	24
2.1.4 Les limites de l'enquête .....	24
<b>2.2 RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES .....</b>	<b>24</b>
2.2.1 Les changements perçus depuis la nouvelle gouvernance.....	24
2.2.2 L'expression de la collaboration.....	31
2.2.3 Les attentes vis à vis de la profession de directeur des soins.....	35
2.2.4 Les enjeux de ce fonctionnement pour le directeur des soins.....	38
2.2.5 Vérification des hypothèses .....	42
<b>3 PROFESSIONALISER LA COLLABORATION ENTRE COMMUNAUTÉ MÉDICALE ET DIRECTION DES SOINS.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 UNE COLLABORATION À FAIRE VIVRE .....</b>	<b>43</b>
3.1.1 Dans l'accompagnement .....	44

3.1.2	Par des moments d'échanges.....	45
3.1.3	Dans une dynamique de projets.....	45
<b>3.2</b>	<b>UN POSITIONNEMENT AU SEIN DE L'INSTITUTION .....</b>	<b>48</b>
3.2.1	Par un positionnement de manager au sein de l'équipe de direction.....	48
3.2.2	Par des visites sur le terrain.....	49
3.2.3	Par l'élaboration d'un schéma d'encadrement.....	50
3.2.4	Par le développement de la communication et de l'information.....	51
<b>3.3</b>	<b>UNE CULTURE A PARTAGER AU PROFIT DU PATIENT.....</b>	<b>51</b>
3.3.1	Une réflexion commune sur le parcours patient.....	52
3.3.2	Un plan de formation partagé.....	52
3.3.3	Le développement de la recherche en soins : Un partenariat à construire.....	53
	<b>Conclusion.....</b>	<b>54</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>56</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe 1 :.....</b>	<b>II</b>
	<b>Annexe 2 :.....</b>	<b>III</b>
	<b>Annexe 3 :.....</b>	<b>IV</b>
	<b>Annexe 4 :.....</b>	<b>V</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>CAP</b>	Cadre Administratif de Pôle
<b>CGS</b>	Coordonnateur Général des Soins
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CPP</b>	Cadre Paramédical de Pôle
<b>CSIRMT</b>	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
<b>DH</b>	Directeur d'Hôpital
<b>DS</b>	Directeur des Soins
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
<b>PCME</b>	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
<b>PCSIRMT</b>	Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

## Introduction

L'hôpital vit depuis ces dix dernières années de grands bouleversements tant dans son financement que dans ses organisations. La nouvelle gouvernance de notre système de santé, concrétisée par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>1</sup> puis confortée par la loi du 21 juillet 2009<sup>2</sup> portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST, devient une véritable révolution hospitalière.

Mais c'est notamment, la mise en place des pôles d'activités avec à leur tête un chef de pôle appartenant au corps médical et un cadre paramédical de pôle, qui a modifié l'architecture hospitalière. En effet, ces nouveaux acteurs se sont vus confier des missions qui auparavant étaient dévolues aux directions fonctionnelles dont la direction des soins, l'obligeant à adapter son management aux évolutions, aux modifications des lignes hiérarchiques, aux pouvoirs et aux missions.

Ainsi, la configuration en pôle d'activités confirmée par la loi HPST introduit des missions et des responsabilités confiées aux chefs de pôle qui nécessitent une évolution de leur rôle. Ils sont médecins, et doivent devenir des managers et des gestionnaires.

Les réformes successives de notre système hospitalier ont modifié le positionnement des médecins et du directeur des soins dans nos établissements. Eloignée jusqu'alors des questions budgétaires, souvent en confrontation avec le pouvoir administratif, la communauté médicale<sup>3</sup> réclamait quand même une légitimité à intervenir dans les décisions. La loi HPST en les impliquant dans les décisions stratégiques et politiques des établissements, a voulu inverser la tendance, les faisant passer d'une logique de moyens à une logique de résultat en introduisant la contractualisation.

Quant au cadre paramédical de pôle, il s'est vu confier la gestion et la répartition des personnels non médicaux en concertation avec le Chef de pôle.

Dans ce nouveau schéma organisationnel, les missions autrefois confiées à la direction des soins se voient modifiées. Or, dans le même temps, la place et le rôle des directeurs des soins ont été affirmés par Décret du 29 septembre 2010<sup>4</sup>, lui reconnaissant de fait un positionnement stratégique et politique dans les organisations, notamment dans les instances telles que le directoire. Une place légitimée que le directeur des soins doit

---

<sup>1</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>2</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)

<sup>3</sup> Par communauté médicale : lire partout, le président de CME et les chefs de pôle

<sup>4</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

investir pleinement dans une instance où la représentation médicale est forte. C'est donc, l'affichage d'une collaboration régie par des textes réglementaires qu'il faut faire vivre au quotidien.

Aujourd'hui, le directeur des soins est à l'interface entre trois mondes, le monde médical, le monde gestionnaire, et le monde soignant. Il s'agit ici d'identifier les leviers pour comprendre comment ces trois mondes travaillent ensemble. Le directeur des soins par son positionnement pourrait être l'élément de communication entre le directeur général, les médecins et les paramédicaux au service du patient. Cela impose néanmoins une acculturation réciproque et une adaptation du management qui n'est plus uniquement sur un modèle hiérarchique mais transversal.

Au-delà de ces réformes, c'est un véritable changement culturel qui s'opère pour les médecins et les directeurs des soins qui se trouvent concernés de manière différente mais interdépendante. Les enjeux sont effectivement communs puisque les objectifs sont dirigés vers la qualité et la sécurité des soins, vers des prises en charge efficaces, et vers l'obtention de la satisfaction du patient. L'efficacité de nos organisations repose sur leur pilotage et la mise à disposition des compétences adéquates, au bon endroit, pour le bon patient et au moindre coût. C'est cette réflexion que doit conduire le DS en partenariat avec la communauté médicale.

Ainsi, à l'heure où la loi HPST invite la communauté hospitalière à être moins hospitalo-centrée, et à s'inscrire dans une offre territoriale de soins, ce nouveau fonctionnement interne devient une opportunité.

Dès lors, comment passer d'une communication cloisonnée à une intelligence collective ? Comment le directeur des soins peut-il investir ce rôle d'interface ?

En effet, il s'avère essentiel pour un pilotage institutionnel optimal, que la collaboration entre le directeur, le directeur des soins, le président de la commission médicale d'établissement et les pôles d'activités soit efficace et basée sur de nouveaux types de relations. Il s'agit alors pour le directeur des soins, dans ce nouveau contexte, d'accompagner le changement et d'adapter son management dans le respect des prérogatives de chacun. Car, la collaboration entre partenaires chargés de l'organisation des soins est aussi devenue un axe majeur pour répondre aux défis qui s'imposent à tous, pour permettre une prise en charge holistique du patient dans l'hôpital mais aussi en assurer la continuité des soins hors « les murs ».

Dès lors, il apparaît, comme le démontrent les différents rapports et bilans de l'organisation des établissements en pôles d'activités<sup>5</sup>, qu'il existe des marges de progression pour que chacun s'approprie même si les volontés d'y parvenir sont réelles. « Un des enjeux de l'hôpital est de coordonner les professionnels pour atteindre cet objectif premier qui est de soigner le malade. Mais cette coordination est d'autant plus difficile que les rationalités et les logiques d'acteurs peuvent être contradictoires »<sup>6</sup>.

Le directeur des soins et les médecins sont, par leur profession et leur histoire commune, habitués à travailler ensemble et à se côtoyer, mais dans le cadre de la nouvelle gouvernance, ils doivent ajuster leurs périmètres d'actions.

Cette organisation en pôles d'activités où intervient un nouvel acteur, le cadre paramédical de pôle, nous permet d'interroger le positionnement du directeur de soins face à la communauté médicale. En effet, de notre point de vue, la dynamique instaurée dans un établissement de santé dépend en grande partie du type de relation, de collaboration et des interactions développées entre le directeur des soins, le cadre paramédical de pôle et la communauté médicale pour le bon fonctionnement des pôles et de l'institution. Cependant, même si le cadre est posé, il n'en demeure pas moins que les ajustements au quotidien sont la règle.

Il s'agit donc pour nous de comprendre dans un premier temps, comment la nouvelle gouvernance est venue modifier la place du directeur des soins (DS) et dans un deuxième temps, d'interroger ces modifications dans les rapports du DS avec la communauté médicale. C'est tout le jeu des acteurs en présence que nous étudierons à travers le prisme des relations de pouvoir.

La mise en place des pôles entraîne des modifications dans les lignes managériales et nous amène à nous poser la question de départ suivante :

**« En quoi le positionnement et les relations du directeur des soins vis-à-vis de la communauté médicale influent sur l'organisation interne de l'établissement » ?**

Pour cheminer et conduire ce travail de recherche, nous nous appuyons sur un questionnaire qui va servir de socle à notre travail d'enquête.

---

<sup>5</sup> DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., MARTINEAU F., MÜLLER C., Mars 2014, « *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, Rapport des conférences hospitalières », 32 p.

ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., Février 2010, « *Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé* », Rapport IGAS, 124 p.

<sup>6</sup> SCHWEYER F-X., « *L'infirmière qui devient « Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics* » in La compétence en question, Ecole, Insertion, Travail, P.MERLE (dir.), Rennes, PUR, 1993, p.137

Pour cela nous formulerons plusieurs hypothèses:

- Les relations que le directeur des soins entretient avec l'encadrement influencent la collaboration avec la communauté médicale.
- Les domaines de travail partagé et les temps d'échanges entre la communauté médicale et le directeur des soins favorisent la collaboration.
- La capacité du directeur des soins à se positionner, participe à la construction d'une relation efficace avec la communauté médicale.

Afin de comprendre les évolutions du positionnement et des relations entre ces acteurs à l'hôpital, nous ferons dans une première partie, une analyse du contexte des réformes, pour nous consacrer ensuite aux impacts majeurs de celles-ci sur les différents corps professionnels, notamment dans la modification des lignes managériales.

Notre seconde partie sera consacrée à l'analyse des entretiens menés auprès du corps médical, des directeurs d'établissement, des directeurs de soins, et des cadres de pôles, dans le but de saisir les changements opérés en matière de management et le positionnement attendu du directeur des soins depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Et enfin, l'analyse de ces propos, nous permettra dans une troisième partie de dégager des pistes de réflexions et des préconisations pour une collaboration efficace directeur des soins et communauté médicale dans notre exercice futur.

# 1 DES REFORMES : DE NOUVEAUX MODES DE FONCTIONNEMENT

La première partie de notre travail s'attache à poser le cadre de la nouvelle gouvernance, pour décrypter ensuite les modifications qu'elle institue dans les organisations et les relations avec notamment l'apparition de nouveaux acteurs. L'éclairage sociologique nous conduira ensuite à comprendre les jeux des acteurs en présence.

## 1.1 NOUVELLE GOUVERNANCE ET LOI HPST : UN CHANGEMENT DE PARADIGME

L'hôpital a depuis sa création été le théâtre de profondes mutations. Le développement des techniques médicales ainsi que la diminution des ressources a obligé les pouvoirs publics à réagir avec la mise en œuvre du Plan hôpital 2007.

Parmi les mesures annoncées le 4 septembre 2003<sup>7</sup> dans l'ordonnance portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé figurait la réforme de la gestion interne des hôpitaux, un nouveau régime budgétaire et comptable, une culture du résultat et de la qualité, et la contractualisation.

Les objectifs étant bien évidemment de maîtriser les dépenses, d'améliorer la concertation avec les médecins dans les décisions stratégiques et de mettre en place une nouvelle organisation interne avec la création des pôles d'activité. Cette nouvelle organisation polaire a été confirmée par la loi HPST, qui néanmoins a souhaité laisser toute latitude aux établissements pour les organiser en interne.

Dans ce contexte financier contraint qui impose de nouveaux modes de tarification et une recherche d'une organisation efficiente. L'implication des médecins dans la gestion financière des établissements avait pour but d'inverser la tendance, en passant d'une gestion centralisée à une gestion partagée.

Ainsi, selon Jean-Marie CLEMENT « L'idée des pouvoirs publics est de susciter une prise de conscience « gestionnaire » parmi les directeurs et médecins hospitaliers »<sup>8</sup>

Cette volonté de moderniser la gestion des établissements s'est concrétisée par l'ordonnance du 02 mai 2005 qui a posé comme principe une gestion responsabilisée des ressources en installant au conseil exécutif autant d'administratifs représentés par

---

<sup>7</sup> SAFON M-O., Pôle documentation de l'Irdes, <http://WWW.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriquesReformesHospitalieres.pdf>, p.13

<sup>8</sup> CLEMENT J-M., 2007, *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, Editions : Les études hospitalières, p. 83

l'équipe de direction que de membres de la communauté médicale. Le principe de gouvernance s'entend donc ici comme la responsabilisation des acteurs dans l'utilisation des ressources. Mais c'est aussi, le principe de subsidiarité avec une prise de décision au plus proche du terrain qui a prévalu.

Cette organisation confirmée par la loi HPST, renforce les pôles et le rôle des chefs de pôles à travers la contractualisation interne et les délégations de gestion<sup>9</sup>.

Ce changement de logique entraîne indubitablement une nouvelle organisation avec de nouveaux outils.

### **1.1.1 Une nouvelle organisation : les pôles d'activités**

Ainsi, les pôles d'activités sont désormais l'organisation de référence des établissements de santé. Constitués de services ou d'unités fonctionnelles ayant des activités communes ou complémentaires, cette nouvelle organisation avait pour but de décloisonner les services, d'optimiser les ressources au bénéfice du patient, dans une logique de responsabilisation des acteurs. La disparition des services était programmée au profit des pôles, mais aujourd'hui force est de constater que les habitudes persistent puisque dans de nombreux établissements, les deux configurations cohabitent.

A l'heure actuelle, la plupart des pôles n'ont plus la configuration de départ. En effet, plusieurs logiques avaient présidé à leur constitution, une logique d'organe, une logique de filière, une logique d'affinités de personnes. Aussi certains ajustements ont dû être apportés pour répondre à l'objectif poursuivi d'une prise en charge coordonnée et efficiente du patient. Cependant, ce changement culturel profond dans l'organisation hospitalière bouscule, car «la structure très particulière de l'hôpital, qualifiée de bureaucratie professionnelle» par Henry Mintzberg, s'est construite autour du service<sup>10</sup>. Obligation est donc faite aux services dirigés par des chefs de service de travailler dans une plus grande complémentarité et d'avoir un esprit collectif. Et dans le même temps d'accepter, de devoir rendre compte de leur activité à leur pair, le chef de pôle. C'est donc un impact fort tant sur les organisations que sur les relations qui s'observent aujourd'hui.

Pour parfaire et impliquer plus avant les acteurs, le législateur a mis en place des dispositifs qui engagent, comme le contrat de pôle et les délégations de gestion.

---

<sup>9</sup> Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011 les résultats, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (secteur Santé), p.2

<sup>10</sup> NOBRE T., LAMBERT P., 2012, *Le management de pôles à l'hôpital*, Editions DUNOD, p.84

Ces derniers sont les outils privilégiés de la nouvelle gouvernance que nous nous devons aborder et expliciter dans notre réflexion.

### **1.1.2 Les outils de la gouvernance**

Conformément à l'art. R61.46-8.,<sup>11</sup> le contrat de pôle est conclu entre le chef de pôle et la direction. Il est le socle du projet de pôle, partagé avec les équipes, qui s'inscrit dans le projet d'établissement. Le contrat de pôle est un outil qui engage puisqu'il définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins assignés, au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Ainsi, selon Dominique PELJAC « Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le PCME, d'une part, et chaque responsable de pôle d'autre part, définit les objectifs d'activité, de qualité, et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion... »<sup>12</sup>. Une révision annuelle du contrat sous forme d'avenant permet un ajustement des objectifs en rapport avec l'évolution du pôle. Le contrat définit également le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle par le directeur, lui permettant d'engager des dépenses. Ainsi le pôle prend part aux décisions et rend compte au directeur.

Tout comme le contrat, la délégation de gestion a un cadre réglementaire défini. Elle est donnée par le directeur de l'établissement, qui décide de son contenu. Elle implique une déconcentration des pouvoirs pour des décisions au plus près du terrain, ce qui représente un vrai changement de paradigme. Cette évolution est marquée par la notion de coresponsabilité. En effet le chef de pôle engage sa responsabilité mais aussi celle du directeur dans ses décisions.

Aussi, même si dans certains établissements elle reste encore trop peu utilisée, comme l'ont signalé ZEGGAR, VALLET et TERCERIE, « Depuis leur mise en place, faute de délégation de gestion et de moyens, les pôles assurent davantage un pilotage médico-soignant de portée limitée qu'un véritable pilotage médico-économique »<sup>13</sup> Il est important dans le contexte actuel de regroupement, de fusion, de communauté hospitalière de territoire que les directions d'établissement s'affranchissent de la gestion de proximité, pour se centrer sur la stratégie.

La voie contractuelle se substitue à l'unique voie hiérarchique en se fondant sur la responsabilisation par une logique de résultats nécessitant des compétences spécifiques.

---

<sup>11</sup> Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique et médico-technique.

<sup>12</sup> PELJAC D., 2007, « *La gestion de pôle à l'hôpital* », Edition Les Etudes Hospitalières, p. 59

<sup>13</sup> ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., 2010, *Les cahiers hospitaliers*, n°270, *Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion*, p.22

Le renforcement des mesures mises en place, les pôles d'activités médicales ou médico-techniques comme référence pour une gestion déconcentrée, la modification des instances sont le nouveau paysage de nos institutions.

Ces mesures revisitent le positionnement des acteurs en présence qui ne sont plus dans une relation de subordination mais bien dans une relation de collaboration nourrie par une intelligence collective. Selon Pierre LEVY l'intelligence collective est « une intelligence partout distribuée, sans cesse valorisée, coordonnée en temps réel, qui aboutit à une mobilisation effective des compétences »<sup>14</sup>

Nous ne pouvons donc continuer à explorer le sujet qui nous préoccupe ici sans nous intéresser aux nouveaux acteurs impliqués.

### **1.1.3 Les nouveaux acteurs**

Cette organisation déconcentrée a instauré des acteurs aux responsabilités élargies. A la tête des pôles, un chef nommé par le directeur sur proposition du président de la CME, qui s'engagera par contrat à réaliser les objectifs assignés au pôle.

Toutefois, la loi HPST a aussi souhaité conforter le chef de pôle dans ses responsabilités, ainsi selon, le décret n°2010-656 du 11 juin 2010<sup>15</sup> « le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle...». Ses missions lui permettent aussi de choisir ses collaborateurs dont il propose la nomination au directeur de l'établissement. Avec ces attributions, il devient ainsi un véritable manager.

En fait, bien que la loi HPST responsabilise les acteurs, les modalités de cette délégation sont encadrées dans le contrat de pôle avec des objectifs fixés. De même le projet de pôle s'accorde avec le projet d'établissement et en conséquence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, et ce même si le chef de pôle peut lui donner une coloration plus individuelle. De plus, pour être en parfaite cohérence avec la politique institutionnelle, il doit aussi s'intégrer dans le projet régional de santé.

Parmi ses collaborateurs, le cadre paramédical de pôle, choisi et nommé sur proposition du chef de pôle, est à son tour responsable sous son autorité, du fonctionnement de

---

<sup>14</sup> LEVY P., [www.portail-ie.fr/lexiques/read/51](http://www.portail-ie.fr/lexiques/read/51)

<sup>15</sup> Décret n°2010-656 du 11 Juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

l'organisation des soins et de la gestion des ressources humaines du pôle. Le cadre de pôle participe ainsi à la répartition des ressources entre les services suivant leur activité et organise le suivi des objectifs assignés au pôle. L'analyse fine du pôle, opérée en collaboration avec le cadre administratif de pôle lui permet d'être proactif. Dans ce schéma, le cadre de pôle est légitimé par le chef de pôle puisque c'est lui qui le positionne, et auquel il est redevable, pour toutes les décisions. Cependant, le directeur détenant le pouvoir de nomination est le seul à avoir une autorité hiérarchique sur tout le personnel, et le seul par conséquent à pouvoir déléguer celle-ci au chef de pôle pour une véritable gestion déconcentrée, ou la confier au directeur des soins. Dans ce nouveau positionnement, le cadre de pôle détient une responsabilité directe dans les prises de décisions au niveau du pôle.

Le cadre administratif de pôle est dans la même configuration, que le cadre paramédical de pôle. Son rôle et ses missions sont essentiellement d'assister le chef de pôle dans la gestion et le pilotage médico-économique du pôle en lien avec le CPP. « Ses activités peuvent être différentes selon le périmètre de délégations des pôles, leur degré de structuration et aussi la mise en place plus ou moins aboutie des outils de gestion et d'analyse médico-économique »<sup>16</sup>.

Ces nouveaux acteurs et leurs fonctions modifient de facto les relations managériales.

## **1.2 UNE REDEFINITION DES FONCTIONS : DES CHANGEMENTS DANS LES RELATIONS MANAGERIALES**

La spécificité de l'hôpital est d'être une organisation professionnelle où se côtoient des acteurs aux identités fortes qui ont évolué dans les responsabilités. Ces changements ont connu ces dernières décennies une accélération sans précédent qui induit de nouveaux concepts relationnels. Pour autant, « Il s'agit de faire évoluer les cultures professionnelles des uns et autres pour partager l'objectif central de la réforme : assurer à tous les patients des soins permanents de qualité »<sup>17</sup>. C'est le rôle de ces acteurs que nous allons suivre dans leurs évolutions.

### **1.2.1 Le rôle des directeurs d'établissement**

Les différentes réformes qui ont émaillé l'histoire hospitalière ont progressivement consacré la fonction de directeur d'hôpital dans une fonction et un rôle qui s'est élargit. Mais c'est la loi HPST qui a renforcé son rôle en tant que président du directoire, puisqu'il

---

<sup>16</sup> DHOS- Observatoire National de l'emploi et des métiers de FPH, p.2

<sup>17</sup> FOURCADE J-P., Juillet 2011, « *Evolution de la réforme de la gouvernance dans les établissements de santé* », Rapport au Parlement, p. 41

met en œuvre le projet d'établissement, fixe l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et conduit la politique générale de l'établissement. C'est donc au sein d'instances renouvelées qu'il décide de l'organisation interne de l'établissement. Et à ce titre, il est doté de nouvelles compétences en matière de gestion du personnel, avec un pouvoir de nomination pour ses collaborateurs directeurs ainsi que pour les personnels médicaux. Il dispose aujourd'hui, d'une compétence étendue et de la capacité de décision finale, comme l'a souhaité le Président Nicolas SARKOSY, quand il a déclaré vouloir un « patron » à l'hôpital. Ainsi, il assure la conduite générale de l'établissement dont il a la charge et à ce titre selon l'article L.6143-7 de code de la santé publique, « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé...», mais surtout en tant que directeur de l'établissement « il est ordonnateur des dépenses et des recettes, il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret <sup>18</sup>».

Ainsi comme stipulé dans l'ouvrage collectif sur la profession « La fonction de directeur d'hôpital a évolué avec l'hôpital lui même : le directeur économe intendant de l'hôpital-hospice est devenu, avec l'avancée rapide des progrès scientifiques et techniques et l'explosion des coûts, un manager d'établissement de santé, gérant des activités médicales de plus en plus complexes, des budgets très importants. Il est aujourd'hui un acteur majeur du système de santé. »<sup>19</sup>.

Au regard de ses nombreuses responsabilités, le défi que le directeur d'établissement doit relever est d'inscrire sa politique managériale dans une nouvelle direction conforme aux orientations de la gouvernance interne des établissements. En effet, pour conserver et alimenter sa dimension politique et stratégique, il doit décentrer certains de ses pouvoirs vers les pôles via des délégations de gestion, tout en donnant le cap et des directives pour garder une cohésion institutionnelle. L'organisation en pôles d'activités, structures de référence est une obligation pour tous les établissements. Travailler en partenariat avec les chefs de pôles, interlocuteurs directs de la réalité du terrain devient un exercice imposé pour la bonne marche de l'institution.

### **1.2.2 Le rôle du Président de CME et des chefs de pôle**

Essentiellement tourné vers leur art, les médecins ont contribué à l'essor d'une médecine moderne avec des technologies toujours plus avant-gardistes mais coûteuses. Pour tenter de rompre avec cette spirale inflationniste des soins, les réformes successives de notre

---

<sup>18</sup> Code de la Santé Publique modifié par l'Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4, de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative au patient, à la santé et aux territoires

<sup>19</sup> GUILBERT G., DE MONTALEMBERT P., VERDIER F., 2011, *Directeur d'hôpital l'essor d'une profession*, Presses de l'EHESP, p.5

système hospitalier ont entre autres modifié le positionnement des médecins dans nos établissements. Aujourd'hui, ils ont un rôle stratégique au niveau des instances et un rôle opérationnel avec les chefs de pôle. Ces nouvelles responsabilités incombant aux médecins ont été pour certains d'entre eux un changement majeur. En effet, « L'évolution du corps médical a fait naître un paradoxe : plus les médecins perdaient leur pouvoir symbolique, plus ils gagnaient de pouvoir dans leurs instances représentatives»<sup>20</sup>. C'est le cas notamment du Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME) vice-président du directoire qui à l'heure actuelle est le deuxième personnage le plus important après le directeur de l'établissement.

Un rôle majeur donc puisqu'il est responsable conjointement avec le directeur de la préparation du projet médical, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions de prise en charge des usagers<sup>21</sup>. Ses attributions le chargent en sus, de la politique qualité et de la coordination de la politique médicale de l'établissement. Plus de responsabilités, aussi pour une commission médicale d'établissement (CME) dont les attributions ont été récemment élargies,<sup>22</sup> avec un rôle recentré sur la qualité, la sécurité des soins, la gestion des risques associés aux soins, l'accueil et la prise en charge des patients, puisqu'elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. La CME devient donc une instance informée et consultée sur la gestion interne de l'établissement et l'engagement de celui-ci envers les tutelles.

Ainsi depuis la loi HPST, « Pour le corps médical, la perte de la légitimité charismatique et professionnelle a été compensée par un gain de légitimité institutionnelle, allant jusqu'au pouvoir de « cogestion » dans certains domaines »<sup>23</sup>. C'est notamment le cas au niveau de leur représentativité importante dans les instances (directoire, conseil de surveillance, et CME) et au niveau du pouvoir renforcé des chefs de pôle avec les délégations de gestion.

Ainsi comme le souligne le Dr SABOUNTCHI dans son article, « le conseil rapproché d'aide à la prise de décision est devenu un groupe dominé par la lecture médicale et appuyé par la lecture soignante <sup>24</sup>».

---

<sup>20</sup> DEVRESSE E., 2002, La légitimité du directeur et jeu des acteurs, Revue hospitalière de France, n°484, p.50

<sup>21</sup> Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de la CME, vice président du directoire

<sup>22</sup> Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement.

<sup>23</sup> *Ibidem*. p.50

<sup>24</sup> SABOUNTCHI T., Novembre Décembre 2010, *Après la loi HPST, Quelle place des médecins dans la gouvernance hospitalière*, Revue Hospitalière de France, n°537, p. 59

### 1.2.3 Le rôle des directeurs des soins

Les directeurs des soins bénéficient aujourd'hui d'un cadre réglementaire qui a évolué d'une dimension paramédicale au départ à une dimension managériale. De surveillante générale de services, à surveillante chef détachée à la direction de l'établissement, c'est le décret n°75-245 du 11 avril 1975, créant le corps des infirmières générales qui légalise statutairement la fonction et son positionnement à la direction auprès du directeur de l'établissement. Rapprochement opéré également par la formation à l'école des hautes en Santé Publique (ENSP), où les élèves directeurs participent à des enseignements et des travaux de groupes communs. Proximité qui semble-t-il, favorise une identification au corps de direction.<sup>25</sup>

D'autres lois et décrets viendront plus tard asseoir et confirmer le positionnement de la profession. C'est notamment, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dans son article L.714-26 qui stipule « Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction »<sup>26</sup>, et qui crée dans le même temps la commission des soins infirmiers qu'il préside.

Puis, c'est le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 créant le statut particulier des directeurs des soins (DS) responsables de tous les professionnels paramédicaux, le coordonnateur général des soins (CGS) est né. Dès lors, la fonction prend une autre dimension. Il est nommé par le directeur de l'établissement, et légitimé par lui. Il lui confie par délégation, l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.<sup>27</sup>

L'ordonnance du 2 mai 2005, rappelle le rôle essentiel du DS notamment dans l'article L.6146-9 du code de la santé publique, « dans chaque établissement, la coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur »<sup>28</sup>. Dans la même année, la commission des soins, devient commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), avec des compétences élargies dans l'organisation interne de l'établissement, elle est présidée par le CGS.

Puis, la loi HPST du 21 juillet 2009 est venue finaliser les évolutions managériales initiées par l'ordonnance de mai 2005. Le décret de 2002 modifié par celui du 29

---

<sup>25</sup> SCHWEYER F-X., « L'infirmière qui devient « Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics » in La compétence en question, Ecole, Insertion, Travail, P.MERLE (dir.), Rennes, PUR, 1993, p.133

<sup>26</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>27</sup> Site de l' AFDS

<sup>28</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

septembre 2010 portant statut particulier du corps des directeurs de soins, lui donne de nouvelles attributions. En tant que Président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (PCSIRMT), il devient membre de droit au directoire, « et à ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »<sup>29</sup>. Cette loi consacre ainsi le DS dans ces nouvelles missions, à un niveau décisionnel stratégique et politique. Il devient également en tant que PCSIRMT membre consultatif à la commission médicale d'établissement (CME) où il participe aux débats et aux travaux.

Une profession qui s'affirme avec des missions qui ont changé par rapport au décret de 2002<sup>30</sup>. Celui-ci prévoyait comme missions, la coordination et l'organisation des activités paramédicales, l'élaboration avec les professionnels paramédicaux du projet de soins, la participation avec le corps médical à l'organisation et aux évolutions des services et activités. Ainsi que, la gestion des personnels d'activités de soins dont il propose l'affectation, l'élaboration des programmes de formation, la responsabilité des étudiants en formation, la définition d'une politique d'amélioration des pratiques de soins et de la gestion des risques, le développement de la recherche en soins. Et comme toutes les directions, la production d'un rapport annuel d'activités remis au directeur de l'établissement.

De nouvelles missions apparaissent ensuite en 2010, puisque dans ce décret<sup>31</sup>, le DS sous l'autorité du directeur d'établissement, organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement, il contribue dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement, dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôles, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins, Il propose au directeur l'affectation de ces personnels, au niveau des pôles, en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications.

Dans l'ensemble de ces missions, le DS semble avoir un rôle plus distancié par rapport au terrain. Et c'est grâce à cette vision transversale et distanciée de l'organisation qu'il peut être en mesure de proposer au sein du directoire de nouvelles orientations. Dès lors, même si l'autorité hiérarchique du DS sur l'encadrement n'est plus mentionnée. Il s'agit

---

<sup>29</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>30</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins

<sup>31</sup> Op.cit.

pour lui de créer les conditions nécessaires d'une collaboration opérante avec les cadres de pôles pour garantir l'atteinte des objectifs assignés aux pôles. Et en tant que direction fonctionnelle, elle se doit aujourd'hui d'être un support et une aide pour tous les acteurs du pôle.

Nous l'avons vu, le métier de directeur des soins a subi une lente et longue évolution et une transformation de ses missions. Or, mêmes sous des appellations différentes, la représentation de la profession soignante au sein de la direction des établissements a souvent été recherchée. Cette reconnaissance de la profession fait du directeur des soins un acteur incontournable dans les établissements de santé. Cependant, avec les attributions confiées à l'encadrement de pôle, ce sont sur d'autres champs d'activités et de responsabilités, qu'est attendu aujourd'hui le directeur des soins.

Ces nouvelles dispositions nous permettent d'interroger le positionnement face à la communauté médicale que nous souhaitons adopter en tant que futur directeur des soins, ainsi que les actions et mesures que nous pouvons prendre pour optimiser les relations de travail.

Parce qu'en dehors du climat général, il est important de s'accorder et de travailler ensemble puisque nous intervenons sur les mêmes thématiques. Le respect du champ de compétences de chacun des acteurs est essentiel pour éviter la confusion des rôles. En effet, les prérogatives de la communauté médicale dans la loi HPST, la rendent responsable de l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, et de la qualité de la prise en charge du patient. Ainsi, elle se doit de nommer en son sein un coordonnateur de la gestion des risques. Tandis que le directeur des soins dans le cadre de ses activités (article 4 III, alinéa 3) et de son statut « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins de rééducation et médico-techniques en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »<sup>32</sup>.

Ceci suppose un management d'interface d'une autre nature avec à la fois de nouveaux acteurs et de nouvelles fonctions à prendre en considération.

### **1.3 VERS UN MANAGEMENT DIFFERENT ?**

La volonté des pouvoirs publics de décroiser le système hospitalier remet aujourd'hui en cause le modèle hiérarchique qui ne répond plus aux objectifs d'efficacité attendus. Les fonctions attribuées aux nouveaux acteurs de la gouvernance, leur responsabilisation

---

<sup>32</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

dans la gestion au plus proche du terrain impose un mode de management plus transversal.

Aujourd'hui, il apparaît clairement que les changements induits par ces différentes réformes touchent particulièrement aux rôles et aux relations entre les acteurs « la réorganisation de la gouvernance interne a des effets restructurant sur le positionnement, le rôle et la place des encadrements de pôle ». <sup>33</sup> Or ces relations induisent des jeux qu'il est important de connaître pour ne pas hypothéquer l'objectif, d'une organisation efficiente au service du patient. Ce sont des relations autrefois basées sur la subordination qui doivent, dans le cadre de la contractualisation et de la délégation, changer de paradigme.

Ainsi, le management collaboratif devient presque une évidence pour répondre aux exigences de la réforme puisqu'il fait appel à la communication et à l'échange. En effet, le management collaboratif est « une nouvelle forme d'organisation du travail, qui revêt trois aspects : communication, coopération, à savoir partage de ressources, et coordination, c'est-à-dire synchronisation entre les actions et les acteurs <sup>34</sup> ». De fait, instaurer un management collaboratif nécessite de changer les modes de relation qui doivent être basés sur la confiance, la proximité, les échanges, pour favoriser le développement d'une compétence collective.

Cependant, les organisations ne se modifient pas spontanément par décret. Pour réussir ce changement, l'implication, l'engagement, la responsabilité, sont des prérequis.

Ainsi, même s'il s'agit de s'adapter et de créer de nouvelles stratégies de fonctionnement, ce changement culturel, comme tout changement impose d'être compris par tous et accompagné pour lever les résistances. Concrètement, selon l'analyse de Michel CROZIER, « c'est lorsque tous les acteurs d'un système sont d'accord sur leur intérêt à changer, soit leur comportement, soit leur manière de travailler, que peuvent se produire des changements réels et significatifs. <sup>35</sup> »

### **1.3.1 Une redistribution du pouvoir**

Les pôles réinventent les circuits décisionnels notamment entre le chef de pôle, le cadre paramédical de pôle et le directeur des soins. Dans cette triangulaire, où chacun est acteur, la nouvelle répartition des pouvoirs impose un nouveau modèle de management.

---

<sup>33</sup> BARTHES R., avril 2010, « Management : l'organisation en pôle change tout ...ou presque », Les cahiers hospitaliers, pp. 13-15.

<sup>34</sup> FAURE O., [www.lenouveleconomiste.fr/lesdossiers/du-pyramidal-a-lhorizontal-9165http://www.bing.com/search?q=management+collaboratif&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC-#](http://www.lenouveleconomiste.fr/lesdossiers/du-pyramidal-a-lhorizontal-9165http://www.bing.com/search?q=management+collaboratif&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC-#), Publié le 16/02/2011

<sup>35</sup> GALIZIA L., 2002, *Le management adapté à la démarche qualité en établissements de soins. Vaincre les résistances au changement*, Editions Suez S.A, p.5

Pour le DS, il s'agit dans ce nouvel environnement de développer son réseau de communication et d'information, ainsi selon Philippe BERNOUX « la source concrète du pouvoir dans les organisations réside dans la maîtrise des relations avec l'environnement »<sup>36</sup>. Définir de nouveaux modes de relations avec les chefs de pôles et les CPP et obtenir des informations deviennent un enjeu majeur « parce que l'information permet de mieux maîtriser les incertitudes devant affecter l'organisation. La communication d'informations a toujours une grande valeur stratégique»<sup>37</sup>. Ainsi pour développer son leadership le DS doit maîtriser cette zone d'incertitude car, comme le souligne NOBRE T. et LAMBERT P., « Une relation classique d'autorité n'est plus possible, le DG et son équipe doivent instaurer des relations de confiance, entrer dans un dialogue constant avec les équipes du pôle».<sup>38</sup>.

Même si les pouvoirs publics réaffirment la fonction de DS par son statut et son positionnement au Directoire, le DS doit aujourd'hui s'appuyer sur un socle constitué de ses compétences, du résultat de ses actions, de sa personnalité et de son intelligence relationnelle, pour amorcer ce virage culturel. Un changement managérial est donc attendu chez le DS pour répondre à l'évolution de ses missions qui passent de l'opérationnalité à la stratégie. Faire le lien entre les acteurs et initier un travail en interprofessionnalité autour du patient, doivent faire aussi partie de ses missions. De même les projets transversaux permettant d'impulser une dynamique institutionnelle cohérente et harmonieuse, voire harmonisée, sont plus que jamais indispensables dans ce nouveau mode de management. Ce sont des responsabilités à partager avec la communauté médicale pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. « La mutation de la direction des soins dans sa mission hiérarchique et gestionnaire, doit dorénavant se consacrer à la qualité des soins, l'organisation et l'efficience de l'institution. »<sup>39</sup>.

Dans le même temps, le pouvoir décisionnel donné aux responsables du pôle (chef de pôle, cadre paramédical de pôle) revisite leur positionnement vis à vis de la direction en général. En effet, le contrat de pôle qui les lie, les responsabilise puisque la délégation de gestion introduit le pouvoir de décider, d'entreprendre et d'engager le pôle. Cependant ces nouvelles attributions peuvent aussi à l'intérieur du pôle générer des tensions. Certes nous assistons à une redéfinition des fonctions, mais tout ne change pas aussi facilement car il semble que les responsabilités de service soient encore maintenues dans certains établissements. Cela peut parfois entraîner des tensions entre les médecins chefs de service et le chef de pôle. Toutefois la solidarité du corps médical est plus forte que ces

---

<sup>36</sup> BERNOUX P., 2014, « La sociologie des organisations », Edition du Seuil, 6<sup>ème</sup> édition, p. 186

<sup>37</sup> *Op.cit.*, p.186

<sup>38</sup> NOBRE T., LAMBERT P., 2012, *Le management de pôles à l'hôpital*, Editions DUNOD, p.35

<sup>39</sup> DEBROSSE D. ; Septembre 2010, « La nouvelle gouvernance hospitalière », adsp n°72, p.10

tensions et permet de former un front commun face à la direction et d'exercer sur elle un certain pouvoir. En effet pour Norbert ALTER, « exercer du pouvoir en organisation suppose ou d'être individuellement fort ou collectivement organisé »<sup>40</sup>. Nous le voyons, « l'hôpital est « un construit humain », les individus y développent des stratégies propres, non figées mais évoluant au fil de leurs intérêts et des contraintes de leur environnement»<sup>41</sup>.

« Or, un des enjeux de l'hôpital est de coordonner les professionnels pour atteindre cet objectif qui est de soigner le malade. Mais cette coordination est d'autant plus difficile que les rationalités et les logiques d'acteurs peuvent être contradictoires »<sup>42</sup>.

Ainsi comme le souligne François-Xavier SCHWEYER « Le développement de la gouvernance hospitalière rend inéluctable un rapprochement de la gestion des carrières des directeurs et des médecins. En dépit des réticences toujours vives de la part des directeurs à ouvrir les équipes à d'autres professions, l'association des médecins, des ingénieurs, des directeurs des soins et peut-être d'autres experts à l'équipe de direction semble inéluctable ».<sup>43</sup> Un changement de paradigme que d'aucuns ont encore aujourd'hui du mal à s'approprier pour trouver leur juste place.

### **1.3.2 La collaboration, un axe privilégié**

La collaboration est l'axe majeur de la réforme, elle doit se vivre avec tous les acteurs et à tous les niveaux. En effet, la réforme responsabilise et implique tous les acteurs dans les projets pour une vision médico-économique incontournable. Cette collaboration est pluridimensionnelle et contingente par rapport à l'environnement et aux personnes. Ainsi, pour le DS, elle doit se concrétiser par un travail de proximité avec le directeur, le PCME, le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins, les chefs de pôles et les cadres paramédicaux de pôles en première intention. En effet, tous ces acteurs partagent et œuvrent sur le champ de la qualité et de la sécurité des soins, et de la gestion des risques. Cette collaboration doit aussi se concrétiser pour le DS, par la pertinence de ses propositions au regard de son expérience pour répondre aux restructurations, pour être force de proposition et initiateur dans les projets.

Pour cela, le DS doit asseoir sa légitimité et gagner la confiance de tous ces interlocuteurs.

---

<sup>40</sup> ALTER N., « Sociologie du monde du travail », Edition Quadrige/Puf, 2<sup>ème</sup> édition, 2012, p.93

<sup>41</sup> CHAUVANCY M-C, <http://www.carnetsdesante.fr/Les-reformes-hospitalieres-et-leur>

<sup>42</sup> SCHWEYER F-X., « L'infirmière qui devient « Directeur », p.137

<sup>43</sup> SCHWEYER F-X., « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 11 août 2014. URL : <http://ress.revues.org/251> ; DOI : 10.4000/ress.251

La loi HPST a conféré une importance majeure à la collaboration qui doit s'instaurer dans nos établissements. Dans cette période de transition, il apparaît essentiel de poser les bases du « travailler ensemble » par la collaboration et la coopération, dans les échanges pour obtenir une véritable cohérence institutionnelle. Redéfinir le travail en équipe est un des premiers éléments, car dans un établissement de santé rien ne se réalise de façon individuelle ou isolée.

Les enjeux clairement affichés d'efficience dans les organisations, invitent les dirigeants à instaurer un mode plus coopératif. En effet, la délégation et la contractualisation obligent les acteurs à travailler ensemble dans un but commun clairement défini. De fait, la collaboration entre la communauté médicale et le directeur des soins est nécessaire et doit répondre aux objectifs quotidiens d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit donc de développer une compétence collective à l'image d'une coalition durable, ainsi selon l'association des Infirmières Praticiennes Spécialisées en Soins de Première Ligne (IPSPL) « Lorsque la relation collaborative entre ces personnes est bien menée, elle favorise un bon climat de travail et contribue à optimiser la qualité des soins et du suivi »<sup>44</sup>. Pour autant, un certain nombre de déterminants sont essentiels; « La confiance en soi et envers les autres qui permet l'ouverture à la collaboration, les attitudes de chacun qui ne laissent pas prise aux préjugés et qui sont fondées sur le respect, les habilités communicationnelles, la qualité du leadership orientée explicitement vers le développement et le maintien de la pratique collaborative, mais aussi une certaine formalisation des rôles et responsabilités qui clarifient les attentes envers chacun ».<sup>45</sup> C'est donc instaurer des temps d'échanges réguliers pour élaborer ensemble des stratégies organisationnelles pour un meilleur rendu aux patients, et pour que la confiance se développe. Ce sont aussi des temps formels sous forme de réunions, de rendez-vous, mais également informels à l'occasion de rencontres « inopinées ». C'est aussi respecter le champ d'exercice des uns et des autres. La création de cette collaboration se base sur la confiance mutuelle et sur la reconnaissance de la légitimité du DS à intervenir dans certaines circonstances au niveau du pôle. Ainsi, comme le préface Guy VALLET dans un ouvrage sur les pôles « Les responsables ont le devoir d'être à la hauteur d'un enjeu majeur de cette nouvelle gouvernance : être capable de diriger à la confiance »<sup>46</sup>. Le positionnement du directeur des soins à l'égard de ses collaborateurs participera à la consolider.

---

<sup>44</sup> Projet IPSPL.info, 2013, Fiche d'information sur la collaboration : La collaboration : un outil pour assurer un suivi optimal de la clientèle. Montréal. (décembre 2013). p.1, <http://www.ipspl.info>

<sup>45</sup> *Ibidem*, p.2

<sup>46</sup> NOBRE T., LAMBERT P., 2012, *Le management de pôles à l'hôpital*, Editions DUNOD, p.4

### 1.3.3 Le positionnement du directeur des soins

Nos établissements sont en pleine mutation, il s'agit pour chacun de trouver sa juste place dans un cadre aux règles prédéfinies. Ainsi, pour s'engager dans une vision plus stratégique et politique dans les organisations, le DS doit aujourd'hui, développer l'autonomie de ses collaborateurs (chefs de pôle et cadres de pôle) dans la gestion quotidienne de leur pôle, sans oublier son rôle majeur de coordination entre les pôles pour éviter la balkanisation. Aussi doit-il investir un autre champ d'action qui doit se déporter maintenant vers un appui méthodologique pour les restructurations et réorganisations des activités soignantes, où sa connaissance du terrain doit être recherchée, pour son analyse pertinente du système, sa capacité à proposer et à innover. Ces nouvelles dispositions avaient été annoncées, puisque « Roselyne BACHELOT avait déjà souligné l'évolution nécessaire du rôle du DS, lui attribuant un rôle de « conseil », d'appui et d'expertise, de fédérateur de professionnels de soins »<sup>47</sup>.

C'est donc bien un rôle d'accompagnateur et de traducteur que le DS doit investir, notamment dans l'aide à apporter aux pôles. Mais, c'est aussi à lui de veiller à la déclinaison du projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques dans les contrats de pôles et à son animation. Parce qu'en tant que PCSIRMT « Il participe à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ». <sup>48</sup> Il s'agit donc pour avancer et construire des projets autour du patient, d'établir des relations partenariales basées sur l'écoute, le respect et le dialogue.

Son statut renforcé par un positionnement au directoire comme membre de droit, lui confère un rôle de conseil auprès du directeur de l'établissement et son équipe pour une utilisation efficiente des moyens au service du patient. Cela lui impose aussi d'entretenir cette légitimité par ses actions et sa loyauté vis à vis des membres de cette instance sous peine de perdre en crédibilité. Et comme le souligne Henri ANTHONY-GERROLDT, il a « un rôle d'interface, de « décodeur », vers qui tout le monde se tourne quand le débat s'enlise... sa valeur ajoutée : c'est le regard transversal sur une organisation qui doit rester centrée sur le patient tout en gagnant en efficience »<sup>49</sup>.

Les valeurs personnelles et professionnelles du DS sont les bases d'une attitude de management empreint de valeurs éthiques (bienveillance, non-malfaisance, autonomie, justice – cf. BEAUCHAMP et CHILDRESS<sup>50</sup>). Elles guident son attitude dans les relations

---

<sup>47</sup> CHAUVANCY M-C, DUGAST C., Juin 2013, « Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie », Les cahiers de la fonction publique, n°333, p. 65

<sup>48</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins

<sup>49</sup> ANTHONY-GERROLDT H., 2013, « la place des directeurs des soins dans la nouvelle gouvernance », cours EHESP, p.37

<sup>50</sup> BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., Cours : Introduction aux principes de bioéthique <http://umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-generale/enseignement/ethique/site/html/cours.pdf>

qu'il entretient au quotidien avec ses collaborateurs et sont une garantie pour l'accomplissement de tous les projets.

Dans cette nouvelle organisation, une modification du management et une nouvelle posture sont donc requises.

Dans cette première partie, nous avons décrit les changements majeurs qui ont impactés notre institution depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance. Si comme annoncé, elle introduit un changement culturel et redessine les circuits décisionnels, de nouveaux acteurs avec des missions définies sont aussi apparus dans le paysage hospitalier.

Il est important pour nous, dans le cadre de notre futur exercice, d'identifier par le biais de l'expérience des acteurs directement concernés par cette nouvelle organisation, quelles pourraient être les mesures ou actions à mettre en place pour une collaboration de qualité avec la communauté médicale.

## 2 LES RELATIONS ENTRE LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE ET LE DIRECTEUR DES SOINS

La nouvelle gouvernance, nous l'avons vu a bouleversé l'organisation interne et les circuits de décisions. La loi HPST par la redistribution des missions dans l'organisation interne ne remettrait-elle pas en cause la légitimité du DS dans son rôle historique de manager des personnels paramédicaux et plus précisément vis à vis de l'encadrement ? Or, « la légitimité trouve sa source dans l'autorisation d'agir selon des règles reconnues donc d'exercer un pouvoir ». <sup>51</sup> Alors que cette légitimité est validée pour le DS par son statut, et son positionnement au directoire, qu'en est-il réellement sur le terrain, quelles représentations ont les professionnels de sa fonction ?

Si pour un management efficient au service du patient, la collaboration entre la communauté médicale et le directeur des soins est incontournable, il s'agit maintenant de questionner les acteurs pour comprendre comment elle s'organise et ce qui pourrait la favoriser. Aujourd'hui, à presque huit ans de fonctionnement en pôles, notre questionnement est le suivant :

**« En quoi le positionnement et les relations du directeur des soins vis à vis de la communauté médicale influent sur l'organisation interne de l'établissement » ?**

Nous partirons dans un premier temps des hypothèses suivantes :

- Les relations que le directeur des soins entretient avec l'encadrement influence la collaboration avec la communauté médicale.
- Les domaines de travail partagé et les temps d'échanges entre la communauté médicale et le directeur des soins favorisent la collaboration.
- La capacité du directeur des soins à se positionner, participe à la construction d'une relation efficace avec la communauté médicale.

### 2.1 A LA RENCONTRE DES ACTEURS SUR LE TERRAIN

L'enquête ci-après nous permettra, sinon d'identifier comment se vit la nouvelle gouvernance au quotidien dans les relations entre le DS et la communauté médicale, mais plus encore de repérer des leviers pour l'accompagner et l'optimiser sur le terrain en tant que futur directeur des soins.

Nous, nous sommes dans un premier temps intéressés à la revue documentaire, mais celle-ci plutôt axée sur le binôme DG et PCME, est plutôt pauvre sur le sujet, nous nous sommes aussi servi de notre expérience autobiographique. Notre objectif étant d'identifier quels sont les changements intervenus dans les relations entre le DS et la communauté

---

<sup>51</sup> MOHIB N., SONNTAG M., *La légitimité au cœur de l'action et de la compétence*, pp.4-5 [www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7194.pdf](http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7194.pdf).

médicale depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance, nous avons orienté notre enquête vers la proximité et l'échange en allant à la rencontre des acteurs.

Pour mener notre enquête sur le terrain, nous avons procédé au choix de l'outil d'investigation, au choix des personnes à interviewer, choisi les différents lieux pour ensuite analyser la collecte des données recueillies.

### **2.1.1 Le choix de la démarche**

Afin de mener à bien notre travail de recherche, nous avons choisi d'utiliser une démarche compréhensive qui se fonde sur une enquête qualitative, l'entretien semi-directif. Nous avons privilégié cette méthode pour tenter de percevoir le ressenti des acteurs dans leurs relations professionnelles, et identifier les actes de collaboration à travers les propos des personnes interrogées. Pour obtenir un discours le plus authentique possible nous avons débuté notre interview sur des questions d'ordre général pour capter l'attention de notre interlocuteur, pour ensuite continuer sur le mode de la conversation. Cette méthode d'investigation décrite par Jean-Claude KAUFMANN stipule « Parfois, ce style conversationnel prend réellement corps, le cadre de l'entretien est comme oublié : on bavarde autour du sujet ; De tels moments indiquent que l'on a réussi à provoquer l'engagement et jouent un rôle positif de respiration, pour l'enquêteur comme pour l'enquêté ».<sup>52</sup>

Pour ce faire, nous avons construit des guides d'entretiens (cf. annexes) sur la même base, à l'attention de la communauté médicale, des directeurs de soins, des directeurs d'établissement, et des cadres de pôles. Les thèmes abordés dans ces guides sont les suivants :

- Le changement dans les organisations de travail, depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance,
- Les manifestations de la collaboration,
- Les attendus vis à vis de la profession de directeur des soins,
- Les enjeux du fonctionnement en pôle pour le directeur des soins.

Les entretiens se sont déroulés sur une durée de 45 minutes à 1 heure selon le temps que pouvaient nous consacrer nos interlocuteurs. Les rendez-vous ont tous été planifiés, le but de l'entretien annoncé dès le départ a permis d'aborder rapidement la problématique. Au cours de l'entretien, la technique de la reformulation a été fréquemment utilisée pour un meilleur approfondissement des propos.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes interviewées pour une retranscription fidèle des propos, tout en garantissant leur anonymat. La traduction

---

<sup>52</sup>KAUFMANN J-C., 2013, « L'entretien compréhensif », Paris, édition Armand COLIN, 3<sup>ème</sup> édition, p.47

écrite de tous les entretiens a été réalisée de manière intégrale en une centaine de pages. Elle nous permettra d'émailler notre discours de verbatim pour donner plus de corps à notre restitution. Ils ont ensuite été analysés suivant une grille de lecture à partir des thèmes abordés dans la grille d'entretien.

### **2.1.2 Le choix des établissements**

Nous avons choisi d'enquêter sur un groupe hospitalier (GH) et sur un centre hospitalier universitaire mono-site (CHU) dans l'objectif de comparer la proximité entre les acteurs et la qualité de la collaboration dans ces différents espaces où l'avancée dans la nouvelle gouvernance peut jouer un rôle. Le choix des terrains d'enquête se fonde aussi sur des raisons pragmatiques d'accessibilité.

Les deux établissements sont engagés dans la nouvelle gouvernance depuis 2006, et sont donc à leur deuxième mandat des pôles d'activités. Un octroi des délégations de gestion limitées aux pôles et l'autre établissement, engagé dans un plan de retour à l'équilibre financier (PREF), n'a donné aucune délégation aux pôles. Dans les deux établissements, l'autorité hiérarchique sur le personnel paramédical est confiée au directeur des soins par le directeur d'hôpital.

Situé au cœur de Paris, le GH est un établissement de 1553 lits résultant du rapprochement de trois établissements qui s'est opéré en 2011. De fait, un nouveau périmètre des pôles est intervenu. De 14 pôles, le GH est actuellement organisé en 10 pôles d'activités cliniques et médico-techniques répartis sur les trois sites. Les pôles bénéficient de délégations de gestion concernant le remplacement des professionnels non médicaux et médicaux, le plan de formation, le plan d'équipement et l'intéressement servi au pôle.

Le CHU de 872 lits est positionné dans un des départements d'outremer. A l'occasion de son nouveau projet médical, ce dernier a reconfiguré ses pôles passant de 13 pôles à 8 pôles d'activités cliniques et médico-techniques. Dans cet établissement, peu de contrats de pôles sont signés et les chefs de pôles ne bénéficient pas de délégation de gestion. De plus, les cadres paramédicaux de pôles sont rattachés à la direction des soins.

L'organisation interne de ces deux établissements confie au trio de pôle (chef de pôle, cadre paramédical, et cadre administratif) la responsabilité des pôles, il n'y a pas de directeur référent de pôle. Dans le GH, composé de 3 établissements, chaque directeur des soins (dont un CGS) est responsable d'un site, et représente l'interlocuteur de l'encadrement sur place.

### **2.1.3 La population choisie**

Nous avons réalisés dix-huit entretiens auprès d'acteurs tous impliqués dans la gouvernance interne d'un établissement de santé : deux directeurs d'hôpital, cinq médecins (Chefs de pôle, dont un PCME), cinq directeurs des soins (dont 2 CGS et une DS actuellement en poste au Ministère de la santé), cinq cadres de pôle et un cadre administratif de pôle. Dans notre approche nous avons sciemment interrogé les professions qui entourent le plus directement la communauté médicale et le directeur des soins pour nous imprégner du contexte.

### **2.1.4 Les limites de l'enquête**

Elles concernent essentiellement la maîtrise relative de la démarche, le nombre d'entretiens et le temps imparti pour mener à bien ce travail. Nous avons du parfois, recentrer le débat. En effet, pris dans la dynamique du discours, certains de nos interlocuteurs s'éloignaient du sujet. Le nombre d'entretiens effectués pour avoir une matière riche à exploiter a demandé un temps certain pour la retranscription. De plus, cette étude ne concerne que deux établissements.

#### **Les points forts de l'enquête**

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un rendez-vous, ce qui a permis aux personnes interviewées d'être totalement disponibles. Attendue, nous avons bénéficié d'un accueil chaleureux et la qualité des échanges a été soutenue tout au long des entretiens.

Au final, les propos recueillis nous ont permis de visualiser le mode de fonctionnement et l'organisation des deux établissements. L'attitude des personnes enquêtées nous a bien laissé percevoir les relations entre les acteurs.

## **2.2 RESULTATS ET ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES**

Pour effectuer la restitution des données recueillies, nous nous proposons de faire un comparatif entre les deux établissements enquêtés suivant les thématiques abordées dans nos grilles d'entretien.

### **2.2.1 Les changements perçus depuis la nouvelle gouvernance**

Tous les acteurs rencontrés sont à leur deuxième génération de pôles. Cependant, même si l'organisation en pôle telle que décrite dans les textes est effective, les deux établissements rencontrés sont à des niveaux différents dans la mise en œuvre. Ainsi, les changements perçus par les acteurs diffèrent suivant la place qu'ils occupent dans l'organigramme et suivant l'avancée de leur établissement dans cette nouvelle organisation interne.

## Pour le GH

### **Une redistribution des rôles**

La mise en place de la nouvelle gouvernance constitue un changement majeur où les rôles et les missions des acteurs se sont modifiés. En effet, dans cet établissement bien engagé dans ce nouveau fonctionnement, le DH délègue aux chefs de pôles un certain nombre de responsabilités de gestion qui sont actées dans leur contrat de pôle. Or, même si les délégations de gestion sont limitées, le DH estime que le budget alloué aux pôles est « un budget qui n'est pas anodin ». La délégation de gestion aux chefs de pôle, inclut la gestion des remplacements des personnels médicaux et paramédicaux, le plan de formation, le petit équipement, et l'intéressement servi au pôle. Cependant, alors que l'avancée du GH dans les délégations de gestion est effective, il estime que « le pôle est un ensemble qui est plutôt encore en construction, qui n'a pas encore pris toute sa dimension, notamment au travers de ce que l'on appelle la délégation de gestion ». L'avantage perçu par le DH, c'est que dans le conseil exécutif local (CEL), instance interne qui se réunit tous les quinze jours où siègent la direction, le DS<sup>53</sup> et tous les chefs de pôle, les échanges permettent d'aborder le suivi de l'activité et les sujets importants. Ainsi, il déclare « Avec ce système là, on est en capacité d'avoir une vision collective, de réfléchir ensemble et cela est un vrai changement par rapport à la situation antérieure. C'est un travail plus constructif, même si ce n'est qu'avec une partie du corps médical, mais elle est directement impliquée dans tout le travail d'organisation et de gestion de l'hôpital de façon extrêmement régulière et de façon très associée ».

Dans cette organisation, le DH a mis en place toutes les composantes d'un management collaboratif, socle d'une intelligence collective. Le dialogue est instauré ; tous les acteurs participent aux propositions et aux décisions. La contractualisation mise en place dans ce GH contribue à valoriser et à responsabiliser les chefs de pôles dans la gestion de leur pôle, leur conférant de facto un pouvoir décisionnaire dans l'organisation. Cependant, il apparaît aussi que l'appui des directions fonctionnelles soit encore nécessaire au trio de pôle pour leur permettre de s'approprier davantage ce nouveau mode de fonctionnement. A terme, cela devrait engendrer davantage de délégations de la part du DH aux chefs de pôles.

### **Des acteurs impliqués**

Le changement perçu par les chefs de pôle est d'abord lié au temps qu'ils doivent consacrer à cette activité, « c'est un fonctionnement très chronophage », du fait de l'action collective à alimenter en permanence. Pour eux, « c'est un nouveau métier qui requière un

---

<sup>53</sup>Dans notre restitution, il ne sera pas fait de différence entre le CGS et le DS, car elle n'apporte pas de différence significative.

certain savoir-faire notamment en matière de management et de gestion». Ainsi l'un d'eux déclare, «vous êtes formés à la clinique, à la recherche, à l'enseignement mais vous n'êtes pas du tout formés à l'administratif, encore moins à être chef de service et je ne parle pas de chef de pôle». Malgré ces constats, les chefs de pôle rencontrés sont satisfaits du rôle qu'ils jouent dans l'organisation hospitalière. D'après eux, l'organisation en pôle essaye de faire plus simple qu'avec le service et permet d'être solidaire vis-à-vis des pôles en difficulté.

Cependant, certains de manière nostalgique déplorent le manque de relation directe avec la direction des soins depuis la mise en place des pôles, puisqu'ils déclarent «avant les pôles, parler avec la direction de soins c'était facile, il n'y avait pas de strates, donc on discutait directement de nos problèmes d'infirmières avec elle, parce que dès qu'on touche à nos infirmières on n'aime pas trop». Ainsi un chef de pôle nous dit «Le DS fait partie de nos collaborateurs, mais moins proche que le CPP, puisque l'interlocuteur du pôle pour le DS, c'est la CPP». Par contre, les impressions peuvent être différentes d'un individu à l'autre et selon le métier d'origine du chef de pôle. Ainsi, le pharmacien chef de pôle évoque un rapprochement significatif avec la direction des soins qu'il désigne comme partenaire «le DS est un partenaire particulier à la pharmacie», notamment sur certains sujets comme la sécurisation du circuit du médicament, et l'agencement des postes de soins.

A contrario, l'une des DS trouve que les rapports avec la communauté médicale sont plus faciles qu'avant ; les différents sujets exposés en conseil exécutif local (CEL) participent à une vision commune et partagée. Ainsi, elle indique que les chefs de pôles, du fait de leur responsabilité dans la gestion de l'établissement et des travaux qu'ils mènent en commun avec les directions, participent maintenant à la compréhension des enjeux de l'hôpital. Ainsi, leur adhésion aux décisions gestionnaires est plus facile à obtenir. Elle pense que cela est dû «à une maturité collective». L'avantage de la mise en place des pôles, ce sont les échanges entre la communauté médicale et la dimension administrative, les uns vont vers les autres «on décloisonne». Cependant, une des difficultés, c'est qu'à son sens «on a rajouté des strates de décisions, ce qui provoque beaucoup de lourdeur».

Pour un autre DS, le changement perçu est un rôle de coordination plus affirmé qu'avant, «Le DS est dans la transversalité», et de façon très imagée désigne les pôles comme les piliers d'un pont, et son action comme le tablier du pont donc le lien qu'elle opère entre tous ces piliers.

Pour les DS, la configuration en pôle où le cadre paramédical est l'assistant du chef de pôle requière une attention particulière à accorder aux CPP, pour toujours garder le lien. Aussi, les réunions de coordination sont essentielles pour partager sur le fonctionnement de leur pôle, instaurer un dialogue constructif et créer une dynamique de groupe.

Quant aux CPP, dans cette nouvelle organisation, certains évoquent une certaine déstabilisation dans le management des cadres et des cadres supérieurs, une certaine difficulté à se positionner vis à vis de leurs collègues cadres supérieurs comme eux-mêmes et aussi d'initier une nouvelle façon de faire travailler les services avec des objectifs. D'autres évoquent une mission nouvelle avec un abandon « du terrain pour un niveau plus élevé », certains notent aussi la difficulté de gérer un pôle éclaté sur plusieurs sites, avec des hôpitaux ayant des cultures différentes. Il faut maintenir la cohésion et l'esprit du pôle dans ces configurations « Ce qui est compliqué, c'est qu'on est passé de l'entreprise artisanale à la grosse entreprise ». C'est aussi le rapport direct avec un chef de pôle qui concentre la responsabilité de toutes les unités, par rapport au colloque singulier qu'ils avaient avec chacun des chefs de service. Tous évoquent une association étroite avec le chef de pôle et le cadre administratif de pôle (CAP), pour toutes les décisions. Le rôle du CAP est très important, « Il nous aide par l'analyse des indicateurs de l'activité du pôle à objectiver les actions à mettre en place ». Ainsi toutes les informations sont relayées dans la mesure du possible en temps réel. Ils se sentent d'ailleurs plus attachés au pôle et à leur chef de pôle qu'à la direction des soins.

A contrario, ils évoquent un changement dans les relations avec les DS, qu'ils rencontrent plus souvent sur certains dossiers. L'un d'eux nous dit « On travaille plus en collaboration et en concertation sur les dossiers. J'ai en tout cas l'impression d'être plus associé à la stratégie dans le cadre du pôle que nous ne l'étions en tant que cadre supérieur ».

Malgré une bonne appropriation de ce dispositif en pôle par le GH, d'autres regrettent sa complexité, puisque en effet, persistent dans les pôles, les chefs de service, et les cadres supérieurs. De plus, le dimensionnement des pôles et leur configuration multi sites ne sont pas sans poser de problèmes dans la gestion quotidienne. Des difficultés de positionnement sont aussi perçues dans les propos, notamment pour les CPP vis à vis de l'encadrement du pôle. Pour certains chefs de pôle les relations avec le DS sont plus complexes qu'avant, regrettant la relation de proximité qu'ils entretenaient avec lui. Et même si, les relations sont sur un registre de travail constructif et ont une tonalité plutôt cordiale, le pôle est devenu le passage obligé. Cette organisation, nous avons pu le constater, est ressentie différemment suivant les personnes, évoquant ici la sensibilité et la perception personnelle des acteurs. Cependant nous pouvons aussi constater une modification dans le management, puisque les CPP déclarent être davantage sollicités et associés aux décisions.

#### Dans le CHU

##### **Des acteurs peu impliqués dans le dispositif**

C'est notamment le cas pour les chefs de pôles du CHU qui vivent la mise en place des pôles comme un leurre, puisqu'ils ne bénéficient ni de délégation de gestion, ni de

délégation de signature. Ils disent «n'avoir aucune marge de manœuvre pour décider», notamment dans l'organisation, le fonctionnement et la gestion des ressources humaines de leur pôle. Alors que ces dispositions sont inscrites dans la loi, ils se sentent «floués et frustrés». A contrario, ils héritent de la gestion des praticiens hospitaliers du pôle, ce qui selon eux «n'est pas toujours une sinécure». En effet, «quand vous faites du management avec des collègues que vous connaissez depuis vingt ans, et qu'il faut trancher dans les décisions à prendre, ce n'est pas inné... ce n'est pas inintéressant mais ce n'est pas facile». C'est aussi, une implication forte dans la gestion des effectifs médicaux, la recherche et la proposition de praticien hospitalier à la direction des affaires médicales. Au niveau de la cohésion médicale, ils estiment avoir une grosse responsabilité.

Mais dans cette configuration, l'un d'eux dit «la responsabilité du pôle n'a pas de véritable assise puisque nous n'avons pas de budget à gérer, en fait il n'y a pas de réciprocité». De plus, comme ils ne participent pas tous au directoire, ils estiment ne pas être au même niveau d'information. Concernant la gestion du pôle, et les effectifs paramédicaux en particulier, les chefs de pôle indiquent que les relations avec le DS se font par le biais des CPP. Parfois, ils interviennent directement pour faire part de dysfonctionnements, ou pour appuyer les demandes de remplacements quand il y a de l'absentéisme. Ce qui parfois «grippe un peu les relations» entre le DS et le chef de pôle. L'organisation de bureaux de pôle est encore sporadique pour certains pôles. Mais le trio de pôle fait en sorte de se faire un «reporting» fidèle des informations, soit par mail, soit par voie téléphonique.

Les cadres paramédicaux de pôles interrogés sont des cadres supérieurs qui étaient déjà en charge de plusieurs services. Les changements sont essentiellement ressentis dans l'augmentation de leurs responsabilités, dans la taille du pôle, dans le nombre d'agents à gérer, et pour certains l'appropriation de nouveaux outils de gestion. Mais, c'est aussi la difficulté à gérer la pénurie et à travailler sur la mutualisation des ressources humaines qui ressort de leurs discours. Un CPP déclare que «l'arrivée d'un troisième acteur, le cadre administratif à la deuxième génération de pôles a été quelque peu déstabilisante ». Déjà déstabilisés par ce nouvel environnement, il leur a fallu aussi composer et déterminer leurs champs d'actions réciproques. Aujourd'hui, ils avouent avoir du mal à se projeter dans une gestion complètement décentralisée dans la mesure où actuellement on ne leur donne que peu d'espace de décisions, comme l'exprime l'un des CPP «on est largement encore sous tutelle ».

Ici le changement semble être vécu plutôt défavorablement, les chefs de pôle et les CPP le vivent comme un surcroît de travail et de responsabilités. Eloignés de certaines décisions, ils se sentent moins associés à la stratégie institutionnelle et moins épaulés dans les décisions à prendre. Mais c'est aussi comme dans le GH, une difficulté pour le

CPP de trouver sa place dans le trio de pôle, et plus précisément dans le CHU d'identifier sa marge de manœuvre vis à vis de la direction des soins.

### **Un changement d'organisation peu significatif**

Pour le DS, le changement du fait des pôles n'est pas significatif, puisque le circuit de décision est le même. En effet, elle déclare «c'est moi qui gère toutes les demandes de remplacement et qui les valide après étude des plannings, la fiche d'affectation remplie par mes soins transite ensuite par la direction des ressources humaines pour le recrutement». Les CPP autrefois cadres supérieurs en charge de plusieurs services sont toujours sous son autorité hiérarchique, et tout ce qui concerne le personnel paramédical est supervisé par la direction des soins, le remplacement des personnels, les mobilités intra ou inter pôles, les départs en formation etc..., ainsi elle confirme «tous les plannings mensuels des pôles sont validés par les CPP, puis par la direction des soins avant affichage, ainsi que la planification prévisionnelle des congés annuels». De plus, tous les CPP font partie de l'organigramme de la direction des soins. Ils demeurent donc ses interlocuteurs privilégiés. L'organisation de réunions hebdomadaires avec les CPP lui permet d'être au fait de ce qui se passe dans les pôles et favorise une connaissance mutuelle et collective des informations de l'institution. Par contre, elle évoque un parcours de soins du patient plus fluide du fait de la constitution des pôles créés dans une logique de filières, et de décloisonnement entre les professionnels d'un même pôle. En revanche, la relation avec la communauté médicale est sporadique ou alimentée au gré des problèmes de gestion ou d'organisations soignantes, en effet «je suis interpellée soit par téléphone ou par mail, souvent pour des problèmes de planning ou lorsqu'il y a eu des problèmes d'administration de soins». Ce qui m'oblige selon les dires du DS «à mener mon enquête auprès du CPP ou bien d'aller voir sur place».

Le changement dans l'organisation au CHU, n'est pas significatif par rapport à la situation antérieure. Dans cette configuration, le manque de délégation effective du DS vers les CPP dans la gestion et l'organisation des ressources humaines dans le pôle, ne participe pas à leur autonomisation, et ne semble pas faciliter les relations avec la communauté médicale dans la gestion interne du pôle.

### **Un rôle limité pour le trio de pôle**

L'établissement étant inscrit dans un PREF drastique, les organisations sont revues afin de les optimiser. Cependant, les mesures annoncées pour faire participer les pôles au PREF ne sont pas toujours lisibles en termes de budget pour les acteurs du pôle. Ainsi les chefs de pôle et les CPP déclarent « les décisions sont prises au niveau des instances, et le plus souvent de manière récurrente les efforts à concéder le sont toujours sur le dos

des professionnels, qui demandent aux pôles de se séparer de professionnels que les agents ont pris le temps de former ». Ainsi, ces dispositions ne deviennent concrètes que lorsqu'elles touchent aux réorganisations des activités et à la réflexion à engager pour la mise en œuvre. Par contre, le point positif que relèvent les chefs de pôle, « c'est qu'aujourd'hui avec l'analyse des tableaux de bords d'activité établis par le cadre administratif du pôle, et le suivi des indicateurs qualité, ils peuvent avoir une vision concrète de ce qui est produit et en qualité de prestation et ce sur quoi ils peuvent agir ». C'est donc avec ces données, et ce travail de fond à engager qu'ils sollicitent le DS, pour son analyse expérientielle des organisations avec le CPP et le CAP, pour envisager les aménagements possibles. Ainsi, l'un d'eux évoque le projet qui a pu être réalisé « l'activité recensée et rendue lisible de deux services du pôle, a permis la réduction de lits d'hospitalisation conventionnelle, une mutualisation d'activité médico-chirurgicale et la transformation d'une partie des lits en chirurgie ambulatoire ». Dans ce cadre, comme le souligne le chef de pôle « L'expérience dans les organisations soignantes du DS est un atout précieux ».

### **Synthèse**

On le voit la nouvelle gouvernance n'a pas encore pris sa vitesse de croisière, mais dans les différents discours, il ressort que la mise en place des pôles impose selon les DH « une maturité collective à acquérir » pour une cohérence institutionnelle. Ainsi, même si les organisations internes de ces deux établissements diffèrent dans certaines de leurs instances et dans la distribution des responsabilités allouées aux pôles. Il n'en demeure pas moins que les relations entre la communauté médicale et le DS semblent être sur le même registre, dès lors qu'elles ont trait à l'optimisation des organisations, à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins des patients. Les sollicitations de l'expérience des DS, les demandes d'accompagnement et de soutien sont retrouvées dans les deux établissements. Outre des changements dans les organisations, se sont aussi des changements dans les relations que nous avons pu constater. Les délégations de gestion participent à l'autonomisation du trio de pôle et que les relations engagées entre la communauté médicale et les DS sont, dans ce cadre, plus sur un mode partenarial ou de coopération.

Ainsi dans le respect des délégations octroyées aux pôles, le rôle des DS est « clairement un rôle d'accompagnement dans les organisations et restructurations, un appui méthodologique... »

A contrario, sans délégation, ni autonomie donnée aux pôles, les modes d'organisation et les pratiques professionnelles antérieures prennent le pas, et pour diverses raisons le circuit du pôle est parfois occulté. Les informations restent soit au niveau du pôle et manquent à la connaissance du DS ou elles se font en direct avec les différentes

directions fonctionnelles pour régler les problèmes. A travers les propos recueillis, nous pouvons aussi évoquer que la personnalité du DS est sans doute aussi un facteur ou non de rapprochement.

Aujourd'hui, la recherche d'efficience dans les organisations participe encore plus qu'avant au travail collectif décrit dans la première partie de notre étude. L'exemple de ces deux établissements, qui ne sont pas au même niveau dans la gouvernance démontre selon toute vraisemblance que celle-ci n'entraverait pas la collaboration entre les acteurs.

## **2.2.2 L'expression de la collaboration**

### Dans le GH

#### **Une collaboration effective**

Pour les DS, la collaboration avec le PCME et les chefs de pôles est effective et se décline à divers moments de la vie hospitalière. Sur un mode formel et informel, comme le soulignent les chefs de pôle, car ils sont dans un certain nombre d'instances communes et où la représentativité de la direction des soins est toujours assurée. Ainsi l'un d'eux dit « le CEL, c'est très utile pour se parler, aborder les problèmes, et être sur la même longueur d'ondes ». Lors de l'élaboration des avenants annuels au contrat de pôle, les DS apportent une aide dans la déclinaison des axes du projet de soins et aux différents points d'étapes de ces contrats auxquels elles participent. Par leur présence à toutes les CME, où sont communiqués tous les travaux de la CSIRMT, aux conférences de pôle et aux bureaux de pôle où les DS sont régulièrement conviés. Mais aussi, par des moments ritualisés comme des points réguliers avec le PCME sur différents sujets. Et puis comme les DS le disent « la collaboration avec la communauté médicale, elle se vit au quotidien », dans tous les dossiers de fond qu'il faut travailler avec eux, notamment sur tous les projets de réorganisation « car tout est en système, si tu touches un truc, cela modifie tout ». Mais la collaboration ne se vit pas qu'à travers les projets. La collaboration s'initie, se provoque, tous les DS évoquent la nécessité d'aller à la rencontre de la communauté médicale, d'aller sur le terrain « puisque cela fait partie de nos habitudes et que l'on a un véritable sens du collectif ». Cela permet une communication directement au contact des équipes, dans les services. C'est dans la teneur de ces échanges où tout peut être évoqué sans tabou que se tissent les liens. La connaissance mutuelle en dehors des moments formalisés, participe à une collaboration basée sur des relations humaines simples. Cette relation de proximité contribue aussi à mener des projets ensemble et à provoquer une participation effective de la communauté médicale au projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il s'agit alors, de trouver des thématiques transversales et pragmatiques pouvant être travaillées ensemble comme par exemple « la

construction de chemins cliniques ». Cette relation de proximité créée par le biais de projet participe à créer aussi la confiance mutuelle qui se construit en permanence.

Aujourd'hui même si la dynamique hospitalière n'est pas tout à fait stabilisée, le rôle du DS est de concilier, et de continuer à avancer pour ne pas « gripper la machine », aussi il faut être dans les complémentarités et travailler ensemble avec la communauté médicale, et accepter d'endosser le rôle de direction fonctionnelle. Ainsi comme le souligne une DS « Qui dit direction fonctionnelle veut bien dire, cela aide à fonctionner »

Dans ce GH la collaboration est instituée et, dans les moments formels et informels, elle fait partie du mode de fonctionnement de l'établissement.

### **Une expertise recherchée par les chefs de pôles**

La collaboration se manifeste aussi dans certaines situations où la connaissance des organisations du DS peut être sollicitée, car comme le souligne un des chefs de pôle, « j'estime qu'un chef de pôle ne doit surtout pas tout savoir et qu'il y a un certain nombre de choses dans lesquelles je n'ai pas à mettre les pieds, car ce n'est pas de mon niveau ou de ma ressource ». C'est le cas par exemple d'un chef de pôle (pharmacien) qui évoque une collaboration étroite avec le DS sur certains sujets comme « les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), l'organisation de procédures pour le bon usage du médicament, sur la gestion des postes de soins avec les soignants », pour lui le DS est un collaborateur particulier à la pharmacie car ils ont plus de travail en commun qu'avec les autres directions fonctionnelles, pour lui, ils ont le même langage. Ainsi, il appuie son propos en disant « elle est invitée au conseil de bloc, elle en fait partie, on fait appel à son expertise, plus sur l'humain et l'organisationnel pas ressources humaines mais plus gestion de conflits etc... Car dès qu'il s'agit de remanier une organisation par exemple l'ambulatoire, l'hôpital de semaine on travaille toujours avec la DSI ». Pour d'autres, le premier collaborateur est le CPP, même si à l'occasion de recrutement de cadres, ils peuvent s'entretenir directement avec le DS pour donner leur avis.

### **Des projets travaillés en concertation**

Dans l'élaboration des projets quels que soient leur nature, dès lors qu'ils sont liés à l'organisation, à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques, ils sont travaillés en collaboration. Un chef de pôle déclare « les axes du projet de soins sont obligatoirement déclinés dans le projet de pôle, il y a un canevas, avec les axes du projet médical. Nous travaillons la main dans la main, dans ce GH, il y a une tradition d'harmonie. Entre la direction, les médecins et la direction des soins, il y a une collaboration très bénéfique ». Aussi comme le soulignent les chefs de pôle et les CPP, les résultats des fiches action des pôles déclinées à partir du projet de soins, font l'objet

d'une présentation annuelle où sont présents et le chef de pôle et le DS. Ainsi tous ont le même niveau d'information sur la dynamique du pôle en matière de qualité et sécurité des soins. Par contre, un des chefs de pôle déplore « je dirais ce qui pêche un peu parce que c'est récent c'est la recherche soignante, je veux dire c'est compliqué, les freins sont multiples. C'est d'abord pour un soignant d'endosser l'habit de chercheur, le temps à y consacrer... ». En effet, le développement de la recherche en soins paramédicale, fait également partie des objectifs que ce sont fixés les DS du GH pour cette année.

Avec les chefs de pôles, la collaboration est alimentée en respectant les prérogatives de chaque acteur. Les projets sont travaillés en collaboration pour une prise en charge holistique du patient. A travers les propos des chefs de pôle, la valorisation des soignants revêt une grande importance, ce qui est une opportunité pour le DS pour impulser la recherche paramédicale avec le concours du corps médical.

### **Des CPP comme relais**

Dans le GH, les réunions organisées par les DS, avec les CPP tous les quinze jours, permettent les échanges. Ces réunions contribuent à tisser des liens entre la direction des soins et les pôles. Cela permet une écoute active de la part du DS dans les moments de doute et de difficultés ressentis par les CPP, dans la gestion de leur pôle. L'un des CPP évoque la collaboration avec le DS comme une évidence, puisqu'il déclare « Oui forcément, d'abord c'est ma hiérarchie et puis autant que de besoin, je sollicite la direction des soins sur certains sujets, sur un certain nombre de dossiers ». Ils sont tous unanimes pour dire que les relations formelles et informelles avec les DS sont soutenues et constructives.

Ainsi, nous remarquons que dans le GH, toutes les composantes d'une collaboration effective telle qu'évoquée dans notre cadre conceptuel, sont présentes. La collaboration se situe tant au niveau des instances que sur le terrain et contribue à créer du lien entre la communauté médicale et le DS. Dans le même sens, les différents projets, ou orientations ayant un impact soit sur les organisations, soit sur la politique de soins à instituer dans l'établissement, sont élaborés en concertation.

### Dans le CHU

Au niveau du CHU, à part les instances, telles que le directoire et la participation du DS aux différentes commissions, la collaboration avec la communauté médicale que l'on qualifiera de quotidienne est peu mise en œuvre. C'est plutôt, une collaboration de circonstances qui se manifeste au gré des difficultés des pôles ou des besoins ainsi l'un d'eux dit « j'ai quand même eu le DS comme interlocuteur pour le recrutement d'un cadre,

elle m'a demandé mon avis », et au gré des projets où l'expertise du DS ne peut qu'être recherchée notamment « dans la reconfiguration de service où sa capacité à négocier a été très aidante ». Et c'est essentiellement sur des problèmes d'organisation soignante, d'encadrement et plus généralement sur des modifications du tableau des effectifs que la communauté médicale sollicite le DS. Cela peut aussi être dans le cadre de la sous-commission de la CME, au sujet de la gestion des risques liée aux soins. Par ailleurs, un des chefs de pôle évoque la participation du DS aux groupes de travail sur la culture de sécurité des soins et sur la bientraitance, affirmant ainsi que, « par sa présence elle donne un signal fort à toute la communauté hospitalière, sur le sens et les valeurs qu'elle entend voir porter par les professionnels ».

Au CHU, nous n'observons qu'une ébauche de collaboration entre communauté médicale et direction des soins. Celle-ci n'intervient qu'à l'occasion de projets ponctuels et peu de jalons sont réellement posés pour entretenir une collaboration durable et productive qui permettrait de répondre aux exigences futures d'une prise en charge coordonnée. En effet, ni les espaces d'échanges sur l'activité des pôles, ni la participation du DS à l'élaboration des contrats de pôle ne sont ici formalisés. Par contre, la place incontournable du DS dans les projets relatifs à la qualité des soins est bien identifiée.

### **Synthèse**

Dans les schémas de ces deux établissements, les moments inscrits comme formels et favorisant la collaboration (les instances, les groupes de travail, les réunions) ne sont pas identiques mais présentent des similitudes. Néanmoins, une différence semble exister entre les deux établissements, dans la qualité de la communication établie entre DS et communauté médicale. Au niveau du CHU, les relations sont essentiellement formelles entre communauté médicale et DS, et concernent presque exclusivement des projets institutionnels, ou la résolution de problèmes dans les pôles. En effet, au quotidien la communication s'établit uniquement entre CPP et DS. Dans ce schéma de fonctionnement, il s'avère essentiel que le DS entretienne d'excellentes relations avec le CPP pour ne pas être éloigné de la réalité des pôles, pour pouvoir agir en régulateur et ainsi garantir une certaine cohérence institutionnelle.

Cependant, quelle que soit la dimension des établissements et leur avancée dans la nouvelle gouvernance, même si elle se manifeste de manière différente, nous pouvons dire que la collaboration entre la communauté médicale et le DS est effective. Elle reste néanmoins à consolider au CHU, à l'aide d'éléments qui constituent une collaboration de qualité, comme nous l'avons exposé dans notre cadre conceptuel.

## **2.2.3 Les attentes vis à vis de la profession de directeur des soins**

### **Des DH qui réclament un positionnement fort**

Dans un contexte hospitalier contraint, les DH attendent du directeur des soins qu'il ait une position de manager dirigeant ; qu'il réfléchisse avec l'encadrement paramédical à une organisation hospitalière la plus performante possible basée sur la qualité de la prise en charge mais sans en oublier l'efficacité. Ainsi pour eux le rôle du DS n'est plus dans l'opérationnalité car il doit se servir des relais que sont les CPP. Ils attendent qu'il soit force de proposition, qu'il sache faire évoluer les organisations, qu'il ne soit pas uniquement dans la déclinaison des actions mais plutôt à leur initiative, et qu'il apporte des éléments de décision. Les chantiers organisationnels sont à l'heure d'aujourd'hui très importants, ainsi l'un d'eux dit « on le voit bien, c'est la gestion des lits, les séjours, faire en sorte qu'il y ait une forme de mutualisation, pour permettre une souplesse dans la gestion des patients mais sans perdre en qualité. C'est là, la complexité du travail de la direction des soins qui doit faire évoluer les organisations sans perdre en qualité voire en l'augmentant, avec pour objectif l'amélioration du parcours patient ». Mais pour ce faire, il faut effectivement que le DS « intègre la notion de pôle et se conçoive et se pense d'abord comme un animateur, un coordonnateur, un « impulseur » avec un rôle particulier vis-à-vis des CPP qui sont ses premiers interlocuteurs et les premiers à associer, car ce sont eux les effecteurs sur le terrain »

La gouvernance interne des hôpitaux bouleverse le schéma traditionnel de l'action du DS qui doit se positionner dans une dimension stratégique et politique « Il est plus dans un rôle d'information, d'orientation, alors que sa force opérationnelle, celle qui va l'aider à mettre en place une politique conforme à celle attendue par la direction générale et par les enjeux des projets de l'hôpital c'est par les CPP. Là il a une tâche réelle, à lui de savoir l'organiser pour qu'elle soit effectivement sa force de mise en œuvre sur le terrain ». Ainsi pour remplir son rôle avec le plus d'efficacité possible et aussi parce que ce mode de fonctionnement change les rapports entre les acteurs, le DS ne doit plus être dans un rapport hiérarchique avec les CPP même s'il existe et s'exerce à certain moment, mais se doit de développer sa capacité relationnelle pour convaincre et coordonner, « de mettre les gens en mouvement de façon coordonnée ». Pour eux, le DS est déjà doté de qualités managériales et, dans ce contexte de redéfinition des rôles, il se doit aussi d'être pédagogue.

Les attentes des DH vis à vis des DS, sont aussi dans la cohésion et le lien qu'ils doivent opérer entre les pôles, « il doit être un facilitateur, et donner le cap ». Ils doivent pouvoir générer un travail collectif naturel. Pour se faire, ils doivent organiser des temps de rencontres et de travail régulier avec les CPP, « en bref décliner leur schéma d'encadrement ». La direction des soins doit donc instaurer « un vrai lieu de débats, d'échanges, et de discussion, qui n'est pas simplement une chambre d'enregistrement, la

direction des soins vient donner l'information aux CPP, mais celle-ci doit être répercutée ».

Mais c'est aussi les rôles de conseiller auprès de la direction et d'expert dans les organisations soignantes qui sont attendus aujourd'hui par les DH.

Dans les deux établissements enquêtés, nous relevons le même niveau d'attente des DH vis à vis des DS. Pour les DH, en effet, le rôle d'animateur et de soutien du DS aux pôles est particulièrement marqué pour assurer la coordination de leurs actions dans une cohérence institutionnelle.

### **Une attention particulière réclamée par la communauté médicale**

Tous les médecins interviewés déclarent entretenir de bonnes relations voire excellentes pour certains avec la direction des soins. En effet plusieurs d'entre eux évoquent « des réponses adaptées à leur demande qui peuvent être de l'ordre de l'organisation ou du management des ressources humaines » et confirment que « les relations de proximité avec le DS concourent aussi aux relations cordiales ». Ainsi, leurs attentes vis à vis du DS sont une grande disponibilité, une écoute, le respect de leur champ de compétences, et qu'elles apportent une plus-value à la réflexion. Pour signifier cette attente, l'un d'eux déclare « qu'elles ne soient pas des empêcheurs de tourner en rond ». Cependant dans certaines situations même s'ils comprennent les contraintes des DS, ils sont à même de défendre leurs positions, car l'un d'eux dit « elles ont des missions, j'ai les miennes, donc de temps en temps je défends mon bifteck ».

Mais pour eux, dans tous les cas, elles doivent aussi avoir un esprit d'ouverture. Pour un des chefs de pôle « il réclame une collaboration positive. Que chacun respecte son domaine d'influence sans empiéter sur celui des autres ».

Là nous voyons que les chefs de pôles des deux établissements sont sensibles à l'expertise que peuvent leur apporter les DS sur certains sujets, mais réclament aussi une certaine indépendance dans leurs prérogatives.

### **Des CPP qui réclament plus de collaboration avec les DS**

Des points réguliers sous forme de réunions de coordination avec le DS sont toujours évoqués dans l'organisation des deux établissements. Cependant, concernant les recrutements les CPP du GH déclarent « La direction des soins doit avoir un droit de regard, car clairement c'est elle qui doit arbitrer entre les pôles, car elle est responsable de l'équilibre entre les pôles, elle a un devoir d'équité ». Pour eux, Ils réclament notamment dans les réunions de cadres de pôles, plus de lisibilité sur les décisions institutionnelles, des informations sur les autres pôles et les répercussions suite à ces décisions sur le fonctionnement de leur pôle. Ils attendent du DS «de travailler ensemble

sur des sujets qui concernent les pôles et puis quelques fois des sujets qui sont plus transversaux sur le GH ». Le GH organise chaque année des conférences de pôle, les CPP réclament que les DS organisent la lisibilité de ces synthèses et provoquent des échanges entre les CPP sur les résultats de leurs pôles, « cela contribuerait à une certaine dynamique ». Ainsi l'un d'eux déclare « moi si je suis DS demain, les CPP j'en ferais ma garde prétorienne rapprochée, pour avoir une lisibilité parfaite sur l'ensemble des pôles ». Les attentes des CPP ont trait aussi au développement de leur autonomie dans la gestion de leur pôle, bénéficier de conseils, et inciter au partage d'outils de pilotage entre les pôles. Ils réclament ainsi de l'écoute, des échanges, « car je le vois plus on travaille ensemble, alors que parfois on n'a pas le même regard, on se complète, on est des partenaires ». « C'est aussi la confiance, le soutien, l'accompagnement dans la conduite de projets, et l'aide dans les organisations que nous attendons du DS ». Ils attendent une collaboration très étroite avec le DS, puisque selon eux « c'est une orientation médico-administrative de plus en plus affirmée qui se dessine, et que nous sommes ni l'un ni l'autre ». Ils attendent donc que « la direction des soins crée « un poids » personnel paramédical incontournable avec les cadres de pôle ». La nouvelle configuration des pôles et la création des GH créent également de nouvelles attentes chez les CPP. Ils souhaitent en effet que les DS les accompagnent dans l'harmonisation des organisations de travail et des pratiques professionnelles sur les différents sites, tout en respectant les cultures propres aux établissements.

### **Les représentations des DS**

Les DS pensent que tant les DH que les médecins, attendent d'elles une vision systémique des organisations soignantes, pour mieux répondre aux enjeux actuels de l'hôpital. « En effet une décision que l'on prendra à un moment donné peut impacter tout le fonctionnement ». De même dans certaines situations, « il est essentiel de se poser la question de ce qui est de notre responsabilité pour ne pas empiéter sur celles des autres, mais c'est aussi avoir le courage d'aller au feu dans certaines situations, de se positionner et parfois de dire des choses pas toujours agréables ». C'est aussi avoir une grande capacité d'écoute, prendre le temps de la réflexion sans laisser « pourrir » les dossiers, il faut savoir décider et acter. Et dans le contexte de nos établissements, les DS s'inscrivent aussi dans la rigueur « Avoir une rigueur de traçabilité, parce que l'on s'inscrit dans un contexte où il faut rendre visible les éléments de contexte ». Avoir également une certaine souplesse dans les relations et une certaine disponibilité, « être un véritable collaborateur loyal, un conseiller, une sentinelle, une veille active et proactive ».

Dans les relations avec la communauté médicale, il a clairement un rôle d'accompagnement dans les organisations où il apporte un appui méthodologique.

Tous les DS interviewés se considèrent comme des pilotes de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de manière transversale au sein des pôles.

#### Dans le CHU

Et plus précisément dans le CHU, en plus de tout ce qui a été précédemment énoncé, il est attendu du DS un accompagnement vers l'autonomie des CPP et des chefs de pôles, dans la gestion et dans les décisions à prendre, mais aussi dans la coordination entre les pôles. L'attente exprimée est qu'il soit un relai pour entretenir le lien. L'un des CPP dit « J'attends du DS qu'elle m'accompagne vers l'autonomie tout en étant là et en ayant un regard de contrôle, du coup cela repositionne les choses, et cela m'aide à argumenter ».

#### **Synthèse**

Ainsi malgré une avancée différente dans les deux établissements, nous constatons un même niveau d'exigence envers le DS. Il se situe au niveau managérial, dans l'accompagnement, dans le soutien des équipes, dans le conseil auprès de la direction, où le DS doit être force de propositions. Il se doit de fixer un cap, d'être un guide et l'initiateur d'une politique de soins. Le niveau d'exigence se situe également au niveau communicationnel puisque le DS doit être en capacités d'interagir avec l'ensemble des managers hospitaliers. Face aux défis multiples liés à ce nouveau fonctionnement et aux contraintes de notre système de santé, il est en effet demandé au DS d'être en capacité d'innover pour proposer des organisations efficaces, et d'anticiper les compétences requises pour les faire fonctionner.

### **2.2.4 Les enjeux de ce fonctionnement pour le directeur des soins**

#### **Un positionnement affirmé et reconnu**

Pour les DS, les enjeux sont essentiellement centrés sur le positionnement qu'ils doivent avoir vis-à-vis de leurs interlocuteurs. L'une d'elle dit « il y a la place que l'on prend, c'est à dire que si on ne la prend pas, elle peut être prise par d'autres ». Ainsi, la direction des soins vient en appui, elle vient en conseil et soutien méthodologique. S'il y a des décisions à prendre, elle les prend et ne les fait pas prendre par d'autres. C'est d'avoir cette dimension transversale et stratégique, l'un d'eux dit « il est l'un des seuls à avoir cette vision transversale des soins faits à l'hôpital par l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux et en lien avec la direction ». C'est aussi être reconnu et légitimé dans la fonction par les actions menées.

L'enjeu est donc aussi d'inspirer la confiance à ses différents collaborateurs pour obtenir les informations essentielles émanant des pôles et conforter ainsi la vision transversale de ce qui se fait sur l'établissement. La culture médico-soignante du DS, due à sa formation, à son parcours, et à sa connaissance de la communauté médicale, est un atout pour

construire les projets dont a besoin l'hôpital de demain. Mais il y a d'autres champs qui ne sont pas suffisamment investis, selon ce DS, « il faudrait être plus présent et rigoureux sur le sujet de la qualité et de la sécurité des soins, essayer de donner un cap plus clair qu'il ne l'a été jusqu'à présent. Lâcher un peu plus la gestion du personnel. Il y a des DRH, et même si c'est le nerf de la guerre, il ne faut pas forcément s'en emparer. Je pense aussi que le champ de la qualité, et les parcours patient, sont des enjeux majeurs, y compris en terme de pilotage ». Nous le voyons l'enjeu pour les DS est bien de recentrer son action sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins tout en développant les compétences des cadres. Ces actions sont des prérequis indispensables à l'identification des parcours patients les plus efficaces et à l'accompagnement des coopérations entre professionnels de santé, deux objectifs de santé publiques prioritaires.

### **Faire preuve de compréhension**

Pour accomplir les fonctions de ce poste, le DS doit faire preuve de compréhension, être dans l'écoute, accompagner, construire, aider dans les moments où l'on détecte des points faibles, promouvoir les compétences de l'encadrement et aider aux évolutions professionnelles. Mais pour accomplir cette mission, il faut nécessairement avoir de solides bases de connaissances dans le domaine de la santé et aussi de terrain pour asseoir ses compétences et sa légitimité vis à vis de l'encadrement, du corps médical et des autres directions fonctionnelles. Et surtout être humble, aller à la rencontre de l'autre, ainsi l'une d'elle dit « et tout cela c'est le positionnement du DS, et tout cela fait que c'est aussi très personne dépendant ».

### **Une aide dans une vision prospective**

Le DS doit avoir un esprit créatif dans une dimension très prospective et stratégique, avoir une vision globale des compétences de son établissement pour anticiper les changements à venir, « bref, avoir une vision stratégique ». Pour l'un des chefs de pôle rencontrés, les directeurs de soins ont un rôle très important à jouer au sein de la direction. En effet ils portent en eux l'expérience irremplaçable de ce qu'est un hôpital. Pour lui, « Les administratifs qui sortent de Sciences Po n'ont pas ces connaissances et cela pose un problème de positionnement. Ce n'est pas une critique, mais les directions des soins avec des gens qui ont votre profil continueront à exister et c'est très bien, car si le directeur des soins n'a pas oublié qu'il est une ancienne infirmière c'est bien plus facile ». Dans cette déclaration, le chef de pôle fait appel à la connaissance, et l'expérience du terrain du DS. Et il renchérit en disant pour moi, le DS « doit se positionner dans ce trio, il a une vraie place à prendre sa place est légitime ». Un autre s'exprime sur le même registre, le DS a « un rôle très important de coordination sur tout

l'hôpital, de décision, de collaborateur majeur à l'échelon de l'hôpital. Plus au niveau stratégique, il a un rôle de pilote pour le groupe hospitalier ».

### **Un positionnement fort réclamé par les DH**

Les DS doivent repenser leur rôle en tant que promoteurs d'actions transversales au sein des pôles. Les enjeux pour eux, sont ce nouveau positionnement qu'ils doivent endosser envers les trions de pôle, mais aussi envers les membres des directions fonctionnelles qui elles aussi, agissent transversalement au sein des pôles. Cette vision plus politique et stratégique des organisations permettra à la direction des soins d'être en capacité d'innover et de proposer des organisations nouvelles à la recherche d'une prise en charge des patients la plus efficiente possible.

### **Une collaboration étroite avec les CPP et les chefs de pôles**

Pour les chefs de pôles ce qui est important « c'est que les DS entretiennent un maillage forts avec les CPP, et qu'ils participent au développement de leurs compétences ». Pour eux, ce qui participe à la réussite du pôle, c'est d'avoir une vision partagée, de provoquer un travail en commun, de partager les règles du jeu et d'avoir des moments réguliers de pilotage sans que ceux-ci ne soient forcément encadrés. Profiter de tous les moments propices pour conforter cette collaboration pour le bien être de l'institution et surtout celui des patients.

La coordination menée par le DS est un véritable enjeu, un des CPP s'exprime en disant « Avoir le regard d'expert du DS, mais le CPP est aussi expert quelque part, et travailler à plusieurs expertises nous rend plus fort ». Un autre de déclarer « L'enjeu du fonctionnement polaire pour le DS, c'est de s'appuyer sur les cadres de pôle, à mon sens c'est même s'allier. Il faut qu'ils redeviennent des collaborateurs DS/ CPP avec des rôles bien définis ». Dans les propos des CPP, une autre idée émerge quant au positionnement que doit avoir le DS « Le DS a tout intérêt à ne pas se mettre au même niveau qu'un chef de pôle, il doit se situer au-dessus de la mêlée clairement. Le DS par sa position au sein de la direction doit construire sa légitimité, pour envoyer aux CPP un message fort pour qu'ils sentent cet étage de différence ». L'enjeu aussi pour le DS dans cette nouvelle organisation est de travailler en concertation avec les chefs de pôle et de participer au choix des CPP pour construire des relations de travail solides.

### **Et une plus value à institutionnaliser**

Pour les CPP du GH, il y a un réel enjeu de positionnement pour le DS, en effet, ils déclarent « Nous avons un certain nombre de collègues cadres de pôle qui militent dans la collégiale, pour qu'à l'issue de leur mandat, ils soient positionnés en tant que DS ou obtiennent une VAE ». CPP est une mission nouvelle, qui dans certains petits

établissements pourrait correspondre aux missions d'un DS. Aussi, la plus value des DS est de s'impliquer « dans tout ce qui concerne la qualité du soin, le circuit du soin, le circuit du patient, et de laisser à d'autres comme la DRH, une grosse partie des ressources humaines ». La valeur ajoutée se situe dans la gestion éthique et dans l'accompagnement de projets au niveau du pôle. Pour un CPP, il faut que le DS « soit dans la boucle et il faut toujours trouver quelle plus-value il a à y être, mais la plus value doit être extrêmement élevée, elle doit être plus élevée pour un DS qu'un CPP ».

C'est aussi, instaurer une cohésion forte avec les CPP pour parler d'une même voie. Ainsi comme le souligne le CAP interviewé « le DS est un garde fou pour la qualité des soins, il est là pour garantir la sécurité des soins dans les pôles. Son rôle est essentiel et doit être conjugué avec le CPP et le chef de pôle».

### **Une communication à optimiser**

L'enjeu de ce fonctionnement en pôle est dans la relation que doivent entretenir en permanence les DS avec la communauté médicale. La connaissance partagée des problématiques médico-soignante, un langage commun et compréhensible par les deux parties sont des facteurs facilitant de la communication qu'ils entretiennent. Mais cette collaboration entre DS et communauté médicale ne pourra être efficiente sans un relais d'information de qualité de la part des CPP envers le DS. En effet, entretenir des relations de travail opérationnelles avec les CPP permet de garantir la fluidité des relations avec les chefs de pôle. Car de nombreux défis sont à relever dans les organisations, et dans les innovations à apporter à notre système de santé. L'enjeu pour le DS est d'établir une confiance mutuelle entre les différents acteurs « mais pas de la confiance mutuelle pour de la confiance mutuelle, mais pour se dire les choses, être force de propositions d'un côté comme de l'autre ».

### **Synthèse**

Les enjeux du fonctionnement en pôle pour les DS sont identiquement identifiés pour les deux établissements. Il devient primordial pour le DS d'avoir une vision plus large et d'investir de nouveaux champs. La collaboration qu'il doit instaurer avec la communauté médicale est primordiale pour développer de nouvelles organisations et garantir des soins de qualité au patient. Pour autant, il devra aussi favoriser le développement des compétences des CPP pour les guider vers une autonomie de gestion. La délégation impose la confiance et la responsabilité, mais impliqués dans les résultats, les acteurs du pôle auront à cœur de répondre aux objectifs. Dès lors, le rôle du DS est essentiel dans le soutien à apporter aux pôles. Car, les enjeux sont aussi l'alimentation constante de la motivation des acteurs du pôle pour produire des soins de qualité, dans des organisations

performantes soucieuses de ses professionnels. La proximité avec le PCME, les chefs de pôle et les CPP est à cet égard indispensable.

### **2.2.5 Vérification des hypothèses**

Les hypothèses émises au début de ce travail sont validées puisque les propos recueillis vont dans leur sens.

**Les relations que le directeur des soins entretient avec l'encadrement influencent la collaboration avec la communauté médicale.** Dans les propos recueillis, nous pouvons affirmer que les relations entretenues par le DS et les CPP favorisent une relation de travail collaborative entre DS et chefs de pôle.

**Les domaines de travail partagé et les temps d'échanges entre la communauté médicale et le directeur des soins favorisent la collaboration.** Cette hypothèse est également validée puisque démontrée à plusieurs reprises dans les échanges et les travaux menés de concert. De plus, cette collaboration est entretenue par certains acteurs dans des moments informels.

**La capacité du directeur des soins à se positionner, participe à la construction d'une relation efficace avec la communauté médicale.** Cette étude a mis en évidence le champ d'intervention du directeur des soins dans la gestion de pôle. Elle a permis de définir sa zone d'autonomie et d'influence grâce à un positionnement de manager pédagogue.

Cette analyse des données recueillies lors de nos entretiens, va nous permettre de dégager quelques enseignements pour professionnaliser la collaboration du directeur des soins avec la communauté médicale.

### **3 PROFESSIONALISER LA COLLABORATION ENTRE COMMUNAUTÉ MÉDICALE ET DIRECTION DES SOINS**

La collaboration entre la communauté médicale et la direction des soins participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui est le point de départ de toute organisation cherchant à accroître son efficacité. Cet angle d'approche est parfaitement illustré dans le GH. Le CEL qui regroupe tous les chefs de pôles, le PCME, le directeur et les DS permet une connaissance partagée des problématiques et surtout un langage commun et compréhensible par tous pour engager les projets nécessaires. Cet exercice partagé est aussi conditionné aux relations entretenues avec les CPP qui sont les relais entre la direction des soins et les pôles d'activité. Aujourd'hui, les relations ne s'établissent plus sur un modèle hiérarchique mais ont évolué vers la transversalité. Ainsi, il s'agit pour le DS de créer les conditions idoines de cette collaboration et de mettre «L'intelligence de chacun au service de l'ensemble, c'est mettre en œuvre une organisation stratégique »<sup>54</sup>.

Cette étude a mis en évidence plusieurs champs qui loin d'être exhaustifs peuvent dès lors être explorés. En effet, il ressort de l'analyse des entretiens des pistes d'actions qui pour certaines sont déjà mises en œuvre et qui permettront le développement de la collaboration communauté médicale et DS. Elles font appel aux conditions de travail favorisant la collaboration, à la posture managériale du DS et à la culture à partager au profit du patient.

#### **3.1 UNE COLLABORATION À FAIRE VIVRE**

Les attentes formulées vis-à-vis du DS dans cette étude sont multiples et multiformes. Elles vont de la nécessaire coordination qu'il doit opérer pour maintenir une dynamique institutionnelle, de sa capacité à s'adapter à ce nouvel environnement, du développement des compétences et l'autonomisation de l'encadrement. Elles sont également dans l'appui et dans l'aide à la décision. Mais aussi dans sa capacité à insuffler un nouveau mode de management basé sur la collaboration.

Cependant, la collaboration induit un certain nombre de préalables que nous avons affichés dans notre cadre conceptuel. Elle se base sur la confiance, la transparence, le partage des informations et le respect mutuel. Les témoignages recueillis lors de notre enquête font état de souhaits d'aide, et de soutien. Par conséquent, nous proposons de mettre en œuvre un accompagnement de proximité pour les acteurs des pôles, de faciliter

---

<sup>54</sup> ARNAUD J-O, BARSACQ G, 1989, « *La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital* », Edition ESF Paris, p.21

les échanges et leur qualité, et de nous engager dans une dynamique de concertation dans les projets avec la communauté médicale.

### **3.1.1 Dans l'accompagnement**

L'accompagnement de nouvelles organisations de travail dans un établissement de santé relève pour notre part d'une volonté institutionnelle. Le DS faisant partie intégrante de cette direction, est l'acteur privilégié dès lors qu'il s'agit d'un accompagnement dans le domaine du management. C'est sa vision globale, transversale, stratégique en lien avec le projet d'établissement et son expérience qui lui confère une légitimité. Dans nos entretiens, il apparaît une demande très forte d'accompagnement par le DS pour le trio de pôle. Pour les CPP, les attentes vis-à-vis de la DS, sont une plus grande confiance, du soutien, un accompagnement dans la conduite de projets, une aide dans les organisations et les mutualisations.

Concrètement, cet accompagnement peut se réaliser après un état des lieux et un bilan des demandes, pour identifier si celles-ci relèvent d'une formation qu'il faudra proposer et organiser en lien avec le directeur de la formation ou s'il s'agit d'une aide méthodologique dans la construction d'outils de gestion pour le suivi des pôles ou de soutien dans la prise de décisions. L'inventaire des demandes ainsi élaboré permettra au DS de prendre les mesures appropriées, car l'accompagnement peut aussi se réaliser sous forme d'espaces de parole où le partage d'expériences est profitable à tous.

Il peut également se réaliser de manière individuelle dans l'élaboration de tableaux de bords ou de projets. Nous l'avons également ressenti dans nos entretiens, les CPP sont parfois déstabilisés par les pôles multi sites post fusion. La difficulté perçue est le manque d'harmonisation des outils et la différence des modes de gestion des ressources humaines entre les sites ce qui pose un véritable problème pour un management équitable. Il s'agit là aussi pour le DS de s'engager auprès des CPP pour les aider dans l'harmonisation, repérer ensemble les pratiques différentes, identifier les forces et les faiblesses de chacune d'entre elles et si celles-ci touchent à des réorganisations de fond. Associer la direction des ressources humaines ou d'autres partenaires pour trouver l'organisation la plus appropriée et la plus consensuelle possible.

L'accompagnement des chefs de pôle par le DS a surtout été identifié au niveau managérial, et c'est précisément dans les relations avec leurs confrères ou dans la compréhension de ce qui se joue dans le pôle en matière d'enjeux ou de jeu d'acteurs, qu'elle peut être une aide. La collaboration entre la communauté médicale et le DS passe, depuis l'avènement des pôles, presque exclusivement par les CPP. Etablir une relation étroite et de qualité avec les CPP, participer au développement de leurs compétences, et les accompagner vers l'autonomisation est assurément un sésame pour construire avec

les chefs de pôle un partenariat basé sur une compétence reconnue. Car, pour François MINTOGAUD, « être responsable d'encadrement nécessite d'agir en permanence pour :

- Harmoniser et développer les compétences des autres,
- Faire produire et obtenir des résultats,
- Convaincre et écouter,
- Etre disponible et encourager. »<sup>55</sup>

Ces éléments contribuent d'une part, à l'animation de l'équipe des CPP et d'autre part, à légitimer la place du DS. Aujourd'hui, le rôle du DS se transpose dans la délégation, il s'agit pour le DS d'admettre le principe de subsidiarité et de maintenir une proximité avec le chef de pôle et le CPP pour être un soutien dès lors que le besoin se fait sentir.

### **3.1.2 Par des moments d'échanges**

La connaissance de l'autre commence par les échanges. Dans nos organisations, ils peuvent être formels comme dans les instances où les différents acteurs se côtoient ou dans des moments ritualisés. Dans le GH, ces moments formels (le CEL) constituent comme le souligne le DH un vrai lieu de débats où tout ce qui concernent les pôles et autres projets et sujets sont abordés. Mais ce sont aussi par des moments informels comme les rencontres, qui font partie du quotidien et où les échanges peuvent être authentiques que les relations peuvent se nouer. Aussi le DS se doit d'être à l'initiative, et accessible pour favoriser ces échanges.

### **3.1.3 Dans une dynamique de projets**

L'organisation de nos établissements est en constante évolution. Ainsi, si « le métier de directeur des soins voit ses missions renforcées au niveau stratégique, clairement identifiées, en complément des missions de niveau opérationnel. Il doit connaître l'environnement et les différents acteurs de santé, afin de positionner l'offre de soins de son établissement »<sup>56</sup>, Il lui appartient alors d'œuvrer aux conditions de travail en collaboration avec ses différents partenaires pour optimiser la prise en charge du patient. Car travailler ensemble autour d'objectifs communs, renforce la solidarité et l'esprit d'équipe, ainsi comme le souligne Pierre CAUVIN, « Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et maintenir vivante l'équipe ainsi constitué »<sup>57</sup>. Dès lors, l'élaboration de projets en commun autour de la prise en charge du patient, peut contribuer à la promotion de la collaboration communauté médicale et DS et devient déterminante pour son positionnement. Dans ce contexte, et par son rôle d'interface, le

---

<sup>55</sup> MINTOGAUD F., Mai 1993, *La fonction d'encadrement*, Paris, Les éditions d'organisation, p.15

<sup>56</sup> Référentiel métier du directeur des soins, DGOS, Mars 2010, p.1

<sup>57</sup> CAUVIN P., 1997, *La cohésion des équipes*, ESF Editions, Paris, p.9

DS doit être en capacité d'anticiper. Aujourd'hui, en tant que futur DS, nous nous projetons dans une collaboration active avec la communauté médicale autour des projets qui jalonnent nos organisations.

### **Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

L'élaboration du projet de soins est une étape importante dans une institution, en tant qu'outil de co-construction managériale. Cet outil qui permet de donner un cap, de guider, orienter et fixer des objectifs en matière de qualité des soins. Partie intégrante du projet d'établissement, il définit la politique de soins de la direction des soins et la conception des soins que les professionnels entendent porter. Ainsi, dans le cadre de ses missions, le DS en tant que PCSIRMT « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». <sup>58</sup> La nécessaire coordination de ce projet avec le projet médical est donc une évidence pour une prise en charge des patients cohérente. Pour soutenir et promouvoir la collaboration, il est plus que jamais essentiel pour le DS de donner du sens, et de définir les valeurs qui sous-tendent ses actions. Les valeurs sont l'orientation de l'action collective, selon J-D REYNAUD « une action collective, en imposant des règles invente un sens ; les valeurs sont l'horizon de ce sens ». <sup>59</sup> L'association de l'encadrement, de la CSIRMT seule instance représentative des paramédicaux, des professionnels et de la communauté médicale pour l'élaboration du projet de soins, est donc un signal fort donné par la direction des soins.

Nous proposons donc, suite au bilan du précédent projet de définir les axes à développer dans le projet de soins. Les CPP désignés en tant que pilote pour chaque axe, seront chargés de constituer des groupes de travail pluri-professionnels qui définiront les plans d'actions. Ces axes et orientations seront ensuite présentés en CME par le DS pour solliciter la participation du corps médical . Cependant dans un souci de complémentarité et d'efficacité, il s'agira pour le DS d'identifier des thématiques pragmatiques autour de la prise en charge des patients, comme par exemple, l'élaboration des chemins cliniques demandée dans la V2014, et pour laquelle la participation médicale est indispensable. Ainsi, la construction du projet de soins avec la communauté médicale participera à une vision commune des soins que l'on souhaite offrir aux patients, qui pourrait à terme être un projet médico-soignant. Ce projet travaillé avec une large participation, validé par les instances, sera ensuite décliné par les CPP dans les pôles pour le faire vivre au plus près du terrain. Il s'agira ensuite pour le DS de «...s'assurer de la mise en œuvre

---

<sup>58</sup> Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>59</sup> SCHWEYER F-X, 2014, « Culture, identité, La régulation culturelle », cours EHESP, p.45

opérationnelle du projet de soins dans les pôles et de son évaluation en proposant des indicateurs de suivi et de performance dans le domaine des soins<sup>60</sup>».

Parallèlement, nous proposons de participer activement à l'élaboration des contrats de pôle pour la définition des objectifs qualitatifs ainsi qu'à leur suivi. Car, si la prise en charge des patients relève de la responsabilité médicale, le DS doit en organiser la prise en charge.

### **Projet de réorganisation des activités**

Aujourd'hui, tous les établissements réfléchissent à optimiser les prises en charge des patients dans un souci d'efficacité. Outre les organisations structurelles, c'est surtout autour des questions d'optimisation des ressources, d'organisation du travail et des soins (évaluation de la charge de travail) que le DS a un rôle majeur à jouer. Dans ce cadre, la collaboration avec les trios de pôle est essentielle. Car par sa connaissance du terrain, le DS est un interlocuteur privilégié pour proposer des organisations adaptées. Nous proposons à cet égard de piloter le groupe projet dans le cadre de réorganisation des activités pour que les décisions prises le soient en parfaite concertation. L'optimisation des organisations peut également répondre à deux objectifs : la synchronisation des temps médicaux et soignants d'une part, pour éviter les pertes de temps dans la prise en charge globale du patient et d'autre part pour respecter davantage le travail des soignants. Notre action, en tant que DS, se situe ici dans l'initiation d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui fera une analyse des activités réalisées par les professionnels et le corps médical et permettra à terme d'identifier un plan d'actions à mettre en œuvre.

En concordance avec les orientations de l'établissement, nous pouvons aussi apporter notre concours au CAP dans l'analyse médico-administrative des activités d'un pôle pour réfléchir avec l'équipe du pôle à de nouvelles activités ou nouvelles organisations pour gagner en efficacité, par exemple dans la transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle, en hospitalisation de semaine ou de jour.

Ainsi, le DS doit être en capacité d'interroger les organisations médicales et paramédicales pour répondre au défi de l'efficacité. Dans cette optique, l'articulation entre le DS et les pôles notamment entre le chef de pôle et les CPP est bien dans l'accompagnement, le soutien et l'apport de son expertise.

### **Projet en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins**

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est une obligation hospitalière. Cette politique, portée au plus haut niveau de nos organisations, puisqu'elle est une décision conjointe du DH et PCME, associe également le DS qui la détermine à travers le projet de soins. La CME chargée de l'élaboration du programme d'actions

---

<sup>60</sup>Référentiel métier des directeurs des soins, Mars 2010, p.2

qualité tenant compte du rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, a aussi un rôle très important dans le pilotage de ce programme. De même de nombreuses commissions participent à ce challenge. En adéquation avec l'évolution des techniques et les droits des usagers. la gestion des risques liée aux soins est aujourd'hui une préoccupation majeure, travailler en collaboration étroite avec tous ces acteurs et plus particulièrement avec le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins est une nécessité. Même si cette thématique impacte plusieurs acteurs, elle touche le cœur du métier des soignants, et à ce titre, le DS est légitime pour s'impliquer. Mais, impulser cette dynamique institutionnelle passe par l'information des professionnels, cette déclinaison peut être assurée par le DS par l'intermédiaire de l'encadrement. Nous proposons ainsi une part active de la direction des soins dans le pilotage conjoint de la culture de sécurité dans l'établissement, en faisant un état des lieux sous forme d'audit pour déterminer ensuite un plan d'action. Une participation effective dans l'analyse des événements indésirables associés aux soins, pour être force de propositions dans la détermination des axes de travail à initier. Le lien constant avec le coordonnateur des risques permettra d'engager les professionnels dans l'évaluation de leurs pratiques, d'inciter la mise en place de comités de retour d'expérience (CREX) et de revues de morbidité-mortalité (RMM) partagées dans les unités.

## **3.2 UN POSITIONNEMENT AU SEIN DE L'INSTITUTION**

### **3.2.1 Par un positionnement de manager au sein de l'équipe de direction**

Le DS fait partie intégrante de la direction et à ce titre, participe aux instances. Il y est une valeur ajoutée et doit s'impliquer dans tout ce qui concerne la qualité des soins. Nous l'avons identifié dans les propos des interviewés, le DS a un rôle d'interface et de régulateur ; il doit être en mesure d'exposer les situations en ayant suffisamment de recul. Pour cela, il doit faire preuve de capacités à communiquer dans le respect de ses interlocuteurs, et dans un souci constant de professionnalisation des interactions. Ainsi le DS tout en comprenant les logiques soignantes, doit rester loyal envers l'équipe de direction dont il fait partie. Dans toutes les circonstances, il se doit d'avoir une posture exemplaire et professionnelle. Par exemple, sur les sujets délicats, nous proposons qu'il rencontre soit le DH ou le PCME selon les sujets, avant le directoire, pour préparer les décisions, et qu'il assure aussi des reportings réguliers avec le DH pour l'informer. Ainsi son rôle de conseil, sa capacité d'influencer les décisions auprès du DG et du PCME, sera effectif. Plus les échanges seront fréquents avec l'équipe de direction et le PCME, plus le DS sera concerté lors de prises de décision importante. Nous proposons également pour l'avoir vécu en stage que le DS dans les décisions à accompagner,

puisse soutenir la logique soignante quand elle semble menacée, pour que la qualité du soin au patient soit préservée. Ce positionnement permettra une véritable reconnaissance du rôle du DS, car la légitimité se construit dans l'action quand elle est reconnue par les autres «La légitimité se construit sur des faits (...), elle peut venir (...) du soutien des personnes qui ont de la crédibilité au sein de l'organisation».<sup>61</sup>

Pour autant, nous pensons également que le positionnement du DS sera basé sur sa capacité à convaincre avec son empathie, et sa loyauté envers l'institution. Quoiqu'il en soit, pour l'avoir ressenti lors de nos entretiens, la fonction de DS semble être très personne dépendante, et dépend aussi de la place et du rôle qu'il entend mener dans l'institution. A cet égard, il doit aussi avoir un positionnement adapté vis à vis des pôles afin de ne pas faire d'ingérence.

### **3.2.2 Par des visites sur le terrain**

Pour collaborer efficacement, il faut connaître ses interlocuteurs dans leur fonctionnement quotidien. Nous proposons donc d'aller à la rencontre des acteurs. Être communicant et accessible est une stratégie qui permet de désacraliser ou de démystifier la fonction. Cela nécessite transparence et respect des prérogatives de chacun. Ainsi, pour les premières visites nous proposons dans un premier temps, de prendre rendez-vous auprès des chefs de pôle et CPP, afin qu'elles se déroulent dans un cadre formel et préparé. Puis dans un deuxième temps, d'autres visites plus informelles pourront être mises en œuvre pour permettre la compréhension de problèmes.

En effet, pour être en mesure d'être efficace dans les solutions ou les propositions, le DS doit cultiver la proximité avec les services et les organisations pour être par son observation, en capacité d'innover. La connaissance des équipes et de leur mode de fonctionnement, en prenant le temps d'obtenir un feed-back de la part des professionnels, permet au DS d'entretenir son expertise des organisations et son approche pragmatique. Ainsi l'analyse directe des organisations, l'identification de leurs forces et de leurs faiblesses, permet au DS d'être force de propositions. Et dans ce cadre, il peut devenir un appui pour faciliter la compréhension de ces nouvelles organisations aux équipes.

En tout état de cause, ces visites participent pour le DS à la connaissance de l'établissement pour répondre aux problématiques de l'hôpital mais aussi pour anticiper les prises en charge hors institution. De par cette connaissance du terrain, il pourra être écouté, efficace et crédible auprès de la direction, de la communauté médicale et de l'encadrement. De plus, s'intéresser au travail effectué sur le terrain par l'encadrement et la communauté médicale participe à la valorisation de leurs actions, crée du lien et permet de construire des relations de confiance.

---

<sup>61</sup> DEVREESE E., Février 2002, Légitimité du directeur et jeu des acteurs, Revue hospitalière de France, n°484, p. 57

### **3.2.3 Par l'élaboration d'un schéma d'encadrement**

La stratégie managériale du DS doit être clairement annoncée car la réussite de ce nouveau mode d'organisation dépend de l'appropriation par les professionnels des dispositions mises en place. Dans le même temps, il devient indispensable pour le DS de poser les bases de son action pour assurer ses fonctions de coordination puisque dans le cadre de ses compétences, le DS contribue à la définition de la politique d'encadrement. Rendre lisible et visible cette organisation devient un enjeu crucial pour la direction des soins, ainsi, le schéma d'encadrement consiste à fixer le mode de fonctionnement de la direction des soins et permet de définir le rôle et les missions de chacun dans des fiches de postes. L'affichage des règles du travailler ensemble et le rôle d'animation du directeur des soins sont d'ailleurs stipulé dans le référentiel des compétences<sup>62</sup>, le DS est responsable de la « Structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux » et du « Management de l'encadrement partagé et institutionnalisé »

Pour que la direction des soins soit légitimée dans ses actions, il est important que son positionnement soit affiché de manière claire. Nous proposons ainsi de formaliser un schéma d'encadrement qui définira les règles d'organisation et de fonctionnement de la direction des soins. Il s'agira dans un premier temps d'établir son organigramme pour clarifier les circuits de l'information et des décisions, d'éclairer l'articulation de la direction des soins avec les autres directions fonctionnelles, et de définir l'organisation de la continuité de l'encadrement en cas d'absence.

Dans cette organisation, nous proposons de mettre en place un certain nombre de réunions qui seront déclinées selon la responsabilité de l'encadrement. Ainsi, nous envisageons une réunion de coordination tous les quinze jours avec les CPP où s'effectuera un report d'informations institutionnelles et des échanges sur l'activité des pôles. Et, des réunions bimensuelles avec l'encadrement de proximité pour conforter le lien avec la direction, échanger sur leurs difficultés ou encore partager la réalisation de travaux effectués dans leurs unités.

Les réunions sont des espaces formalisés, mais elles sont aussi des espaces de débats et d'informations interactives. Accorder du temps aux CPP comme cela a été réclamé dans les entretiens contribue à conforter les relations de travail et de confiance. Et contribue également à maintenir ou à renforcer les liens avec et entre les pôles et par conséquent avec les chefs de pôles. Nous proposons également d'organiser un séminaire cadre de tous les secteurs, pour engager des réflexions autour de thématiques définies permettant aux cadres de mieux se connaître.

---

<sup>62</sup> Référentiel de compétences des directeurs des soins, Mise à jour décembre 2013

### **3.2.4 Par le développement de la communication et de l'information**

La communication est un élément stratégique, puisque comme le décrit Michel CROZIER « l'organisation crée du pouvoir simplement par la façon dont elle organise la communication et les flux d'information entre ses unités et ses membres<sup>63</sup> ». Détenir des informations est un élément crucial pour le DS pour conserver le lien avec les pôles et participer à leur cohésion dans une dynamique institutionnelle. La coordination passe donc par la communication, que le DS se doit d'établir pour éviter la balkanisation des pôles. En dehors de la nécessaire information circulant des pôles vers la direction de soins pour une gestion cohérente et partagée, il nous paraît essentiel de proposer différentes actions pour contribuer à valoriser le travail fourni par les pôles. Il s'agit de la mise en place de journées thématiques, pour réfléchir sur des sujets, pour présenter des expériences réussies dans les pôles ou des travaux réalisés en lien avec la communauté médicale. Cela peut participer au rapprochement des pôles et des professionnels créant ainsi un sentiment d'appartenance à une même et seule institution. Le rôle du DS est de participer à cette cohésion des pôles et de cultiver cette transparence. La promotion auprès de la CME des travaux de la CSIRMT par le DS contribue aussi à décloisonner les relations avec la communauté médicale car de l'information naît la proximité.

Organiser la présentation annuelle des bilans du projet de soins déclinés dans les pôles en présence du chef de pôle revient à reconnaître le travail effectué dans les pôles et à valoriser les CPP dans leur management de proximité avec les cadres. Ces présentations peuvent ainsi assurer le lien régulier entre le projet de soins institutionnel et le projet de pôle au plus près des équipes. Dans le même temps, partager et participer à la présentation des bilans annuels des pôles (Conférences de pôles) présentés par le trio de pôle est aussi un signal fort de la direction des soins vis-à-vis de l'intérêt qu'elle porte aux professionnels du pôle et à leur activité. Au-delà d'une participation active à la cohésion des pôles, d'autres axes de travail peuvent conforter la collaboration avec la communauté médicale.

### **3.3 UNE CULTURE A PARTAGER AU PROFIT DU PATIENT**

Les défis majeurs qui impactent nos établissements en matière de recherche d'efficience, invitent la communauté hospitalière à se pencher sur l'organisation du parcours du patient. Dans son rôle de coordonnateur entre les acteurs, le DS se doit de saisir l'opportunité de la V2014 pour travailler avec la communauté médicale pour améliorer les prises en charge ainsi que de veiller à la qualité des soins offerts. C'est une des missions du directeur des soins, que d'impulser ces réflexions auprès du PCME et de la

---

<sup>63</sup>CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, p.87

communauté médicale. Pour autant, il s'agit aussi pour lui d'afficher la politique de la direction des soins qu'il entend mener, de clarifier les modes de fonctionnement aux yeux des acteurs, et d'engager une réflexion vers des prises en charge qualitatives.

Nous proposons ci-après quelques perspectives qui confirment l'étroite collaboration qui doit être entretenue entre la communauté médicale et le DS au bénéfice du patient.

### **3.3.1 Une réflexion commune sur le parcours patient**

La mise en place des pôles a souvent été mise en œuvre dans une logique de filières pour favoriser un parcours de soins cohérent. Se mettre en accord avec les évolutions des besoins de santé devient une impérieuse nécessité. Dans ses prérogatives, le DS «veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients<sup>64</sup>». Ainsi dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, et dans l'objectif d'offrir aux patients des prises en charge coordonnées, nous proposons d'être en première ligne avec la communauté médicale et les acteurs des pôles pour y réfléchir, et piloter les groupes de travail. En effet, il faut un signal institutionnel fort pour entraîner les professionnels. Ainsi, initier et promouvoir le travail en interdisciplinarité autour de l'élaboration de chemins cliniques et encourager les programmes d'éducation thérapeutique font partie de la responsabilité du DS. De même, dans le cadre du partage de compétences entre professionnels, le DS peut avoir une part active, dans l'information, dans la présentation de la méthodologie, dans la mise à disposition de moyens, dans l'encouragement et surtout dans l'aide à apporter pour le montage des dossiers. C'est aussi pour améliorer le parcours du patient qu'il faut mettre en avant ou encourager les compétences des professionnels dans le cadre de pratiques avancées. Pour l'évolution de nos structures de soins, il est indispensable que le DS alimente la collaboration avec la communauté médicale pour optimiser les prises en charge au profit du patient.

### **3.3.2 Un plan de formation partagé**

Compte tenu des propos que nous avons soutenu tout au long de ce travail, il nous semble essentiel pour avoir une démarche cohérente d'élaborer un plan de formation en lien avec la communauté médicale. En effet, dans une démarche d'ouverture, le projet d'établissement s'inscrit dans un projet plus vaste qui est le projet territorial de santé. Ainsi un plan de formation concerté permettra de mettre en adéquation les compétences des professionnels suivant l'évolution des prises en charge dans les pôles mais aussi pour le territoire, sans occulter le développement personnel des professionnels qui est aussi une mission du DS.

---

<sup>64</sup>Référentiel métier du directeur des soins mars 2010, p.3

Pour ce faire, nous proposons d'organiser par le biais des CPP, le recueil des besoins de formation de leur pôle en lien avec le projet de pôle en tenant compte des besoins à anticiper. Besoins de formation qui seront ensuite colligés et priorisés dans le plan de formation de l'établissement.

### **3.3.3 Le développement de la recherche en soins : Un partenariat à construire**

Les deux établissements dans lesquels nous avons enquêtés sont des CHU. La dimension universitaire et de recherche est donc prégnante. Le défaut d'incitation à la recherche paramédicale a été évoqué dans nos entretiens. Ainsi, comme nous l'avons vu initier et fonctionner dans l'établissement de notre premier et dernier stage, nous préconisons, pour inciter les professionnels à s'engager dans la recherche paramédicale, de mettre en place un accompagnement à la recherche. Il s'agit d'une cellule composée de personnes ressources (médecins chercheurs, de cadres supérieurs et d'autres professionnels) qui est chargée de suivre et accompagner les professionnels dans la formalisation de leur Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et paramédicale (PHRIP), de favoriser la formation des professionnels, d'animer et structurer les groupes de travail de la cellule. Il s'agit pour la cellule de promouvoir l'intérêt de la recherche clinique dans l'évolution des pratiques professionnelles, d'identifier les sources possibles de projet de recherche et les communiquer, définir une méthodologie d'accompagnement des projets de recherche.

Le portage institutionnel est important, aussi cette volonté doit être affichée dans le projet de soins. De plus, le DS peut s'engager dans l'information et l'incitation des professionnels en organisant une journée d'information sur la recherche paramédicale. Dans cette nouvelle approche, la collaboration entre le médical et le paramédical est une nécessité que doit accompagner le DS.

## Conclusion

L'évolution de l'organisation interne de nos établissements ainsi que le contexte de notre système de santé interrogent le positionnement et la responsabilité des acteurs hospitaliers en présence. Dans ce nouvel environnement où chacun a une part de responsabilité et où la contractualisation dessine un nouveau mode de relation, se pose la question de comment travailler ensemble.

Tout au long de notre étude nous nous sommes attaché à percevoir l'impact de ces nouvelles organisations sur les relations qu'entretiennent aujourd'hui le DS et la communauté médicale. L'analyse que nous faisons, est d'une part que la collaboration doit être une politique affichée et initiée au plus haut niveau dans les instances, mais qu'elle est aussi conditionnée par la volonté des partenaires en présence. D'autre part, elle doit être concrétisée par la délégation de gestion qui participe à une émancipation encadrée des acteurs, ce qui génère pour eux un nouveau positionnement vis-à-vis de l'institution. Un autre aspect émerge aussi, la collaboration entre DS et communauté médicale est naturelle, dès lors qu'elle touche aux organisations soignantes ou qu'elle fait appel aux qualités managériales du DS. Son expertise constitue un repère à la fois pour les soignants, les cadres, les autres membres de l'équipe de direction et la communauté médicale. Aussi, même si quelques ajustements peuvent encore intervenir à la marge dans l'organisation hospitalière polaire, chacun semble aujourd'hui avoir trouver sa place.

Ce travail met en évidence qu'un des aspects de la fonction de DS, se trouve dans le développement d'une complémentarité et d'un dialogue entre les différentes catégories d'acteurs hospitaliers. Le travail en collaboration, le partage des connaissances et des compétences devient une priorité dans notre système de santé puisque « La compétence collective n'en n'est pas moins réelle dans les hôpitaux du service public où le travail en équipe est la règle et la mise en commun des savoir-faire une nécessité <sup>65</sup>».

Le défi aujourd'hui pour le directeur de soins est de s'adapter à cet environnement, et de conduire en partenariat avec la communauté médicale, la nécessaire transformation des organisations et des circuits de décisions. Ainsi, pour le directeur des soins la notion de contingence est essentielle pour adapter sa manière d'agir, et ajuster ses échanges.

A l'hôpital, le rôle du directeur des soins est aujourd'hui fortement axé sur le développement de projets transversaux entre les pôles, contribuant ainsi à garantir une cohésion dans les différents projets et une certaine équité. Le DS détient donc un rôle majeur dans la coordination interpole.

---

<sup>65</sup>CIGAN D., septembre 2010, « », Cahiers Hospitaliers, n°270, p.33

Le défi pour le DS est alors de faire s'articuler des compétences et des expertises différentes, complémentaires et souvent autonomes. Pour y parvenir, la redéfinition des modes de relations entre les acteurs est nécessaire pour établir une communication basée sur la confiance, l'écoute et la compréhension mutuelle. Pour le DS, il s'agit de se positionner de façon à engager des démarches constructives avec l'encadrement et la communauté médicale, en s'appuyant sur son expertise et ses compétences.

La collaboration est inscrite dans notre système de santé comme une évidence, à savoir travailler en interdisciplinarité, confronter les expertises et associer les compétences dans le but d'optimiser les prises en charge. Les communautés hospitalières de territoire incitaient déjà à ces regroupements et le projet de la future loi de santé rendra obligatoire les groupements hospitaliers de territoire. Dans le cadre de ces dispositions, Il s'agira donc de transposer les habitudes collaboratives à une plus grande échelle, de partager des missions ou des fonctions supports, au service d'un projet médico-soignant commun. L'avenir de notre système de santé dépend de notre capacité à travailler ensemble dans le but, d'optimiser le parcours de soins, et de santé du patient. Positionné auprès du DH et du PCME, le DS est responsable de l'équilibre des décisions. Aujourd'hui, il doit être en capacité de répondre, et de se projeter à moyen terme sur les enjeux du territoire. Sa contribution à la modernisation et à l'évolution des établissements, sa capacité à proposer des prises en charge innovantes pour le patient participera à la reconnaissance de la fonction. Ce nouveau positionnement du DS constitue une opportunité majeure et c'est avec cette conviction que nous nous projetons dans notre future fonction.

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise DOLTO

---

# Bibliographie

---

## TEXTES REGLEMENTAIRES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. 2005. Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. 2009. Loi n°2009-879 du 31 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. 2010. Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité cliniques ou médico-techniques dans les établissements publics de santé.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. 2010. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2202-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. 2013. Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS. Mars 2010. Référentiel métier des directeurs des soins, CNG, 12 p.

EHESP. Décembre 2013. Référentiel de compétences des directeurs des soins, 28 p.

## RAPPORTS

COUTY E., Février 2013, *le pacte de confiance pour l'hôpital*, 76 p.

DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., MARTINEAU F., MÜLLER C., Mars 2014, « *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé*, Rapport des conférences hospitalières », 32 p.

FELLINGER F., BOIRON F., Janvier 2012, « *Mission Hôpital Public* », Rapport Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé *la nouvelle gouvernance*, 103 p.

FOURCADE J-P., Juillet 2011, « *Evolution de la réforme de la gouvernance dans les Etablissements de Santé* », Rapport au Parlement, 75 p.

TOUPILLIER D., YAHIEL M., Janvier 2011, « *La modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements de santé* », CNG, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 133 p.

VALLANCIEN G., Juillet 2008, « *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière* », Rapport, 40 p.

ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., Février 2010, « *Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestions mises en place dans les établissements de santé* », Rapport IGAS, 124 p.

Guide ANAP, Avril 2012 « être chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences? », 36 p.

Guide ANAP, Juillet 2014, « Synchroniser les temps médicaux et les temps non médicaux auprès du patient hospitalisé », 80 p.

## **LIVRES**

ALTER N., 2013, *Donner et prendre : la coopération en entreprise*, Paris, Edition La Découverte/Poche, 232 p.

ALTER N., 2012, *Sociologie du monde du travail*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Edition Puf, 362 p.

BERNOUX P., 2014, *La sociologie des organisations*, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Edition du Seuil, 466 p.

CLEMENT J-M., 2007, *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, Paris, Edition les Etudes hospitalières, 96p.

COLL C., 2013, *Le directeur des soins*, Paris, Editions Les études hospitalières, 62 p.

CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., 1996, *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Paris, Editions John Libbey Eurotext, 318 p.

COUTY E., 2010, *Ethique, management hospitalier*, Paris, Edition de la Santé, 87 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 500 p.

DUPUY O., 2007, *La nouvelle gouvernance hospitalière. L'organisation en pôles d'activité*, Paris, Editions Heures de France, 94 p.

KAUFMANN J-C., 2013, *L'enquête et ses méthodes, L'entretien compréhensif*, 3<sup>ème</sup> édition, Edition Armand Colin, 126 p.

FRIEDBERG E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions du Seuil, 419 p.

GALIZIA L., 2002, *Le management adapté à la démarche qualité en établissements de santé. Vaincre les résistances au changement*, 80 p.  
<http://jeanlucgalizia.com/assets/pdf/management.pdf>

GUILBERT G., DE MONTALEMBERT P., VERDIER F., 2011, *Le directeur d'hôpital : l'essor d'une profession*, Paris, Presses de l'EHESP, 147 p.

KERVASDOUE (DE) J., 2004, *L'hôpital*, 1<sup>ère</sup> édition, Puf, Paris, Edition Que sais-je, 127 p.

MINTZBERG H., 1992, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'organisation, 440 p.

NOBRE T., LAMBERT P., 2012, *Le management de pôles à l'hôpital : regards croisés, enjeux et défis* », Paris, Editions DUNOD Gestions hospitalières, 305 p.

PELJAK D., 2007, *La gestion de pôle à l'hôpital*, Bordeaux, Editions Les études hospitalières, 240 p.

## **PERIODIQUES**

ABIKHZER Karine., Juin/Juillet 2013, « Changements professionnels\* En quête d'une nouvelle identité », *Gestions hospitalières*, n°527, pp. 345- 353

BITAUD J.R., Mars 2013, « Osons un nouveau management des ressources humaines », *Gestions hospitalières*, n°524, pp. 139-142

BUDET J-M., février 2014, « La gouvernance interne des établissements publics de santé, un subtil copilotage », *La gazette de l'hôpital*, n° 108, pp.1-4.

CARGNELLO-CHARLES E., GOUFFE V., Octobre 2011, « Pôles d'activité : au service de la diffusion de la gestion ? », Gestions Hospitalières, n°509, p.525-528

CHAUVANCY M-C., DUGAST C., Juin 2013, « Le métier de directeur des soins, un exercice solitaire ou des missions partagées au service de la stratégie ? », Les Cahiers de la Fonction Publique, n°333, pp. 64-68

CLAUSSE-DURIF C., Février 2011, « Directeur des soins : un corps professionnel en évolution », Gestions Hospitalières, n°503, pp. 105-114

Collection cadre de santé, Juin/juillet 2013, « Conduire le changement à l'hôpital, de la communication à l'hôpital apprenant », Gestions hospitalières, n°527, p. 327

DE MONTALEMBERT L., Septembre 2012, « Directeur des soins : un métier en mutation », Objectifs Soins et Management, n°208, pp.24-26

DEVRESSE E., Janvier-Février 2002, « Légitimité du directeur et jeu des acteurs. Une analyse à partir des logiques de régulation et de la crise du système de soins », Revue Hospitalière de France, n°484, pp. 49- 57

FELLINGER F., BICHER E., Mai 2010, « A propos des pôles... regards médicaux croisés », Les Cahiers Hospitaliers, n°267, pp.25-27

FRAY A-M., Août 2009, « Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs », Management et avenir, n°28, pp. 142-159

GUYON C., MONTANA A., SALVEZ L., « Carrefours du management, de l'innovation dans le management des cadres », Gestions hospitalières, n°524, pp. 151-153

JOUBERT E., LESTIENNE A., Juin/Juillet 2013, « Nouvelle gouvernance, de la gestion administrative centralisée à la gestion médico-économique déconcentrée », Gestions hospitalières, n°527, pp. 329-333

LARIBIERE N., mai 2010, « Evolutions des missions, responsabilités et statut des directeurs », Soins Cadres, n°74, p.43-44

MOULIN G., 2ème trimestre 2013, « Les prérogatives perdues », DH Magazine, n° 146, pp. 91-99

PINEY D., LALLEMAND J-M., Mai-Juin 2012, « Une gouvernance hospitalière rénovée, analyse d'un président de CME et d'un directeur », n°546, pp.58-63

ROSSIGNOL J., Septembre 2010, « Où vont les pôles ? », Les Cahiers Hospitaliers, n°270, pp. 19-20

SABOUTCHI T., Novembre-décembre 2010, « Après la loi HPST, Quelle place des médecins dans la gouvernance hospitalière ? », Revue Hospitalière de France, n°537, pp. 58-61

SCHWEYER F-X., « L'infirmière qui devient « Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics » in La compétence en question, Ecole, Insertion, Travail, P.MERLE (dir.), Rennes, PUR, 1993, pp. 127-148

TANGUY H., Mai 2010, « HPST : management à tous les étages », Les Cahiers Hospitaliers, n°267, pp. 8-9

ZEGGAR H., VALLET G., TERCERIE O., Septembre 2010, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion », Les Cahiers Hospitaliers, n° 270, pp.21-25

## **SITE INTERNET**

[www.directeurdesoins-afds.com/fonction\\_ds.pdf](http://www.directeurdesoins-afds.com/fonction_ds.pdf)

HERREROS Gilles, « L'hôpital à l'épreuve des réformes », *Socio-anthropologie* [En ligne], 21 | 2007, mis en ligne le 26 novembre 2008, Consulté le 28 juillet 2014.  
URL :<http://socio-anthropologie.revues.org/1003>

LEVY P., [www.portail-ie.fr/lexiques/read/51](http://www.portail-ie.fr/lexiques/read/51)

LUTZ Suzanne, 19-22 Septembre 2005, « Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité : quels enjeux et perspectives pour les acteurs de l'organisation ? »  
[www.cedrea.net/IMG/pdf/lutz.pdf](http://www.cedrea.net/IMG/pdf/lutz.pdf) mis en ligne le mercredi 5 avril 2006

MOHIB N., SONNTAG M., *La légitimité au cœur de l'action et de la compétence*, 7p.  
[www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7194.pdf](http://www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7194.pdf).

Projet IPSPL.info (2013). Fiche d'information sur la collaboration : La collaboration : un outil pour assurer un suivi optimal de la clientèle. Montréal (décembre 2013). Infirmières

Praticiennes Spécialisées en soins de Première Ligne (IPSPL) au Québec.  
<http://www.ipspl.info>

SCHWEYER François-Xavier, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], XLIV-135 | 2006, mis en ligne le 13 octobre 2009, consulté le 11 août 2014. URL : <http://ress.revues.org/251> ; DOI : [10.4000/ress.251](https://doi.org/10.4000/ress.251)

SAFON M-O., Pôle documentation de l'Irdes,  
<http://WWW.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriquesReformesHospitalieres.pdf>.

Site de la FHF - BOURDON E., « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement des professionnels », publié le 10 avril 2012.

Site de la FHF - Management « Développer l'accès à la formation de directeur des soins : un enjeu pour le DS en établissement », publié le 17 mars 2014.

## **MEMOIRES CONSULTES**

DEVAUD M., 2012, « L'impact de l'organisation en pôles d'activité sur le management du directeur des soins », EHESP, 54 p.

DUPRE A., 2009, « La redéfinition d'une collaboration du directeur des soins avec les cadres de pôle, EHESP, 32 p.

KAELBEL M., 2012, « Accompagnement de l'encadrement de proximité au sein de l'organisation polaire : est-ce encore une mission du directeur des soins ? EHESP, 53 p.

NAUCLE M., 2007, « L'organisation en pôle d'activité : une opportunité pour le directeur des soins d'initier un nouveau mode managérial, ENSP, 60 p.

## **COURS**

ANTHONY-GERROLDT H., Octobre 2013 « Préparation à l'oral concours de directeur des soins », EHESP

LOUAZEL M., LEDOYENJ-R., U.E. 3 : Stratégie et projet d'Etablissement

SCHWEYER F-X., 2014, U.E : Sociologie

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1 : Guide d'entretien Chef de pôle/PCME**

**ANNEXE 2 : Guide d'entretien Directeur des Soins**

**ANNEXE 3 : Guide d'entretien Cadre paramédical de pôle/ Cadre administratif de pôle**

**ANNEXE 4 : Guide d'entretien Directeur d'hôpital**

## **Annexe 1 :**

### **Guide d'entretien semi-directif Chef de Pôle/PCME**

#### **Contrat de communication**

Je suis actuellement directeur des soins en formation à l'EHESP. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations à établir entre le directeur des soins et les chefs de pôle pour une collaboration efficiente.

Je vous garantis l'anonymat des propos, mais sollicite votre permission pour les enregistrer pour une retranscription fidèle. Je vous remercie d'ores et déjà de m'accorder du temps pour cet entretien.

**Pouvez vous me donner un aperçu de votre parcours professionnel, votre ancienneté dans l'établissement, dans la fonction de chef de pôle ? De PCME**

#### **Les changements depuis la mise en place des pôles d'activités**

Leur mise en place a-t-elle entraîné une modification dans vos pratiques ?

Avez vous des délégations d'activités ? Lesquelles ? Quelles évolutions ?

#### **Relation Professionnelle et collaboration**

##### **Quelles relations entretenez vous avec le Directeur des soins ?**

A quelles occasions, sur quels sujets (Travaux, projets, Axes PSCIRMT)...et sur quels modes (formels et/ou informels)? Invitez vous le DS au conseil de pôle, au bureau de pôle ?

##### **Dans le pôle quels sont vos collaborateurs ?**

Le directeur des soins fait-il partie de vos collaborateurs immédiats ? Quelle place lui accordez vous ? Comment percevez vous sa position ?

Quel rôle lui attribuez vous dans la gestion des personnels paramédicaux ?

A quelle occasion faites-vous appel à son expertise ?

Et pour ce qui est du cadre administratif, comment cela se passe-t-il ?

##### **Quelles sont vos attentes vis à vis du DS ?**

#### **Perspectives**

Quels sont pour vous les enjeux d'un fonctionnement en pôle pour le DS ?

## **Annexe 2 :**

### **Guide d'entretien semi-directif Directeur des Soins**

#### **Contrat de communication**

Je suis actuellement directeur des soins en formation à l'EHESP. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations à établir entre le directeur des soins et les chefs de pôle pour une collaboration efficiente.

Je vous garantis l'anonymat des propos, mais sollicite votre permission pour les enregistrer pour une retranscription fidèle. Je vous remercie d'ores et déjà de m'accorder du temps pour cet entretien.

**Pouvez vous me donner un aperçu de votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction de DS ? Dans cet établissement ?**

#### **Les changements depuis la mise en place des pôles d'activités**

Comment vivez-vous la mise en place des pôles ? Y a-t-il eu des modifications dans votre métier ? Et dans votre fonctionnement quotidien ? Comment vous inscrivez-vous dans ce changement ? Comment concevez-vous votre rôle auprès des pôles ? Avez-vous participé au choix des cadres de pôles ? Avez-vous la délégation hiérarchique sur les personnels paramédicaux ?

#### **Relation Professionnelle et collaboration**

##### **Quelles relations entretenez vous avec les Chefs de pôle? Le PCME ?**

A quelles occasions, sur quels sujets (Effectifs, Travaux, projets, Axes PSCIRMT)...et sur quels modes (formels et/ou informels)? Etes-vous invité au conseil de pôle, au bureau de pôle ? Quelle relation entretenez vous avec Le Président de CME ? Diriez vous que les pôles ont modifiés vos relations avec le corps médical ?

##### **Dans le pôle quels sont vos collaborateurs ?**

Le Chef de pôle fait-il partie de vos collaborateurs immédiats ? Quelle place lui accordez vous ? Comment percevez vous sa position vis à vis du DS ? Selon vous quel rôle le Chef de pôle a-t-il dans la gestion des personnels paramédicaux ? Quels sont les leviers susceptibles d'instaurer une collaboration partagée ? Et pour ce qui est du cadre administratif, comment cela se passe-t-il ?

##### **Quelles sont vos attentes vis à vis des Chefs de pôle ? Des Cadres de pôle ?**

#### **Perspectives**

Quels sont pour vous les enjeux d'un fonctionnement en pôle pour le DS ?

## **Annexe 3 :**

### **Guide d'entretien semi-directif Cadre de pôle/ Cadre administratif de pôle**

#### **Contrat de communication**

Je suis actuellement directeur des soins en formation à l'EHESP. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations à établir entre le directeur des soins et les chefs de pôle pour une collaboration efficiente.

Je vous garantis l'anonymat des propos, mais sollicite votre permission pour les enregistrer pour une retranscription fidèle. Je vous remercie d'ores et déjà de m'accorder du temps pour cet entretien.

**Pouvez vous me présenter votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction ? Dans ce secteur d'activités ?**

#### **Les changements depuis la mise en place des pôles d'activités**

Comment vivez-vous la mise en place des pôles ? y- a t-il eu des modifications dans votre fonctionnement ? Comment vous inscrivez-vous dans ce changement ? Pouvez vous me décrire vos fonctions et vos activités ? Comment concevez-vous votre rôle dans le pôle ? Quels sont pour vous les enjeux d'un fonctionnement en pôle ?

#### **Relation Professionnelle et collaboration**

##### **Quelles relations entretenez vous avec le DS ?**

A quelles occasions, sur quels sujets (Effectifs, Travaux, projets, Axes PSCIRMT)...et sur quels modes (formels et/ou informels)? Le DS est-il invité au conseil de pôle ? Diriez vous que les pôles ont modifiés vos relations avec le DS?

##### **Dans le pôle quels sont vos collaborateurs ?**

Le DS fait-il partie de vos collaborateurs immédiats ? Quelle place lui accordez vous ? Comment percevez vous sa position vis à vis du pôle? Selon vous quel rôle a t-il dans la gestion des personnels paramédicaux ? Et en ce qui concerne le chef de pôle ?

##### **Quelles sont vos attentes vis à vis du DS ?**

#### **Perspectives**

Quels sont pour vous les enjeux d'un fonctionnement en pôle pour le DS ?

## **Annexe 4 :**

### **Guide d'entretien semi-directif Directeur Hôpital**

#### **Contrat de communication**

Je suis actuellement directeur des soins en formation à l'EHESP. Je mène cet entretien dans le cadre de mon mémoire qui traite des relations à établir entre le directeur des soins et les chefs de pôle pour une collaboration efficiente.

Je vous garantis l'anonymat des propos, mais sollicite votre permission pour les enregistrer pour une retranscription fidèle. Je vous remercie d'ores et déjà de m'accorder du temps pour cet entretien.

**Pouvez vous me présenter votre établissement, son organisation et votre ancienneté dans la fonction ?**

#### **Les changements depuis la mise en place des pôles d'activités**

Depuis quand sont-ils en place dans votre établissements ? Y a-t-il des contrats de pôles formalisés ? Avez vous procédé à des délégations de gestion et lesquelles ?

Avez-vous délégué l'autorité hiérarchique sur les personnels paramédicaux aux chefs de pôles ou au DS ?

#### **Relation Professionnelle et collaboration**

##### **Quelles relations entretenez vous avec le Directeur des soins ?**

A quelles occasions, sur quels sujets (Travaux, projets, Axes PSCIRMT)...et sur quels modes (formels et/ou informels)?

Comment percevez vous son rôle et son positionnement ?

##### **Dans le fonctionnement en pôle qu'attendez vous du DS ?**

Le directeur des soins fait partie de vos collaborateurs immédiats ? Quelle place lui accordez vous ? Comment percevez vous sa position ? Comment concevez-vous le rôle et la place du DS dans l'organisation en pôle ?

Quel rôle lui attribuez vous dans la gestion des personnels paramédicaux ?

##### **Quelles sont vos attentes vis à vis du DS ?**

#### **Perspectives**

Quels sont pour vous les enjeux d'un fonctionnement en pôle pour le DS ?

CORALIE

Christiane

Décembre 2014

## FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2014

### LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE ET LE DIRECTEUR DES SOINS, UNE COLLABORATION INDISPENSABLE AU SERVICE DU PATIENT

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Denis Diderot PARIS 07

#### **Résumé :**

L'organisation polaire et la loi HPST ont bouleversé l'architecture de nos établissements de santé. La contractualisation des pôles avec la direction a octroyé de nouvelles responsabilités aux chefs de pôles. Ceci a modifié les rapports hiérarchiques et les modes de communication des managers hospitaliers entre eux.

L'enquête menée dans deux établissements a montré que la collaboration communauté médicale et directeur des soins est influencée par les rapports entretenus avec le cadre de pôle, que les domaines de travail partagé la favorise, et que la capacité du directeur des soins à se positionner participe à la construction d'une relation efficace.

La recherche d'efficacité des organisations soignantes invite les différents acteurs hospitaliers à réfléchir leurs modes de communication et l'articulation de leurs expertises professionnelles, au service de la qualité et de la sécurité des prises en charge des usagers, dans une logique de parcours.

#### **Mots clés :**

Collaboration, Communauté médicale, Communication, Directeur des soins, Management, Organisation polaire, Positionnement, Parcours patient, Qualité des soins.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*