
Directeur des soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Une communication managériale efficace :
une préoccupation du directeur des soins
dans un contexte
d'organisation en multi-sites**

Laurence FLAGEUL

" Un collaborateur qui s'engage est celui qui ne se sent pas considéré comme une ressource, mais davantage comme une richesse ».

David Mac Leod¹

¹ Co-président du groupe de travail « Engage for success » lancé par le Premier Ministre britannique en 2011, Royaume-Uni.

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire, et particulièrement :

- Les professionnels que j'ai interviewés pour leur disponibilité et la richesse de leurs échanges,
- Les collègues de la promotion Elisabeth Badinter, qui m'ont apporté leurs conseils et leurs encouragements,
- Mes maîtres de stage et mon tuteur de positionnement pour avoir guidé mes premiers pas dans la fonction de directeur des soins.

Sans oublier l'équipe pédagogique pour leur soutien.

Sommaire

Introduction	1
1 Le cadre conceptuel.....	5
1.1 Du concept de communication aux processus de communication.....	5
1.1.1 Les différents modes de communication et leurs évolutions.....	7
1.1.2 Les enjeux de la communication.....	8
1.1.3 La communication managériale.....	10
1.2 Le contexte dans une organisation hospitalière en mouvance.....	13
1.2.1 De l'évolution des réformes hospitalières.....	13
1.2.2 ... Aux dispositifs actuels.....	14
1.3 Les acteurs de l'encadrement.....	16
1.3.1 La fonction de directeur des soins en pleine évolution.....	17
1.3.2 L'adaptation des fonctions d'encadrement soignant aux impératifs de terrain.....	19
1.4 Des relations sociales aux jeux des acteurs.....	21
1.4.1 De la collaboration à l'action collective au sein d'équipes.....	21
1.4.2 La confiance comme relation sociale.....	22
1.4.3 Du jeu des acteurs à la relation de pouvoir.....	23
2 L'enquête de terrain	25
2.1 La méthodologie de l'enquête.....	25
2.1.1 Les terrains enquêtés.....	25
2.1.2 L'échantillon interviewé.....	26
2.1.3 Le choix des outils.....	27
2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête.....	28
2.2 L'analyse du contenu.....	28
2.2.1 Un contexte de communication en évolution.....	28
2.2.1.1 Communiquer au sein d'organisations éclatées.....	28
2.2.1.2 Gérer la temporalité de l'information.....	29
2.2.2 Un enjeu dans la communication, celui de la confiance et d'une vision partagée.....	30
2.2.2.1 La confiance comme socle des relations sociales.....	30
2.2.2.2 Une vision partagée entre managers.....	31

2.2.3 Une adaptation du process collaboratif pour développer la communication managériale.....	32
2.2.3.1 Aux sollicitations du terrain.....	32
2.2.3.2 Aux attentes du directeur des soins.....	36
3 Les préconisations	39
3.1 Définir un projet de management.....	39
3.1.1 Proposer une méthode de travail.....	40
3.1.2 Concevoir des outils.....	41
3.1.2.1 Faire de la fiche de poste un levier.....	41
3.1.2.2 Elaborer une cartographie des activités.....	42
3.2 Promouvoir un management à la confiance.....	43
3.3 Structurer l'information.....	44
3.3.1 Déterminer un mode de fonctionnement.....	44
3.3.2 Créer des conditions de communication.....	45
3.4 Valoriser le travail de l'encadrement pour recréer du collectif.....	47
3.4.1 Renforcer la dynamique d'équipe.....	47
3.4.2 Accompagner l'encadrement par la formation.....	48
3.5 Les perspectives.....	49
Conclusion	51
Bibliographie	53
Liste des annexes.....	I
Annexe I.....	II
Annexe II.....	III
Annexe III.....	IV
Annexe IV.....	V

Liste des sigles utilisés

ANIG : Association Nationale des Infirmiers Généraux

ARS : Agence Régionale de Santé

CGS : Coordonnateur Général des soins

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CS : Conseil de Surveillance

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CTE : Comité Technique d'Etablissement

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

DS : Directeur des soins

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HPST : Hôpital, patient, santé et territoires

IG : Infirmière Générale

SROS : Schéma Régional d'organisation Sanitaire

Introduction

Depuis plus de quinze ans, un certain nombre de restructurations ont modifié le paysage hospitalier. Portées de manière plus affirmée depuis les ordonnances de 1996, les réformes visent à mieux satisfaire aux besoins de la population et aux évolutions des établissements, dans un contexte d'optimisation de l'offre de soins et de maîtrise des dépenses de santé. Elles ont donné lieu à des réorganisations hospitalières dans toutes leurs formes (fermeture de services, reconversion d'établissements, coopérations hospitalières ou encore fusions...).

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoires (HPST), poursuit la réorganisation et la modernisation de l'ensemble des systèmes de santé. Elle renforce également la mise en place des coopérations entre établissements de santé, mais aussi, et bien au-delà, la création de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) pouvant engendrer des directions communes ou fusions.

Dans ce contexte de fortes évolutions, la réelle capacité d'adaptation des membres de direction et d'encadrement est indispensable. Ces notions font apparaître la nécessité d'un nouveau mode de management utile à l'équipe de direction, dont le directeur des soins. Ce dernier, notamment, a dû s'adapter aux évolutions des réformes et à la loi HPST modifiant ses relations interpersonnelles avec ses collaborateurs, et particulièrement les cadres supérieurs de santé. Il apparaît fondamental de maintenir les liens fonctionnels de cette ligne hiérarchique. Comprendre les enjeux de la communication aux différents niveaux de l'organisation hospitalière permet, en retour, de mieux cerner les impacts des changements apparus ces dernières années dans ces institutions de soin au fonctionnement complexe. Dans ce cadre, la communication s'affiche comme une valeur stratégique au sein des établissements de santé. Elle commence à être perçue comme un véritable outil de management. Cette tendance actuelle correspond aux besoins de redonner « du sens » et « des valeurs » aux managers.

La fonction de directeur des soins n'échappe à cette tendance. En effet, le référentiel de compétences métier du directeur des soins, explicite dans sa compétence n°4 : « Management de l'encadrement partagé et institutionnalisé », que sa mise en œuvre par le directeur des soins contribue « au plan de communication du projet de management de l'encadrement depuis sa conception jusqu'à sa réalisation en s'appuyant sur des outils

institutionnels »². Dans notre fonction future de directeur des soins, il nous est nécessaire de structurer l'organisation des missions de la direction des soins afin de rendre lisibles les liens mais aussi de réaliser un travail de pédagogie auprès des cadres supérieurs de santé. Les contraintes médico-économiques et les demandes en soins des patients font évoluer de manière permanente l'organisation du système de soins. Le directeur des soins est dans un positionnement tantôt stratégique, tantôt opérationnel.

Dans le cadre d'un stage, en tant qu'élève – directeur des soins, réalisé au sein d'un CH organisé en CHT, nous avons eu l'opportunité d'observer les modalités de communication du directeur des soins et de l'encadrement supérieur. L'encadrement souhaite être éclairé sur ses missions et son positionnement au regard de la direction des soins. Le sentiment de manquer d'informations sur l'institution, particulièrement sur les orientations stratégiques et les projets en cours, est prégnant. Par contre, ils décrivent leurs relations avec la direction des soins en mettant en avant le côté rassurant d'une politique de soins définie « *On sait où l'on va, c'est important pour les équipes* ». La notion de définition des valeurs communes de référence est, pour le cadre supérieur de santé, un passage incontournable pour fédérer et permettre la cohésion des soignants. Ils attendent de la part du directeur des soins la formalisation de règles de fonctionnement, d'une communication clairement définie afin d'établir une relation de confiance entre eux.

Quant à l'équipe d'encadrement, le répertoire de la fonction publique hospitalière³ décrit trois niveaux : « stratégique, intermédiaire, de proximité. Le niveau stratégique participe à la conception de projet stratégique et de ses déclinaisons, au pilotage et contrôle des politiques, des objectifs et des projets à long terme. Il assure la gestion des activités, des projets et de l'utilisation des moyens. Il manage et supervise des responsables ou/et d'équipes. Il est chargé de l'organisation des structures en fonction des choix stratégiques. Le niveau d'encadrement intermédiaire est caractérisé par la coordination de plusieurs équipes d'encadrants de proximité et par un impact des décisions et une période d'autonomie se situant sur le moyen terme (six mois à un an). Le cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin peut se situer à un niveau d'encadrement de proximité - encadrement direct des équipes soignantes - ou d'encadrement intermédiaire, en tant que cadre de santé de pôle par exemple. Dans certaines modalités d'exercice, le cadre de santé peut également être chargé d'un projet ou d'une mission donnée, qui, dans le cadre d'un réseau, peut être commun à plusieurs structures. Il gère alors les ressources

² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2011, *Référentiel de compétences des directeurs des soins*, EHESP, 28 p.

³ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, septembre 2009, 2^{ème} édition, Presse EHESP, 437 p.

et les moyens mis à la disposition du projet, peut encadrer une équipe projet et peut être amené à construire et réaliser des actions de formation.

L'encadrement de proximité se caractérise prioritairement le rôle de management de personnes. Il assure des activités d'animation technique, mais dont le cœur de métier reste l'expertise dans le métier, avec toutefois une fonction d'animation, pour laquelle la formation reste indispensable afin de l'assurer correctement».

Au regard de ces constats nationaux et de notre expérience, notre question de départ est la suivante :

Est-ce que la communication managériale du directeur des soins est un levier de collaboration avec les équipes d'encadrement dans le cadre d'un établissement organisé en multi-sites ?

Afin de répondre à cette question, nous mobiliserons les sous-questions suivantes :

- Quelle stratégie managériale le directeur des soins définit-il ?
- Quelle est la composante des informations transmises par le directeur des soins ?
- Quels modes de communication propose le directeur des soins ?
- Quels sont les impacts dans ses relations avec l'encadrement ?

Ces questions nous amènent vers une démarche exploratoire auprès de chefs d'établissement, de directeurs des soins, de cadres supérieurs de santé et de cadres de santé, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ce travail de recherche sera conduit dans trois établissements de santé organisés soit en direction commune, soit ayant fusionné, soit en CHT et ce, au sein de deux Centres Hospitaliers (CH) et d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Dans une première partie nous exposerons le cadre conceptuel et contextuel en lien avec la communication managériale, les acteurs de l'encadrement et l'environnement hospitalier.

La seconde partie sera consacrée à l'exploration des questions de travail retenues. Elle mettra en évidence la communication managériale développée par le directeur des soins envers l'encadrement de proximité et des cadres de pôle.

Enfin, dans la troisième partie, nous envisagerons des préconisations adaptées au contexte pouvant servir au directeur des soins afin d'améliorer sa communication pour une meilleure collaboration avec l'équipe d'encadrement au sein d'un établissement organisé en multi-sites.

1. Le cadre conceptuel

1.1 Du concept de communication aux processus de communication

A. Mucchielli définit la communication comme toute : « production humaine qui peut être lue, c'est-à-dire trouver un sens dans la situation »⁴. Communiquer, mot d'origine latine «communicare », c'est rendre compte à, faire part de, transmettre, mais également avoir des relations, être en rapport avec quelqu'un. Ces définitions mettent en avant l'idée de transmission dans l'acte de communiquer et supposent qu'un acteur « déplace » par le biais d'un canal des informations vers un récepteur qui va les décoder «faire part», «faire connaître». Elles impliquent également une intention active en vue de passer un message. Toute communication suppose un échange de signaux entre un émetteur, l'individu qui est à l'origine de la communication, et un récepteur, l'ensemble des personnes auxquelles le message est destiné. Les messages doivent également être transmis par l'intermédiaire des médias ou canaux appropriés afin d'atteindre la cible visée.

Aussi, le décodage permet d'exprimer et d'interpréter les messages par lesquels le récepteur attache une signification aux symboles transmis par l'émetteur. Il s'agit du processus par lequel nous transformons les idées en symbole, image, forme, son et langage. L'émetteur doit donc déterminer avec précision les cibles qu'il veut atteindre et le type de réponse qu'il souhaite obtenir afin de prendre en compte et faciliter le processus de décodage.

Pour créer les conditions d'une communication efficace, il suffirait alors d'avoir des compétences langagières, d'utiliser les canaux adaptés au récepteur afin de permettre à ce dernier de décoder le message. Or, ces éléments ne permettent pas à eux-seuls de donner du sens au message⁵.

La théorie des processus de la communication essaie de rendre compte d'une manière systémique et constructive des phénomènes communicationnels qui concourent à l'apparition du sens accompagnant tout élément de communication. Cette théorie repose sur le postulat que la quasi-totalité des expressions humaines (productions en tout genre, discours et paroles, attitudes et divers paralangages...) sont des communications, c'est-à-dire des éléments qui peuvent se comprendre (se lire), si ils sont rapportés à des contextes pertinents dans lesquels ils prennent du sens pour les différents acteurs. La communication a donc un sens plus large que son sens habituel restreint aux paroles, aux écrits, aux

⁴ MUCCHIELLI A. / ,1998, *Théorie des processus de la communication*, Paris : Armand colin, 177p.

⁵ MUCCHIELLI A. / , *Ibidem*.

échanges essentiels du niveau interpersonnels. Les actions et les conduites des acteurs sociaux y sont intégrés de même que toutes les « non-communications », en fait tout ce qui a pu se faire, se dire, s'écrire... dans une situation donnée mais qui ne s'est pas fait ou dit et qui de fait devient porteur de sens comme le définit A. Mucchielli (pour exemple : une direction des soins sollicitant le corps médical à une discussion dans le cadre de l'élaboration du projet de soins. Celui-ci ne se présente pas à la réunion. Il signifie par là son peu d'intérêt pour le projet, voire sa désapprobation). Il décrit également, six processus intervenant dans la communication :

- « la construction du sens,
- la construction des référents collectifs,
- la structuration des relations,
- l'expression de l'identité de l'émetteur,
- la transmission de l'information,
- l'influence »⁶.

Pour différentes écoles dont celle de Palo Alto, la communication est fondamentale et essentielle pour l'homme : « on ne peut pas ne pas communiquer ». Que nous nous taisions ou que nous parlions, tout est communication. Nos gestes, notre posture, nos mimiques, notre façon d'être, notre façon de dire, notre façon de ne pas dire, toutes ces choses « parlent » à notre récepteur.

De fait, l'information seule ne permet pas d'agir. Elle est entendue comme le recueil, l'interprétation et la valorisation systématique de l'information pour la poursuite de ses buts stratégiques. Il ne s'agit pas d'un processus d'accumulation d'informations mais plutôt d'une production de connaissances, dans le cadre de stratégies collectives. Plus globalement, elle permet de comprendre finement un environnement complexe et de prendre la bonne décision.

Communiquer, c'est transmettre un message, une information, modifier les représentations d'un autre, agir sur l'autre, et donc faire preuve d'influence sur autrui. L'acte de communication doit produire des effets et semblerait, dès lors, supposer des compétences élaborées à la fois cognitives et relationnelles.

⁶ MUCCHIELLI A. / , *Ibid* p 23.

1.1.1 Les différents modes de communication et leurs évolutions

Communiquer est un échange de messages partant d'un expéditeur pour aller à un destinataire, codés et transitant par un canal en faisant référence à un contexte.

Pour ce faire, deux modes de communication sont indispensables : la communication verbale et la communication non verbale.

La communication verbale est une façon structurée et codifiée d'exprimer une idée, un besoin... C'est une manière directe et spontanée de s'adresser à l'autre. Il s'agit de formuler un message simple avec clarté et précision en un temps et lieu convenables. Le vocabulaire utilisé doit permettre à l'interlocuteur une appropriation du message.

Selon R. Adler⁷, une communication basée sur la compréhension implicite de signes non exprimés par un langage : la musique, les couleurs, ou les odeurs est dite « non verbale ». Ces signes, leur assemblage et leur compréhension ou leur interprétation sont dans leur grande majorité dépendants de la culture. La communication non verbale peut ainsi être ambiguë. Par exemple, un clin d'oeil peut être interprété différemment d'un individu à l'autre. Pour certains, il pourra s'agir d'un signe de remerciement, alors que pour d'autres, il pourra s'agir d'un manque d'assurance. Le plus souvent la communication non verbale se définit à travers le corps, les gestes, la posture mais également par les différentes expressions du visage.

Ces modes de communication ne prennent sens que s'ils sont contextualisés. Nous retenons la temporalité et la rétroaction (ou feedback en anglais) comme contextes principaux. La temporalité permet à toute relation de s'inscrire dans le temps avec un avant, un pendant et un après. Le temps est un facteur fondamental de toute interaction, il régle de différentes manières toute séquence de communication. En effet, cette séquence dépend du temps dont nous disposons. Le message est plus ou moins direct selon le temps à disposition. Le feedback est un moyen d'informer une personne de ses actes, avec comme objectif d'agir sur ses positionnements futurs, soit en les corrigeant soit en les renforçant. Il permet à un émetteur de connaître ce que le récepteur a capté d'un message qu'il lui a envoyé, mais également, au récepteur de vérifier qu'il a bien compris le message envoyé.

Pour autant, les modes de communication ont évolué au cours de l'histoire. Actuellement, les supports les plus utilisés par les individus en matière de communication sont les mini messages plus connus sous le terme de texto ou de SMS (Short Message Service), le

⁷ ADLER R. / , 2013, *Communicating at Work: Strategies for Success in Business and the Professions*, Glasgow : Edition Eleventh.

téléphone, le face à face et les fonctionnalités d'internet (les e-mails, les médias sociaux...). D'ailleurs, dans le monde de l'entreprise les e-mails ont pris une place prépondérante dans le cadre d'échange d'informations, voir ils deviennent le seul moyen de communication entre professionnels. Une étude réalisée en 2010 par l'institut Onepoll pour Salesforce⁸ (Leader du Cloud Computing d'entreprise) sur les modes de communication en entreprise révèle l'importance des réseaux sociaux. L'e-mail est l'outil de communication le plus utilisé quelle que soit la structure de l'entreprise. Pourtant, un agacement dû au nombre élevé d'e-mails inutiles reçus dans la journée est à noter auprès des salariés interrogés. En effet, plus de 67% d'entre eux se disent irrités par un flux important d'e-mails (14% en recevant jusqu'à 500 par jour) au contenu inutile. Le tri entre les e-mails pertinents et ceux qui ne le sont pas engrange une perte de temps considérable chez certains employés.

1.1.2 Les enjeux de la communication

Chaque acteur dans une situation de communication cherche, consciemment ou non, à atteindre certains buts : informer, créer ou maintenir une relation.

Un des premiers enjeux est de se faire comprendre de nos partenaires, d'échanger des signes qui auront un sens commun : c'est la construction du sens. Chaque interlocuteur fait un travail d'interprétation en fonction de la situation, du contexte temporel et de l'ensemble des interactions entre les partenaires. Le contexte culturel influe sur la construction de la signification. Afin de favoriser l'échange, nous devons parvenir à un accord partagé sur les représentations et les normes sociales qui doivent servir de références communes. La clarté des énoncés et la construction du sens peuvent, dans le cas contraire, s'en trouver perturbées.

Le processus de construction des référents collectifs intervient dans la manière dont, tacitement, les représentations sociales peuvent être partagées par les membres d'un même groupe qui sont en relation. Des interlocuteurs décodent leurs représentations et leurs raisonnements implicitement à un niveau infra-conscient. S'il y a divergence sur ces représentations, une négociation s'engage sur les relations qui doivent s'établir et sur la construction partagée de la réalité sociale.

La finalité dans un échange entre partenaires est de trouver « sa place ». Cet aspect concerne la structuration des relations. La première rencontre entre individu se vit selon le

⁸ Etude Onepoll pour Salesforce, 2010, [visité le 2 septembre 2014], disponible sur internet : <http://www.salesforce.com/fr/company/news-press/press-releases/2010/11/101109-2.jsp>

mode de la sympathie ou de l'antipathie. Nous communiquons aussi pour affirmer notre identité, nous positionner et nous faire reconnaître dans cette position. Toute communication fixe la nature de la relation que nous entendons avoir avec notre interlocuteur et définit des places et un type de relations (hiérarchiques, égalitaires, intimes, distantes, consensuelles ou conflictuelles). La structure des relations modifie et influence les caractéristiques de la communication. Des facteurs d'ordre psychologique et affectif sont mis en jeu dans la relation à un autre ou à un groupe. A. Mucchielli⁹ souligne que cette relation, dans la communication, met le sujet dans un état d'ambivalence, « présent dans l'intérieur et l'extérieur », à la fois lui-même et l'autre, affirmant son identité et risquant la dépendance. L'acte communicatif est motivé par des « enjeux » intimes et fonctionne sur la base d'un « contrat » que peuvent, ou non, respecter les interlocuteurs en fonction de leur « être-au-monde ». L'expression de « l'identité interne » de l'acteur, est le processus selon lequel l'individu révèle son identité profonde au travers de ses gestes, ses comportements, ses postures, ses intonations, ses silences, ses mots... Ces éléments constituent la forme inconsciente qui accompagne un contenu. Ils renseignent le partenaire sur l'identité, la logique profonde, les opinions de l'acteur et renvoient à un impératif de connaissance et/ou de reconnaissance de l'autre pour établir la relation.

Par ailleurs, la transmission de l'information naît de la rencontre effective d'une information avec un individu. Cette rencontre dépend de l'intérêt, du projet personnel du sujet. Elle est assujettie au système cognitif de celui-ci et trouvera une place dans ce système en fonction de ce qui est déjà là. Une information ne s'inscrit pas sur un terrain vierge, il faut qu'elle puisse s'inscrire dans des représentations constituées antérieurement et qui vont être réorganisées. C'est pourquoi une communication réussie tient compte du « langage de l'autre », de son attente et de son système cognitif.

Si nous transposons au monde hospitalier, la communication est devenue un enjeu majeur. Il s'agit d'avoir des managers efficaces et pertinents afin de répondre aux exigences des réformes. C'est la recherche de la performance. A.P. Contandriopoulos la définit comme « tout système organisé d'action complexe. Pour être performant les établissements de santé doivent en permanence assumer quatre grandes fonctions, pour maintenir leurs existences et se développer :

- s'adapter, puiser dans leurs environnements les ressources nécessaires pour offrir des services,
- atteindre des buts qui sont valorisés (prévenir, diagnostiquer et traiter des problèmes de santé et des problèmes sociaux, réduire les inégalités à l'égard des soins et de la santé),

⁹ *op. cit.*, p 73.

- produire de façon intégrée, organiser la coordination entre les parties, assurer la qualité, être productif,
- préserver et produire des valeurs et du sens »¹⁰.

La performance d'une organisation, comme l'hôpital se manifeste par sa capacité à réaliser sa mission, à acquérir et contrôler des ressources, à produire des services de qualité avec une productivité et à maintenir voire développer des valeurs communes. Mais aussi, elle permet d'établir et de maintenir une tension dynamique entre la réalisation de ces fonctions. L'appréciation de la performance repose, non seulement, sur la mesure d'indicateurs de réussite dans chacune des quatre fonctions définies ci-dessus mais aussi sur la capacité d'orchestrer les échanges et les négociations par les différents acteurs.

Les compétences d'un manager, selon M. Imbert sont d'abord « de planifier, d'organiser, d'animer et de contrôler. Ces pratiques traditionnelles ne sont plus suffisantes et parfois remises en cause et de nouvelles tendances apparaissent, qui tentent de redéfinir l'apprentissage du management par l'expérimentation de la relation humaine... Manager devient avant tout faire l'expérience des hommes et des relations humaines : comprendre les collaborateurs, les valoriser, développer leurs compétences, insuffler de l'énergie dans une équipe. Les compétences en communication deviennent alors essentielles »¹¹.

Ainsi, devenir un manager communicant ne se réduit pas à l'acquisition de nouvelles compétences ou à la maîtrise de techniques particulières de communication. C'est un véritable processus de transformation personnelle et psychologique. Il ne s'agit pas de faire plus et mieux, mais d'être « autrement ». Ce processus nécessite du temps, l'expérience des situations et des hommes. Les hommes et les stratégies changent, les entreprises évoluent, les situations ne sont donc jamais les mêmes, il semble difficile pour un manager d'avoir toujours les bonnes solutions, les bonnes méthodes en communication.

1.1.3 La communication managériale

Le processus de communication managériale peut s'apparenter à un processus psychologique et méthodologique par lequel un manager devient un communicant.

« La communication managériale est la communication de proximité portée par le manager pour favoriser l'appropriation par ses équipes de la stratégie de l'entreprise et pour contribuer à sa mise en œuvre :

¹⁰ CONTANDRIOPOULOS AP, « *la performance dans le domaine de la santé* », in INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC, 28 novembre 2007, Montréal.

¹¹ IMBERT M, la communication managériale. [visité le 27.05.2014], disponible sur internet : <http://www.club-procom.fr/?pageid=26>.

- La communication managériale suppose l'implication de l'ensemble des managers qui s'adressent à leurs équipes,
- Elle s'inscrit en complémentarité des actions de communication interne qui s'adressent directement à l'ensemble des collaborateurs ». ¹²

La communication managériale a donc, une double cible : les managers en tant que cible directe mais aussi comme relais de communication.

Dans cet environnement de plus en plus complexe, en évolution permanente, la performance des organisations repose plus que jamais sur leur capacité à maintenir une dynamique collective et à fédérer toutes les énergies autour d'une vision partagée. Afin d'accompagner au mieux ces transitions, les managers jouent un rôle clé : ils doivent favoriser l'appropriation des décisions stratégiques et faciliter leur mise en œuvre opérationnelle.

La complexité du fonctionnement de l'institution hospitalière avec un nombre important de professionnels, les contraintes du travail posté, la division des tâches ou encore les fréquentes interruptions et perturbations de l'activité, font que la circulation de l'information d'un groupe à l'autre est capitale, notamment pour la coordination. La communication est rendue d'autant plus nécessaire que l'hôpital est soumis à des phénomènes d'accélération, de spécialisation et de rentabilisation de ses activités qui ont des impacts en particulier au niveau relationnel. Si l'impact sur le registre communicationnel est important, c'est aussi parce que la communication constitue le fondement même de l'ensemble des activités hospitalières. La communication est centrale puisque l'organisation au sein de l'hôpital n'est rendue possible que par l'interaction d'une multitude d'acteurs agissant en vue d'un objectif institutionnel. L'entité hôpital est liée aux hommes qui le composent et est influencée par de nouvelles fonctions de management.

Dans un contexte en changement permanent, fonder sa stratégie uniquement sur des prévisions, c'est-à-dire la projection dans le futur de la situation actuelle, n'est plus efficient. Afin d'orienter l'action au quotidien, d'autres approches doivent être développées. Les organisations ont besoin de leaders qui définissent une vision, c'est-à-dire une image volontariste et positive de l'avenir. Le fait que le leader soit orienté vers le futur plutôt que le passé est une condition indispensable. Son mode de pensée est déterminant car il oriente sa réflexion, ses émotions et ses actions. En étant proactif, il se programme pour réussir : en période de crise, il sait transformer les contraintes en opportunités pour introduire des innovations.

¹² AFCI : Association Française de Communication Interne. [Visité le 20.07.2014], disponible sur internet : <http://www.afci.asso.fr>

Une des compétences attendues de la part d'un manager est sa capacité à donner sa dimension stratégique à un objectif. Son rôle consiste à traduire la vision stratégique en objectifs et en actions collectives et individuelles. Il permet ainsi de mettre en perspective l'avenir pour construire le présent.

Cette vision doit être partagée et proposer à chacun un enjeu stimulant qui l'invite au dépassement de soi et oriente son action au quotidien. Passer d'une vision individuelle à une vision partagée, celle des collaborateurs, nécessite un acte conscient et volontariste. C'est la capacité du leader à mettre en perspective les représentations de la situation actuelle et les attendus de la situation souhaitée qui fera la différence. Ainsi, l'acte managérial vise le progrès tout en préservant l'essentiel pour l'organisation.

Mais encore, la caractéristique commune reconnue aux grands managers réside dans leur capacité à faire adhérer à leur vision : ils savent capter l'attention et les regards de leur auditoire et ils installent très vite leur présence quand ils prennent la parole. Cette présence est liée à la confiance qu'ils ont en eux-mêmes et leur capacité à mettre en cohérence ce qu'ils disent (le contenu), la manière dont ils le disent (voix, ton, rythme, volume, timbre...) et les signes non verbaux (posture, gestuelle, mimiques, regard). En effet, l'impact d'un message est non seulement lié aux mots utilisés, mais également à la forme, à la façon de le faire passer, ce d'autant plus que la communication non verbale traduit les intentions et la conviction du leader dans la réussite du projet.

Un exemple, l'étude réalisée par l'AFCI-ANDRH intitulée le baromètre 2013 confirme que : « la quasi-totalité des managers (98%) a bien intégré la communication interne. Ils communiquent principalement avec leurs équipes pour donner du sens à l'action (pour 81% d'entre eux), rester à l'écoute et maintenir le lien et le dialogue (pour 70%). Preuve de cette place de la communication managériale, les managers consacrent 1/5 de leur temps à cette mission. Ils sont 70% à estimer avoir un rôle important dans la communication interne. Si 42% d'entre eux considèrent la communication interne comme un levier de performance, ils s'estiment pourtant peu incités par leur entreprise à s'y investir... »¹³.

¹³ Baromètre AfcI-ANDRH-Inergie 2013 sur la communication managériale [Visité le 11. 08.2014], disponible sur internet : <http://www.inergie.com/accueil/etudes/barometre-communication-manageriale-afci-andrh-inergie-2013/>

1.2 Le contexte dans une organisation hospitalière en mouvance

1.2.1 De l'évolution des réformes hospitalières...

Le fondement de l'organisation hospitalière de la France date de la loi du 21 décembre 1941¹⁴ visant à ouvrir l'hôpital à toutes les classes sociales. Elle modifie l'organisation des établissements de santé en fonction de leur activité : centre hospitalier régional, hôpital, hôpital-hospice, hospice. Une organisation médicale est mise en place autour de services, dirigés par des chefs de service et une commission médicale consultative est instituée dans chaque établissement. Mais aussi, un mode de fonctionnement différent particulièrement pour la direction qui ne relève plus du président de la commission administrative mais d'un directeur, nommé par l'Etat et rémunéré par l'établissement.

Les pouvoirs publics confrontés très vite à l'accélération du progrès médical, à l'accroissement de la demande de soins vont conduire à refonder la formation médicale et à réorganiser le système hospitalier : c'est l'objet de la « réforme Debré » constituée de trois ordonnances publiées en 1958. Celles-ci ajoutent aux missions naturelles de l'hôpital, une mission d'enseignement et de recherche, qui aboutira à la création des médecins hospitalo-universitaires.

La loi dite « Loi Boulin »¹⁵ en 1970 crée la notion de service public hospitalier, en définit les obligations (continuité, égalité, adaptabilité) et les missions (enseignement, recherche, soins, prévention). Elle instaure la carte sanitaire et crée le syndicat inter-hospitalier. Elle entraîne une évolution des conceptions d'hospitalisation vers des structures plus légères avec la création d'alternatives aux hospitalisations classiques : les hôpitaux de jour, les hôpitaux de semaine et de nuit.

La décennie de 1990, avec la loi du 31 juillet 1991¹⁶ portant réforme hospitalière affirme l'identité des missions des établissements publics et des établissements privés de soins. La création d'un nouveau document contractuel : le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) apporte un volet en complément de la carte sanitaire. Il est doté d'une annexe mentionnant les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités nécessaires dans le cadre de sa mise en œuvre. De nouveaux

¹⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi du 21 décembre 1941 : Réorganisation des hôpitaux et des hospices civils – JORF du 30 décembre 1941, p 5574.

¹⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ; Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière - JORF du 3 janvier 1971, p 67.

¹⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière – JORF du 2 août 1991, p 10 255.

modes de coopération Groupement d'Intérêt Economique (GIE), Groupement d'Intérêt Public (GIP) sont mis à la disposition des établissements pour favoriser cette évolution permettant le plus souvent une gestion d'équipements lourds (Scanner, Imagerie par Résonance Magnétique) ou de services logistiques (restauration, blanchisserie). Parallèlement aux missions de service public, nous passons d'une logique budgétaire stricte à une logique de projet : projet d'établissement, projet médical, projet de soins infirmiers et projets de services.

Les ordonnances de 1996 dites « Juppé »¹⁷ qui dans un souci d'harmonisation juridique et de complémentarité économique entre les secteurs public et privé consacre l'émergence du niveau régional comme niveau pertinent pour l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. C'est le renforcement des SROS et la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Le dispositif de planification, le SROS prévoit une nouvelle modalité de coopération entre les établissements publics et privés : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) permet aux hôpitaux et aux établissements privés de réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux et avec des moyens communs. Le CGS peut être doté d'une personne morale et peut détenir des autorisations d'équipements lourds. Les établissements de santé assurant le service public hospitalier peuvent se regrouper en communautés d'établissements permettant de répondre aux besoins de la population.

C'est au cours de ces années que nous avons commencé à tirer de manière significative les conséquences des progrès de la médecine et de la réduction des durées moyennes des séjours hospitaliers en réduisant fortement le nombre de lits et en encourageant les regroupements d'établissements. C'est ainsi qu'entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète sont supprimés (représentant 15% des capacités installées). Durant cette période, 380 établissements sont supprimés ou regroupés (11% des établissements existants en 1992). De même, entre 1995 et 2011, 90 fusions entre établissements publics de santé ont lieu principalement entre deux établissements de taille petite ou moyenne et plus de 200 directions communes sont créées¹⁸.

1.2.2 ... Aux dispositifs actuels

Devant des processus de décisions complexes et souvent multiples, un enchevêtrement des pouvoirs entre le directeur, le conseil d'administration et la Commission Médicale

¹⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6 324.

¹⁸ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES – Mars 2012 - Rapport du Dr F Lalande, C Scotton, PY Bocquet, JL Bonnet : « Fusions et regroupements hospitaliers : Quel bilan pour les 15 dernières années ? », p 17.

d'Etablissement (CME) fait qu'en 2005, le Plan Hôpital 2007 entreprend une nouvelle réforme de la gouvernance hospitalière et cherche à mettre en place une coordination entre les médecins et les responsables administratifs. L'ordonnance du 2 mai 2005¹⁹ constitue le volet "gouvernance" de ce plan. Elle entend lever les freins qui pèsent sur les hôpitaux et mettre fin au désenchantement des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant et administratif. L'ordonnance recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle et crée un conseil exécutif composé de médecins et d'administratifs. Elle met également en place une organisation médicale interne simplifiée avec les "pôles d'activités" ou "pôles de soins" qui doivent permettre le décroisement de l'hôpital. Les pôles sont dirigés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif. Le médecin chef de pôle reçoit une délégation de décision et de gestion qu'il exerce dans le cadre d'un contrat d'objectif.

Dans la même dynamique en 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »²⁰ institue une territorialisation des politiques de santé en créant des outils permettant que les actions de prévention, les soins de premier et second recours ainsi que des prises en charge médico-sociales s'articulent et se complètent, sans rupture de continuité pour le patient. Les établissements publics de santé doivent pouvoir davantage s'adapter à leur environnement pour mieux répondre aux besoins de la population. C'est pourquoi, la loi HPST afin de favoriser les coopérations entre établissements de santé a procédé à une rénovation des outils auxquels peuvent recourir les établissements publics de santé. A ce titre, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) permet aux établissements publics de santé de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer ensemble certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements. Il s'agit là de favoriser le développement de la complémentarité entre hôpitaux publics par un projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et le long séjour ce qui doit inciter à des rapprochements volontaires.

Le GCS, autre outil de coopération est ouvert au secteur sanitaire mais aussi au secteur médico-social et à la ville. Il permet un décroisement des acteurs et des secteurs. Celui-ci peut être de deux natures, soit de moyens, soit érigé en établissement de santé (autorise à exercer en son nom, une ou plusieurs activités de soins).

¹⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé – JORF du 3 mai 2005, p 7 626.

²⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » – JORF du 22 juillet 2009, p 12184.

La loi HPST a aussi assoupli certaines règles de fonctionnement internes aux établissements publics de santé, la responsabilisation accrue du chef d'établissement et des chefs de pôle, le positionnement du directoire sur le pilotage stratégique de l'établissement et l'importance de la place donnée au projet médical.

Les hôpitaux doivent sans cesse s'adapter aux besoins de santé, aux évolutions techniques, aux contraintes démographiques mais aussi économiques. La restructuration est un processus sans fin, qui prend des formes variées comme la fusion, la fermeture d'unités, la spécialisation, la reconstruction ou la coopération.

Cette complexité juridique et organisationnelle pose un problème de gouvernance lorsqu'il s'agit d'aborder les tenants et aboutissants de la création d'activités nouvelles ou de la performance des établissements. Si nous ajoutons que les personnels de direction, plus ou moins incités par la tutelle, sont souvent moteurs dans les projets de rapprochements inter-hospitaliers, pour les personnels soignants et notamment pour les médecins, le regroupement et la fusion des hôpitaux ou des services ne sont pas des démarches naturelles.

1.3 Les acteurs de l'encadrement

La recomposition du secteur hospitalier impose « de profonds changements internes : changements d'organisation, de valeurs, de règles, de comportements, de site et de culture... »²¹. Ces modifications en profondeur ont inmanquablement des répercussions sur les acteurs de ce système. Les restructurations du domaine hospitalier ont entraîné les changements significatifs des missions, entraînant une rupture d'équilibre des équipes avec des modifications importantes des activités. « Ces restructurations se font au prix d'une intensification massive du travail dans un souci permanent d'efficience et de diminution du ratio patient/soignant », comme le définit N. Belorgey²².

D'autre part, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière segmente, comme nous l'avons vu précédemment, les métiers du management « autour de trois niveaux :

- Proximité : qui caractérise prioritairement le rôle de management de personnes et qui assure des activités d'animation dont le cœur de métier reste l'expertise,
- Intermédiaire : coordonne plusieurs équipes, d'encadrants de proximité,

²¹ BELORGEY N., 2010, *L'hôpital sous pression*, Paris : La découverte, 340 p.

²² BELORGEY N., *Ibidem*.

- Stratégique : anime le plus souvent directement une équipe d'opérateurs »²³.

1.3.1 La fonction de directeur des soins en pleine évolution

C'est sous l'impulsion de l'Association Nationale des Infirmières Générales (ANIG) soutenue en outre par la Fédération Hospitalière de France (FHF) que sont créés le service infirmier et le statut d'infirmière générale en 1975²⁴, donnant alors une place au corps soignant au sein des établissements et au sein des équipes de direction. C'est une véritable évolution de la fonction à travers la compétence professionnelle mais aussi de la discipline des soins infirmiers constituant de fait, une activité à part entière. L'infirmière Générale (IG) prend une place au sein des équipes de direction et siège alors au sein de la Commission médicale consultative.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, crée le service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'IG. Il s'agit de la reconnaissance au sein de l'établissement d'une direction de soins infirmiers. Le projet de soins infirmiers est alors intégré au projet d'établissement. En 1994, le législateur conforte le positionnement de l'IG comme membre à part entière de l'équipe de direction et crée la commission de soins infirmiers.

Il faudra attendre 2002²⁵ pour que la fonction d'IG évolue du titre de directeur des soins infirmiers vers celui de directeur des soins. C'est l'ouverture du corps aux filières de rééducation et médico-techniques faisant, de fait, évoluer vers une Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). L'objectif est de rapprocher les travaux de la CME et de la CSIRMT. Ce changement indique les prémices d'une position plus ouverte sur la fonction de directeur des soins. Celui-ci est chargé de « coordonner, d'organiser et de mettre en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et d'en assurer l'animation. Le DS élabore et met en œuvre le projet de soins et enfin, il favorise le développement de la recherche, l'évaluation des pratiques professionnelles et collabore dans le cadre de la gestion des risques »²⁶.

²³ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, septembre 2009, 2^{ème} édition, Presse EHESP, 437 p.

²⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics – JORF du 15 avril 1975, p 3 927.

²⁵ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière – JORF du 23 avril 2002, p 7 187.

²⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière – JORF du 23 avril 2002, p 7 187.

L'ordonnance du 2 mai 2005 a un impact sur l'encadrement dit de troisième niveau, celui « stratégique ». La place et le rôle des directeurs des soins nécessite une redéfinition comme d'ailleurs ceux des autres membres de l'équipe de direction. La fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, demande une évolution vers une fonction plus stratégique (impulsion des politiques des soins, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement de réseaux de soins...) et de conseil et de support au pôle d'activité (encadrement de proximité, encadrement supérieur).

La loi HPST marque une nouvelle réforme de la gouvernance, elle « vise avant tout à redonner aux acteurs de terrain la possibilité de décider et de s'organiser sur une base contractuelle, afin de faciliter le parcours du patient »²⁷. Elle s'inscrit dans la continuité de l'ordonnance de 2005 en ce qui concerne le développement et la mise en place des pôles. L'organisation des établissements se voit donc bouleversée et chacun des acteurs doit revoir sa place et son positionnement. Le directeur des soins, Coordonnateur Général des Soins et président de la CSIRMT devient membre de droit du directoire. De même, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique de l'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-techniques²⁸. Placé aux côtés du chef d'établissement, durant le directoire, le directeur des soins apporte son expertise quant à la politique de soins. Il devient un acteur de premier plan de la réorganisation des activités et de l'organisation des prises en charge des patients. Le directeur des soins devient alors chef de projet en ayant la capacité de structurer un objectif, de planifier les actions, de fédérer autour d'enjeux compris et partagés, d'assurer la communication avec les différents acteurs, tout en mettant en exergue la performance et l'efficacité des organisations.

Aussi, dans le référentiel d'activité du directeur des soins, et tout particulièrement dans le champ de ses compétences propres, le directeur des soins « anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats »²⁹. Cela positionne la direction des soins comme une direction d'objectifs et d'expertises et non une direction opérationnelle affectant les agents au sein des services. De ce fait, le directeur des soins se doit de développer et de mettre en place

²⁷ AFDS : Association Française des Directeurs des Soins. [Visité le 29. 06.2014], disponible sur internet : <http://www.directeurdessoins-afds.com>

²⁸ MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-530 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière – JORF du 30 septembre 2010.

²⁹ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, « Référentiel métier de Directeur(trice) des soins », mars 2010, p1.

une collaboration forte au sein des équipes d'encadrement. Il doit répondre à une exigence majeure, celle d'animer le collectif de cadres. Sa place de manager auprès des cadres de pôle devient primordiale afin de les accompagner dans leurs missions quotidiennes comme dans l'évaluation des enjeux des projets structurants des pôles. En fait, le directeur des soins doit créer la synergie au sein de l'encadrement de proximité et supérieur et de la stratégie, de l'opérationnalité.

L'évolution des derniers textes, et particulièrement le décret du 7 janvier 2014³⁰ modifiant le statut des directeurs des soins conforte celui-ci, dans la réflexion stratégique au sein des établissements. En effet, il peut être positionné au sein d'une direction fonctionnelle mais il peut également réaliser des missions, des études ou encore de la coordination dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Le statut du directeur des soins évolue au fur et à mesure des réformes qui marquent notre système de santé. Il occupe aujourd'hui une nouvelle place stratégique, faisant de lui un acteur à part entière influant sur la politique de l'ensemble de l'établissement.

1.3.2 L'adaptation des fonctions d'encadrement soignant aux impératifs de terrain

Après la modernisation des années 1960, le fonctionnement des hôpitaux est remis en question par la technicisation du travail médical et la spécialisation des services. Cette complexification médico-technique entraîne une division du travail entre les catégories de personnel générant un besoin de coordination entre les unités. L'évolution des modèles de l'encadrement soignant passe de la surveillante rappelant l'image de l'autorité : « elle surveille », à celui de cadre infirmier marqué par la notion d'appartenance au soin, à ce nouveau modèle de cadre de santé gestionnaire et managérial. Un statut et une fonction qui n'ont cessé d'évoluer, aidés par l'obligation de formation.

C'est à partir de 1975 que le mot « cadre infirmier » apparaît d'un point de vue réglementaire³¹ et institutionnel dans les structures hospitalières. L'encadrement infirmier tourne son regard vers les entreprises, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion.

³⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière – JORF du 9 janvier 2014.

³¹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au Certificat de Cadre Infirmier – JORF du 12 octobre 1975, p 10 566.

La création du diplôme de cadre de santé en 1995³² marque ce changement puisque la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la qualité des soins.

Le cadre de santé prend une part de plus en plus importante dans l'organisation des structures de soins, compte tenu de la nouvelle gouvernance observée dans les hôpitaux. Dans le domaine des soins, le management de proximité est celui de l'opérationnel, de la gestion d'une unité, avec des personnels, des équipements, des patients, des ressources économiques et techniques, un management de terrain. Le cadre de santé représente ce premier niveau de l'encadrement soignant ou paramédical. Ses tâches se diversifient. Sa position est véritablement celle d'un manager. Le cadre, pour être efficace, doit faire preuve de stratégie, d'un sens de l'organisation et de la relation. En effet, l'hôpital se caractérise par sa réglementation, son organisation complexe, ses divisions du travail et ses hiérarchies. De multiples métiers et professions doivent coopérer et légitimer leur place dans cet environnement. L'hôpital a également à faire face à des changements constants, structurels, économiques, politiques et les cadres de santé doivent s'adapter et, eux aussi, évoluer. De ce fait, les cadres sont sollicités pour accompagner ces changements. Les cadres occupent un rôle intermédiaire et d'interface entre le DS et les soignants.

La structuration en pôle donne un nouveau souffle et surtout un contenu à l'encadrement dit « intermédiaire » ou cadre supérieur de santé. Le positionnement de ces cadres à côté des responsables de pôle induit à la fois une fonction de régulation et une fonction plus stratégique impulsant des orientations médico-soignantes. Il s'agit d'un autre métier que celui de cadre de proximité, plus intégré aux politiques d'établissement, au fonctionnement et au développement des réseaux, à la structuration et au suivi des démarches transversales (qualité, gestion des risques...). Le cadre de santé, ou le cadre coordonnateur de pôle, a un rôle crucial dans le fonctionnement quotidien du pôle et considère sa fonction comme un nouveau métier. Les cadres supérieurs tiennent une position plus administrative que les cadres de proximité. Leurs champs de compétences se centrent autour de problématiques de gestion, de projets de pôles, de management.

Ainsi les cadres deviennent des éléments incontournables dans l'organisation car ils maîtrisent par leur expertise le champ des aléas, au sens de la maîtrise des zones d'incertitudes selon M. Crozier³³. Cela signifie donc que la place que les cadres occupent dans cette nouvelle organisation, leur donne du pouvoir, c'est-à-dire des moyens de pression, d'actions et de négociations sur les autres membres.

³² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé – JORF du 20 août 1995, p 12 468.

³³ CROZIER M ; FRIEDBERG E., 1977, *l'acteur et le système*, Paris : Seuil, 443 p.

1.4 Des relations sociales aux jeux des acteurs

1.4.1 De la collaboration à l'action collective au sein d'équipes

Les travaux de D. D'amour définissent la collaboration comme : « un ensemble d'actes par lesquels des individus, d'une ou d'organisations différentes, établissent des pratiques communes dans la perspective convenue de rendre leur action plus efficiente »³⁴.

La collaboration est un processus, un résultat dans lesquels sont partagés les intérêts et les conflits qui ne peuvent pas être résolus par un seul individu. Le résultat de la collaboration est le développement de solutions intégratives qui vont au-delà d'une vision individuelle. Dès lors, J. Gardner, en 2005³⁵ dans ses travaux, détermine les attributs de la collaboration comme le fait de partager la planification, de prendre la décision, de résoudre les problèmes, d'établir les objectifs, d'assumer les responsabilités, de travailler ensemble en coopérative, de communiquer et de coordonner ouvertement.

Parmi les facteurs organisationnels propices à une collaboration efficiente, l'importance de la structure, de la technologie, de la taille et de la composition de l'équipe sont primordiaux. Un des facteurs déterminants de la collaboration est l'appui institutionnel proposé au fonctionnement du groupe, comme le temps octroyé pour se réunir mais aussi le soutien logistique (salle de réunion, support de compte-rendu...).

Néanmoins, la dynamique du groupe ou de l'équipe est primordiale. Dans un fonctionnement d'équipe, la clarification des rôles et des responsabilités de chacun est essentielle à l'efficacité de la collaboration. Cette compétence implique la capacité de définir, d'expliquer et d'assurer nos propres missions dans le respect de celles des autres mais aussi la connaissance et la reconnaissance des rôles et des responsabilités des différents partenaires.

Ainsi, les principaux déterminants à une collaboration sont la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership, le climat. Les notions de cohésion et de confiance apparaissent comme les plus importantes. La cohésion est liée au degré d'affinité entre les acteurs, la motivation et l'engagement des membres envers le groupe.

³⁴ GARAND E., COLIN C. /, août 2009, Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelles, document de travail, Université de Montréal.

³⁵ GARAND E., COLIN C. /, *Ibidem*.

1.4.2 La confiance comme relation sociale

Il n'existe pas de consensus sur une définition unique du concept de confiance. En revanche, des points communs peuvent être avancés, la confiance contribue au développement de la relation, réduit l'occurrence des conflits, limite les coûts de négociation, facilite le transfert des données ou de connaissances.

L'engagement dans la confiance est une décision volontaire, il est entendu qu'il n'est guère possible de contraindre formellement un individu à s'investir dans la confiance.

La bonne volonté est également une dimension souvent entreprise. Elle traduit un effort délibérément consenti pour préserver la relation. Cela sous-entend l'idée d'entraide et de solidarité.

SL. Robinson en 1996³⁶, dans la relation salariale dit la confiance du salarié se nourrit des obligations qu'il perçoit de la part de l'employeur ; en retour, la confiance ainsi formée génère, chez le salarié, un sentiment d'obligation d'agir dans le bien de l'organisation. Cette volonté d'agir se manifeste par un comportement et des attitudes positives de la part du salarié envers l'organisation. C'est ce que nous pouvons appeler la confiance organisationnelle : l'influence de la confiance sur l'implication au travail ou plus exactement la confiance et la performance au travail. De même, nous pouvons distinguer deux niveaux de confiance : la confiance du salarié envers son supérieur hiérarchique d'une part et la confiance du salarié envers les dirigeants de l'entreprise d'autre part.

Selon F. Mer, vice-président du conseil d'administration du groupe SAFRAN (équipementier en aéronautique, défense et sécurité) lors d'une conférence en 2012 : « La confiance s'installe en commençant par le haut. La vision se communique par le verbe, une parole qui montre une personne engagée, pleine de son sujet. Le dirigeant doit parler et écrire en acceptant d'être contredit et questionné. Il doit oser bâtir dans son entreprise un système de relations qui permette à chacun de l'interpeller de façon responsable, par exemple sur la place publique de l'intranet. La confiance devient alors réciproque, chez le manager de proximité, chez le collaborateur du terrain... »³⁷.

³⁶ CAMPOY E, NEVEU V, juin 2007, « *Confiance et performance au travail* », Paris, Revue Française de gestion, n°175, p 140.

³⁷ MER F, « *Vers la fin du management reporting* », in EFE ,24 janvier 2012, Paris.

1.4.3 Du jeu des acteurs à la relation de pouvoir

N. Atter décrit les relations de pouvoir : « les comportements du groupe les uns par rapport aux autres mettent en évidence la complexité des relations de travail. Ce sont les relations de pouvoirs qui les caractérisent »³⁸. Décrire la réalité des relations de pouvoir permet de comprendre que les rapports de force se développent à tous les niveaux des organisations.

M. Crozier³⁹, quant à lui, étudie les rapports de pouvoir au sein des organisations hiérarchisées. Le pouvoir est alors conçu comme une relation réciproque. Cette approche du pouvoir a deux implications. D'une part, si la relation de pouvoir est asymétrique, aucun individu n'est néanmoins complètement démuné de toute possibilité d'action face à l'autre. La dualité du processus de la relation de pouvoir est perceptible dans la démarche que mène tout acteur, dans la recherche de son propre intérêt. L'objectif des individus est d'accroître leur propre pouvoir et de restreindre celui des autres. D'autre part, la relation de pouvoir ne peut exister qu'avec l'assentiment de ceux qui la subissent. Le pouvoir peut être formel ; il est alors détenu par l'acteur qui a l'autorité hiérarchique. Les relations sont clairement définies et sont légitimées par les règles édictées de l'organisation.

Par ailleurs, le pouvoir informel occupe une place importante dans les rapports sociaux. M. Crozier⁴⁰ complète sa théorie sur une série de concepts associés à celle du pouvoir, incertitude, stratégie et enjeu. L'exercice du pouvoir en organisation suppose soit d'être individuellement fort ou d'être collectivement organisé. Il analyse l'origine du pouvoir informel par le contrôle d'une incertitude : « un problème de fonctionnement de l'organisation dont les solutions ne sont connues que par un petit nombre ».

³⁸ ALTER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ème} édition, Paris : PUF, p 89.

³⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 443 p

⁴⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., *Ibidem*

2. L'enquête de terrain

2.1 La méthodologie de l'enquête

Cette enquête réalisée auprès des acteurs de terrain vise à identifier l'impact d'une communication efficiente sur la collaboration entre le DS et les équipes d'encadrement, associée à la complexité d'un établissement organisé en multi-sites.

Cette recherche repose sur l'analyse croisée de documents et de données empiriques issues d'entretiens semi-directifs. La recherche documentaire a porté sur la lecture de textes législatifs et réglementaires, de plusieurs rapports ministériels ainsi que sur des ouvrages et des périodiques.

Nous avons choisi de réaliser l'enquête qualitative au sein de trois établissements de santé organisés en plusieurs sites et de structures juridiques différentes. Deux d'entre eux sont des Centres Hospitaliers (CH) dont l'un est intégré à une CHT, et le troisième est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

2.1.1 Les terrains enquêtés

Le Centre Hospitalier A est un établissement de proximité, regroupant 858 lits et 43 places répartis en 6 sites : 3 établissements fusionnés et 3 établissements fonctionnant en direction commune. Il propose des activités de court séjour (MCO), de santé mentale adulte et infanto-juvénile, d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de Soins Suites et de Réadaptation (SSR) et d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD). Ces 6 sites sont distants de 52 kms de part et d'autre, ce qui représente l'équivalent d'une heure de trajet en voiture⁴¹. Les effectifs de l'établissement sont composés de 76 ETP de personnels médicaux et de 1342 ETP personnels non médicaux. Le personnel soignant représente 1002 ETP agents⁴². Le CH est organisé en 7 pôles d'activités cliniques et médico-techniques, sous la responsabilité d'un médecin-chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur délégué. Son budget de fonctionnement est d'un peu plus de 80 millions d'euros. Il est déficitaire. L'établissement est dirigé par un Directeur d'établissement assisté de huit Directeurs Adjointes, y compris les directions communes et d'un Coordonnateur Général des Soins-Directeur des Soins (GCS-DS).

Le Centre Hospitalier B est un établissement de recours au sein d'une CHT et ce, depuis janvier 2010. Cette CHT regroupe 3 centres hospitaliers et est le fruit d'une coopération permettant une meilleure couverture de l'ensemble des besoins du territoire. Il se compose

⁴¹ Données ViaMichelin, 2014, [Visible sur internet] <http://www.viamichelin.fr>

⁴² « Chiffres clés 2013 » de l'établissement.

de 1789 lits et places répartis sur 3 sites. Il propose des activités de court séjour, de santé mentale, de psychiatrie infanto-juvénile, d'EHPAD et d'USLD. Les établissements sont distants de 32 kms et il faut 35 minutes⁴³ pour se rendre d'un établissement à l'autre. Les effectifs de l'établissement sont composés de 314 ETP de personnels médicaux et de 3071 ETP de personnels non médicaux. La prise en charge des patients est organisée au sein de 14 pôles cliniques et médicotechniques. Le pilotage des pôles est assuré par un chef de pôle assisté d'un cadre supérieur de santé-coordonnateur de pôle plus ou moins d'un assistant de gestion. Les directions des soins ne sont pas communautaires, deux DS-GCS sont positionnés sur l'ensemble des sites : l'un gère deux établissements de santé et le deuxième a en charge un site. L'établissement fait l'objet d'un 2^{ème} contrat de retour à l'équilibre financier signé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2010 pour une cible d'équilibre en 2013. L'exercice 2013 présente un déficit de 1,1 million d'euros.

Le Centre Hospitalier Universitaire est un pôle de référence sanitaire de 2556 lits et places employant 6553 personnes dont 4048 personnels non médicaux⁴⁴. Il se compose de 6 établissements fusionnés et d'un établissement en direction commune. Deux sites assurent la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche alliant des soins de recours et de référence dans toutes les spécialités, sauf les grands brûlés. Les autres sites proposent des activités de proximité. La distance maximale entre les sites les plus éloignés est de 86 kms. Il faut en moyenne 1h10 pour les parcourir⁴⁵. L'établissement est organisé en 13 pôles cliniques et médico-techniques, sous la responsabilité d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur délégué. Avec un déficit de 5,2 millions d'euros en 2013 pour un budget de 460 millions d'euros, le CHU est contraint d'appliquer un plan de retour à l'équilibre.

La direction des soins est pilotée par un DS-GCS assisté de trois DS avec deux particularités : l'une d'entre elle assure l'intérim de la direction qualité et gestion des risques et l'autre est positionnée comme directeur référent de site à hauteur de soixante pour cent de son temps. Deux cadres supérieurs de santé viennent compléter l'équipe et sont positionnés sur des missions transversales.

2.1.2. L'échantillon interviewé

Afin de répondre à notre question de départ, nous avons interrogé dix-huit personnes concernées par des fonctions managériales sur différents sites.

⁴³ Données ViaMichelin, 2014, [Visible sur internet] <http://www.viamichelin.fr>

⁴⁴ « Chiffres clés 2013 » de l'établissement considéré.

⁴⁵ Données ViaMichelin, 2014, [Visible sur internet] <http://www.viamichelin.fr>

Ainsi, nous avons limité notre enquête à l'interview de :

- deux chefs d'établissement,
- trois directeurs des soins dont un coordonnateur général des soins,
- huit cadres supérieurs de santé-cadres de pôle,
- cinq cadres de santé.

Répartis comme suit :

FONCTIONS	CH A	CH B	CHU
Chef d'établissement	1	1	
Directeur des soins	1	1	1
Cadre supérieur de santé	3	2	3
Cadre de santé	2	2	1

2.1.3 Le choix des outils

Il existe différents types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien semi-directif, l'entretien libre. L'entretien semi-directif comporte des questions ouvertes et fermées. Cet outil d'enquête permet de laisser une part d'expression libre tout en guidant les échanges vers les thématiques ou questions souhaitées et un questionnement plus affiné du fait du guide que constitue le questionnaire. Les thèmes abordés parlent davantage aux enquêtés parce qu'ils renvoient à leur expérience. Il favorise la production d'un discours et la collecte des informations recherchées de manière vivante. De plus, il permet l'installation d'un climat de confiance propice aux échanges.

Nous avons choisi l'entretien semi-directif comme principal outil d'investigation destiné aux directeurs d'établissement, aux directeurs des soins, aux cadres supérieurs de santé-cadres de pôles ainsi qu'aux cadres de santé. Les interviews, d'une durée d'une heure trente minutes sont réalisées à l'aide d'une grille d'entretien adaptée aux différentes fonctions⁴⁶ afin de recueillir des informations plus pertinentes et permettre une analyse plus fine et la définition de préconisations adaptées tenant compte des différents acteurs intervenant autour du directeur des soins. Le choix des personnes rencontrées (cadres supérieur de santé et cadres de santé) s'est effectué avec l'aide le plus souvent du CGS des établissements et en fonction de leurs disponibilités. Les principes de l'anonymat et de la confidentialité ont été respectés.

⁴⁶ cf., annexes n°I, n°II et n°III

2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête

Les limites de ce travail tiennent au nombre de personnes interviewées qui ne permet pas de généraliser l'étude.

Les points forts résident dans la représentativité des structures des établissements : un CH de proximité, un CH de recours et un CHU permettant un élargissant des résultats à des structures d'organisations différentes et une meilleure pertinence des résultats de l'enquête. Cette enquête a été enrichissante dans la qualité des échanges, dans l'exhaustivité des informations et dans la réflexion professionnelle.

2.2 L'analyse du contenu

2.2.1 Un contexte de communication en évolution

2.2.1.1 Communiquer au sein d'organisations éclatées

La recherche constante d'une organisation efficiente avec la difficulté supplémentaire que constitue la distance entre les différents sites, est le quotidien des directeurs de soins et des cadres de pôle interviewés.

Un DS s'exprime : « *J'avoue, j'ai pris mes fonctions depuis 2 ans et il y a des secteurs ou je ne suis jamais allé* ». Lesquels par exemple ? « *Les structures ambulatoires en psychiatrie, les CMP par exemple même si ils sont pour certains à proximité de mon bureau* ». Un autre cite « *j'ai beaucoup de mal à voir les CSS sur un des sites, je fais confiance* ». Il surenchérit « *les CSS s'adaptent à mon organisation sinon ils ne me voient pas, ce n'est pas satisfaisant* ».

Un CSS évoque « *le fait d'être multi-sites, je ne vois jamais mes collègues cadres de pôle en dehors de ces réunions (réunions mensuelles de la direction des soins). L'établissement est tellement éclaté. Au début quand le GCS nous a fixé des réunions tous les quinze jours, on trouvait que cela faisait beaucoup mais en fait non... L'établissement est tellement en mouvement, il y a des projets dans chaque pôle* » ... Un CSS précise « *Le pilotage de groupes de travail devient difficile pour nous CSS, comment faire avec tout ce temps de route ? J'ai du mal à trouver des volontaires au sein du pôle (...). Je ne peux pas faire déplacer des CS pour 2 heures de réunion quand elles ont 1h15 de trajet aller...* ».

Un CSS cite « *avant, je gérais 4 CS. Quand nous avons fusionné, 3 CS ont rejoint l'équipe. Cela a été vécu douloureusement, la fusion a été rapide et les enjeux n'ont pas été compris.*

Les cadres ont été en difficulté pour accompagner les équipes. Cette année, un nouvel établissement en direction commune a intégré le périmètre. Je gère donc 11 cadres venant d'horizons différents avec des cultures et des valeurs hétérogènes. Ce n'est pas facile de les manager... En plus, il y a la distance ».

Les structures juridiques différentes des établissements apportent une complexité dans la dynamique de management. Nous l'avons vu précédemment l'accélération des réformes aboutit à des schémas d'organisation à géométrie variable. Au sein d'un même établissement, les choses sont claires, l'ensemble des personnels a le sentiment d'appartenance. Par contre, au sein d'une organisation que peut être une direction commune ou une CHT, l'adhésion des agents est moindre. Ils s'identifient bien appartenir à une structure (dans le sens géographique) mais pas dans le sens de l'allégeance aux politiques proposées par les directions. Ainsi, le DS doit manager des équipes de cadres hétérogènes. La culture d'appartenance à l'établissement développée par les cadres est un élément que le DS intègre dans son mode de management puisque l'encadrement provenant des établissements en direction commune n'a pas toujours l'impression de se sentir intégrés au sein de l'organisation de la direction des soins.

Le rapprochement des structures hospitalières redimensionne les équipes d'encadrement en augmentant leur périmètre d'action essentiellement auprès des cadres de pôle.

Un CSS décrit l'organisation qui lui paraît la plus pertinente *« sur un des sites je me déplace une fois par mois j'ai fait un calendrier précis après une année d'observation mais on perd beaucoup de temps et d'énergie pour gérer les différents sites (...) je me déplace sur la journée entière de par la distance, avec l'ensemble des cadres (...) sur des sites plus proches je fonctionne en demi-journée ».*

Les CSS et les directeurs des soins sont unanimes, la distance modifie leurs manières de communiquer et de fonctionner avec leurs collaborateurs. A contrario, pour les CS la distance n'est pas un problème si les vecteurs de communication sont adaptés et performants.

2.2.1.2 Gérer la temporalité de l'information

« J'ai les infos très en retard par rapport aux autres car je suis excentrée du site principal je me sens seule parfois » exprime une CS. Un autre cite *« J'utilise beaucoup le mail, j'ai de la chance par rapport à mes collègues car je rencontre le DS très régulièrement de par mes différentes missions sur l'établissement ».* Les cadres analysent positivement cette

proximité avec le DS. Ils accèdent à des informations que leurs collègues n'obtiennent pas. Le partage de l'information devient essentiel mais ne doit pas être exclusivement vu sous le prisme de la distance.

Un CSS ajoute « *les temps de rencontre programmés sur les thématiques définies sont très importants, pour faire avancer les projets* ». « *Des temps non formalisés c'est moins satisfaisant* » selon un CSS. Les réunions de CSS et de la direction des soins prennent sens et permettent également aux cadres de s'exprimer sur leur quotidien, leurs difficultés.

De fait, il faut une forte capacité d'organisation et qu'elle soit organisée de façon identique. Elle doit répondre aux besoins des différents sites. La difficulté réside sur l'équité dans la gestion des sites. Cela implique de développer des outils de suivi extrêmement pointus. Cette organisation doit être formalisée et rigoureuse.

Un CSS cite : « *de quoi vais-je parler aujourd'hui avec les cadres ? Mon souci est l'accès aux dossiers afin de pouvoir répondre aux problématiques du site A, par exemple (le plus éloigné). J'ai l'impression de partir avec des tonnes de dossiers. Ma crainte est de ne pas toujours pouvoir apporter de réponse aux cadres. Je me dois cette rigueur puisque je les rencontre peu, il faut être efficient ...* ».

Un CSS ajoute « *L'équipe de directeurs des soins est fragile, il y a un poste vacant et on sent maintenant qu'il nous manque des informations, c'est bancal et cela se majore quand nous sommes sur plusieurs sites* ». Le dimensionnement des équipes de la direction des soins est une préoccupation des cadres de pôle ainsi que les nombreux changements au sein des équipes de direction. Les équipes de cadres craignent un défaut de circulation d'information et de ne plus pouvoir être associé et partager des décisions stratégiques.

2.2.2 Un enjeu dans la communication, celui de la confiance et d'une vision partagée

2.2.2.1 La confiance comme socle des relations sociales

Pour les directeurs d'établissement, la confiance est primordiale « *J'attends avant tout des cadres de pôle de la confiance mais également de la loyauté envers l'institution ainsi que dans les décisions qu'ils prennent. Si je n'ai pas confiance envers mes collaborateurs dans les décisions, dans les actions qu'ils mènent, je ne peux pas travailler, je suis paralysé dans mon travail* ». Un DS renforce ces propos en précisant « *quand s'installe l'incertitude entre l'encadrement et la direction (sous-entendu la direction des soins) cela devient anti-productif* ». La confiance est la base des relations entre cadres, qu'ils soient de proximité,

de pôle ou des directions. Elle repose également sur la transparence dans la transmission des informations.

Un des CSS interviewé présente cette relation de confiance « *parfois, on n'a pas l'information par le bon canal, par exemple c'est parfois les partenaires sociaux qui nous transmettent une décision ou une modification d'organisation, ce n'est pas normal. Du coup, cela crée de la suspicion entre moi et le DS...* ».

Il convient donc de créer un climat de confiance propice aux échanges entre les acteurs. La confiance est au cœur des relations de travail. C'est un facteur incontournable à la fois de la performance d'un établissement et du bien-être des cadres. C'est également un facteur protecteur primordial des risques psychosociaux. L'hôpital est un lieu particulièrement riche en interdépendance, entre les agents et l'encadrement, entre l'encadrement et la direction des soins, entre les directions et les agents. Si un établissement veut avancer malgré des objectifs incertains (liés aux contextes médico-économiques par exemple, comme c'est le cas des trois établissements interviewés), l'encadrement doit faire confiance pour s'engager, pour travailler ensemble.

Les CSS sont presque tous unanimes « *nous sommes en confiance quand nous sommes entre CSS et la direction des soins...* ». Néanmoins, quelques CSS expriment le besoin de formaliser leurs échanges avec la direction des soins en utilisant le mail. Ils parlent de l'importance de la trace écrite.

Quant aux cadres de proximité, ils ne mettent pas en avant cette notion de confiance mais l'interprètent comme un engagement fort de la part du directeur des soins et de l'encadrement supérieur. Ils ont là le sentiment d'être soutenus et vont pouvoir développer une relation de confiance avec la direction des soins.

2.2.2.2 Une vision partagée entre managers

Les acteurs ont besoin d'une vision commune du fonctionnement de leur organisation. Elle est une sorte de « ciment culturel » permettant de structurer le collectif au travers d'un projet ou d'une mission. Les collaborations vont revêtir différentes formes d'où l'importance de pouvoir interpréter les événements de la même manière par un langage commun. Un CS précise : « *j'attends que le CGS me transmette toutes les informations qui peuvent me permettre de gérer les agents. Il n'y a rien de pire que d'être dans l'incertitude* » ; « *le DS doit collaborer, créer un partenariat avec l'encadrement* ».

Dans un des établissements interviewés, un CSS exprime « *lors de certaines réunions, il n'y a pas d'ordre du jour mais le CGS sait où il va, il sait les points qu'il souhaite aborder avec nous* ».

C'est donner du sens, un but commun, indiquer la direction à prendre ? Préserver, produire des valeurs et du sens permet d'améliorer la performance des organisations comme le décrit AP. Contandriopoulos⁴⁷. C'est aussi rendre lisibles les organisations : qui fait quoi ? Mettre en place une transparence dans les relations entre les différents acteurs.

La notion de travailler ensemble prend toute son importance. Les équipes de direction d'un hôpital ne sauraient conduire de nouveaux projets sans le relais actif de leurs cadres. Ils sont d'autant plus efficaces s'ils constituent un groupe homogène doté de connaissances communes et de représentations partagées. C'est aussi une des compétences du directeur des soins comme manager : sa capacité à donner une dimension stratégique à un objectif. C'est aussi la communication comprise comme « une mise en commun », un échange et un partage suppose la construction d'un sens commun. Cette communication se joue au niveau institutionnel et nous évoquerons le sentiment d'appartenance et d'identification à l'établissement.

Les structurations polaires ont, aussi, modifié les organisations de travail, certains cadres de pôle échangent de façon plus étroite avec le chef de pôle qu'avec la direction des soins. Parfois, cela est historique et est lié à la mise en place du pôle même si un changement de gouvernance est intervenu.

2.2.3 Une adaptation du process collaboratif pour développer la communication managériale.

2.2.3.1 Aux sollicitations du terrain

Etre associé et partager des informations stratégiques selon leur champ de responsabilité

Les attentes des cadres qu'ils soient de proximité ou de pôle, sont en premier lieu l'accès aux informations ayant un impact sur les organisations soignantes. Quand ils accèdent à ces données, les cadres ont le sentiment d'être impliqués dans la décision stratégique. Ils parlent de « *positionnement du cadre dans la décision* » même si ils sont conscients du faible niveau d'implication. Un des CS interrogé exprime « *le CGS doit être très transparent* »

⁴⁷ CONTANDRIOPOULOS AP, « *la performance dans le domaine de la santé* », in INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC, 28 novembre 2007, Montréal

mais on n'a pas besoin de tout savoir ; une information très stratégique peut rester confidentielle. Moi, je recherche les éléments pour avancer avec les équipes ».

Un autre CS exprime *« je souhaite avoir des informations sur l'institution le projet d'établissement par exemple... mais aussi sur les restructurations en cours... »*. De plus, les CSS interrogés confirment *« qu'on nous donne des informations descendantes : un compte-rendu des instances, le positionnement de l'établissement en matière de gestion RH »*. Un CSS prend l'exemple de mouvements de cadres de santé à venir : *« Aucun CSS n'a participé à cette réflexion. Pour moi, ce n'est pas transparent. Parfois l'information doit venir du CGS et non pas de moi : va-t-il lui dire ? (au cadre concerné par le mouvement). Qui dit quoi ? Je n'ai pas pris cette décision, ce n'est pas à moi d'informer le cadre... »*.

Les cadres déplorent être très peu informés des réformes en cours, des enjeux politiques et surtout des décisions prises au sein des établissements et ce, quelle que soit la taille des structures. C'est pourquoi, si nous regroupons par thématiques les différentes attentes des cadres de proximité et des cadres de pôle, nous retrouvons :

- Les projets « restructurants » (entendu comme les réorganisations en cours),
- les politiques d'établissement : politique des ressources humaines, politique sociale, les politiques financières,
- la qualité et la gestion des risques,
- l'organisation des soins.

Nous voyons bien que la stratégie de l'établissement est une préoccupation majeure de l'encadrement quel que soit le niveau de responsabilité.

Etre accompagné dans les projets

Les cadres de proximité expriment *« le DS est là pour chapeauter les projets »* et *« être moteur dans les nouveaux projets »*.

Les CSS sont plus précis *« les projets pour lesquels nous ne sommes pas préparés : le redimensionnement des effectifs, une nouvelle organisation surtout quand les CSS sont jeunes dans leurs fonctions »*. Mais également, les CSS recherchent un soutien auprès du DS. Un CSS cite *« lors de la négociation d'une nouvelle convention tripartite sur les EHPAD, j'attends une aide du DS sur le dimensionnement des effectifs et un contrôle de ce que je fais »*. Plusieurs CSS expriment le fait de n'être pas préparés aux relations avec les partenaires sociaux, par exemple. C'est un élément souvent retrouvé d'autant que les établissements concernés par l'enquête présentent tous un déficit budgétaire et qu'une tension sociale est palpable.

Par contre, les cadres sont unanimes, c'est au DS d'impulser les projets *« mais aussi de faire vivre les projets issus des instances comme la CSIRMT »*.

L'accompagnement, en termes de pilotage de projets par le DS est primordial. Il contribue, en premier lieu, à donner du sens au projet « *Surtout si le projet est subi : injonction de la direction générale dans un contexte économique par exemple de fermeture de lits* ». Le rôle du DS est d'explicitier aux CS et aux CSS les enjeux institutionnels.

De plus, les CS attendent du DS un positionnement d'expert afin de contribuer à une prise en charge de qualité auprès des patients. Un CS cite « *j'attends du DS qu'il défende les activités soignantes en lien avec la charge de travail mais aussi la qualité des soins, que ces concepts ne soient pas qu'une douce et amère utopie* ». Un CSS dit, dans le cadre d'une nouvelle organisation soignante « *j'attends du DS d'avoir l'expertise du terrain, de pouvoir répondre à mes questions, par exemple devant un problème de compétences d'un professionnel. J'ai besoin d'avoir l'aval et la validation d'un DS qui peut aller dans mon sens ou pas* ».

Mais aussi, que le DS soit en capacité d'argumenter, de défendre les projets auprès de ses collègues directeurs. D'ailleurs, la première compétence décrite dans le référentiel de compétence des DS est « l'implication dans la conception, conduite et suivi des projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure »⁴⁸.

Le projet permet de fédérer un ensemble d'acteurs dans le but de finaliser et d'atteindre un objectif commun. En effet, il est évident qu'un projet porté et suivi par l'ensemble des acteurs concernés aura plus de chance d'être finalisé et mis en œuvre. C'est aussi, la capacité du DS à donner une dimension stratégique à un objectif. Son rôle est de traduire cette dimension en objectifs et en actions collectives.

Etre intégré à la boucle retour ou feedback du terrain à la direction des soins

Afin de pouvoir apporter de la cohérence entre les décisions et leur mise en œuvre au sein des unités, le DS a pour mission d'organiser la rétroaction de l'information, élément essentiel de la communication, permettant, comme nous l'avons vu dans la première partie au DS de vérifier que le message transmis a bien été compris.

Un CS cite, concernant la procédure de continuité des soins d'un établissement, « *je sais que cela a été travaillé mais je n'ai pas de retour des CSS ayant travaillé sur le sujet, on n'est pas réactif, je perds du temps...* ». Un autre CS précise « *pour agir nous devons (DS et équipe de cadres) connaître les décisions mais également les difficultés de mise en œuvre même celles rencontrées par la direction des soins* ». Autre exemple cité par un cadre de pôle « *l'ouverture d'une nouvelle vacation médicale, nous l'avons apprise de façon*

⁴⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2011, *Référentiel de compétences des directeurs des soins*, EHESP, p 11.

fortuite par l'appel de patients souhaitant prendre un rdv avec un médecin inconnu de l'établissement, en fait nous n'avons jamais eu l'information, et nous n'étions pas prêt pour recevoir ce praticien... Je ne sais pas si c'était au CGS de le faire mais quand j'ai échangé avec lui, il avait l'information, là, ça ne va pas en termes de communication au sein de l'institution ».

Un cadre de pôle en précisant l'organisation polaire cite « *le DS est invité permanent aux bureaux de pôle. Il doit être informé de ce qui se passe sur le pôle...* ».

L'organisation des flux d'information est essentielle au bon fonctionnement des structures. Le DS favorise la « remontée » d'informations du terrain. Il est primordial de leur garantir de pouvoir remonter leurs éventuels questionnements et d'obtenir des réponses dans un délai annoncé et respecté. Cependant le DS doit être également prêt à transmettre des informations, même stratégiques. « *La réactivité est dans les deux sens* ».

Etre disponible pour les équipes d'encadrement

La disponibilité du DS a été citée à de nombreuses reprises par les cadres de proximité « *le DS n'a pas de téléphone portable, c'est surement mieux pour lui sinon il serait dérangé tout le temps mais pour nous, cadres c'est parfois difficile de le contacter et cela peut être très ennuyeux* ».

Les CSS recherchent « *la disponibilité, l'accessibilité du DS* » afin d'apporter un éclairage aux décisions qu'ils prennent. « *J'ai trouvé mon organisation avec lui, je préfère utiliser le téléphone alors je le contacte le matin avant 8h30, je sais qu'il est disponible et dans son bureau* ».

Mais aussi, les cadres recherchent par le biais de cette disponibilité un appui, un conseil lors de décisions à prendre « *parfois j'ai besoin d'avoir un avis rapidement, de voir si il me suit dans la décision* ». La disponibilité du DS permet aux cadres de pouvoir s'exprimer, en quelque sorte d'être un exutoire « *Parfois on s'épanche, c'est le seul endroit (le bureau du DS) où on peut se permettre ça* ».

Pour ce faire, il convient au DS de s'organiser afin de répondre aux sollicitations de l'encadrement. Pouvoir le joindre pour une question, l'interpeller en cas de problématique, le solliciter dans le cadre de la mise en place d'un projet sont autant d'éléments où la disponibilité du DS est un facteur de confiance que lui font les équipes ainsi que l'attention qu'il met à accompagner les cadres.

2.2.3.2 Aux attentes du directeur des soins

En quête de collaborateurs

Les DS en recherche de débats contradictoires « *mes rencontres avec les CSS me permettent de valider ou pas mes hypothèses de travail. J'ai des idées, je les sou mets aux CSS et nous échangeons sur ces décisions* ». Un DS dit, mon principal rôle est de « *décliver les organisations de soins pour les rendre plus efficaces surtout avec des structures polaires* ».

De même, ils soulignent « *l'expertise de terrain est importante d'autant plus dans le contexte médico-économique des établissements* ».

Mais également, le DS recherche auprès des CSS un relais pour communiquer des informations émanant de la stratégie aux cadres de proximité, ils attendent que les CSS soient « *moins sur des choses pratiques mais sur de la stratégie polaire* ».

Le directeur des soins connaissant bien ses collaborateurs, leur rôle et leur mission, oriente et donne du sens aux tâches quotidiennes, tout particulièrement durant toutes les phases de changement. Alors qu'auparavant, les injonctions et le contrôle auxquels était associée une communication descendante suffisait.

Aujourd'hui, l'écoute, la délégation, la recherche de participation, constituent à la fois une condition d'efficacité de l'équipe et une réponse aux aspirations des collaborateurs.

Egalement, le DS s'appuie sur les cadres de pôle dont le rôle s'en trouve profondément modifié. Celui-ci devient un véritable chef de projet qui détermine les objectifs, anime, soutient et conseille son équipe tout en valorisant les réussites.

C'est ce que J. Gardner⁴⁹ dénomme les attributs de la collaboration : le fait de partager la planification, de prendre la décision, de résoudre les problèmes, d'établir les objectifs, d'assumer les responsabilités, de travailler ensemble en coopérative, de communiquer et de coordonner ouvertement.

En recherche de performance collective

Les DS sont en recherche d'efficacité dans leur organisation au quotidien « *avant j'avais 3 secrétaires : l'une de la direction de soins central, l'autre de site (dans le cadre de sa fonction directeur référent de site), et enfin celle de la direction des soins de l'établissement en direction commune. C'était ingérable, je me retrouvais avec 3 réunions en même temps ou des temps de déplacement incompatibles avec mon agenda...* ».

⁴⁹ GARAND E., COLIN C. / , *Ibidem*.

Un DS cite au sujet des réunions d'encadrement, « *Etre le plus organisé possible, déterminer un secrétaire de séance ; je corrige et valide le compte-rendu puis on le dépose sur un réseau partagé pour créer de la mémoire* ».

En fait, l'organisation des établissements en multi-sites oblige les DS à modifier leur ligne managériale, « *je m'appuie sur les CSS en missions transversales* » ; « *J'ai mis une très belle organisation sur le papier sur un de mes sites, mais en fait ce sont les CSS qui en boucle avec les cadres de proximité et moi j'interviens une fois par semaine* ». Les CS et les CSS sont des acteurs efficaces et performants pour accompagner les projets. Pour le DS, c'est de pouvoir donner aux cadres, la capacité à manager leurs équipes dans un contexte contraint. C'est aussi de transmettre des outils aux collaborateurs afin qu'ils puissent comprendre les enjeux, les éléments de compréhension du contexte pour la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement. Enfin, permettre à l'encadrement d'assurer ses missions et activités le plus sereinement possible tout en étant efficace est un des objectifs du DS.

C'est avoir des acteurs « armés » afin de se confronter aux difficultés et aux réalités du terrain. Mais également, leur donner cette capacité de mettre en œuvre les projets de pôles, d'accompagner la restructuration des organisations.

Les DS ont le souci « de monter » en compétences leurs collaborateurs, leur permettre d'être performants dans leur quotidien « *Je dois les accompagner dans leur fonction de cadre de pôle : les outiller mais aussi favoriser le développement de leurs compétences* ».

C'est pourquoi, AP. Contandriopoulos précise, dans sa définition de la performance quatre grandes fonctions. Ce sont : l'adaptation des professionnels à leur environnement, l'atteinte de buts valorisés, l'organisation de la coordination entre les agents et enfin, la production de valeurs et de sens.

3. Les préconisations

Les entretiens auprès des directeurs des soins et des cadres de santé nous ont permis de confronter notre question de départ à la réalité de terrain et de poser un diagnostic. Nous proposons la formalisation d'une politique managériale orientée vers la communication propre à la direction des soins. Elle est nécessaire pour optimiser l'implication des managers, qu'ils soient soignants, techniques, administratifs ou médicaux.

Cette politique managériale sera articulée autour de quatre orientations principales.

3.1 Définir un projet de management

Le projet de management vise à clarifier et valoriser les compétences des cadres afin de conforter leur positionnement au sein de l'institution mais également de permettre aux collaborateurs de comprendre l'intérêt de leur travail dans la stratégie globale.

Nous nous interrogeons sur la place de chaque manager de santé dans les organisations actuelles. M. LENOIR-SALFATI, lors du congrès de l'Association Française des Directeurs des Soins en 2012, citait « Les réformes successives et en particulier la réforme de la gouvernance imposent de négocier un nouveau mode managérial. Quelle place et quel rôle pour chaque acteur ? Quelle place et quel rôle pour le DS ? Quelle place et quel rôle pour l'encadrement de pôle ? Quelle place et quel rôle pour l'encadrement de proximité ? »⁵⁰.

Dès lors, il convient à chaque direction des soins de décliner son projet managérial, définissant la place et le rôle de chacun, au sein de l'établissement ; d'initier la redéfinition des profils de poste des acteurs afin de mettre en exergue les missions et les activités des cadres. Pour clarifier les organisations, le rôle de l'encadrement, la communication joue un rôle à la fois de construction d'un collectif (stimule, coopération...), dans la consolidation en permettant à chacun de se situer dans l'établissement, et donc donner du sens.

De plus, C. de SINGLY préconisait dans son rapport « mission des cadres hospitaliers » en 2009 de « définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement et les circuits de décisions »⁵¹. De même, elle proposait même de « rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement »⁵². L'intégration du projet

⁵⁰ LENOIR-SALFATI M, DGOS, Congrès National de l'AFDS, 5 octobre 2012, Arles.

⁵¹ de SINGLY C, 2009, Rapport final « Mission des cadres hospitaliers », Tome 1, 124p.

⁵² de SINGLY C., *Ibidem*.

managérial au projet d'établissement au même titre que le projet médical et de soin, permet de donner une cohérence à l'ensemble des outils de décisions stratégiques au sein d'un établissement.

Le projet de management est présenté en réunion d'encadrement et en comité de direction au fur et à mesure de sa construction. A l'issue de sa rédaction, il est présenté aux différentes instances de l'établissement : CSIRMT, CTE, Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT), du directoire et de la CME. Ces présentations permettent d'afficher les attendus de la direction des soins envers l'encadrement, de définir le périmètre de ses missions et activités que ce soit auprès du corps médical que des représentants du personnel.

Une fois finalisé, il est présenté en réunion d'encadrement par les membres du groupe de travail. Cela permet de valoriser le travail réalisé et l'engagement des acteurs. Le DS propose alors un plan de communication pour accompagner la diffusion du projet managérial. Le directeur des soins s'assure d'un accès facilité au document finalisé via la messagerie électronique, intranet. Aussi, le DS remet de façon systématique un exemplaire du projet managérial à chaque cadre de santé intégrant l'établissement.

Par ailleurs, ce projet est évalué conjointement au projet d'établissement et ce, annuellement. Une grille de suivi permet de visualiser la progression de l'atteinte des objectifs.

3.1.1 Proposer une méthode de travail

Pour ce faire, le directeur des soins clarifie l'organisation managériale de la direction des soins. Pour cela, il décline l'organisation de sa direction sous forme d'un organigramme en le déclinant jusqu'à l'encadrement de proximité. Le DS fixe une méthode de travail dite « collaborative » avec l'encadrement.

Nous proposons de mettre en place un groupe de travail composé de cadres de santé et de cadres de pôles différents (10 à 12 personnes). Son intérêt est de permettre la construction d'une identité cadre au sein de l'établissement, de favoriser l'analyse des pratiques managériales en équipe de cadres, de partager les expériences professionnelles et de connaître la fonction de l'autre.

Les objectifs du groupe de travail sont de:

- réaliser un état des lieux des pratiques managériales,

- construire des outils permettant de clarifier les missions et activités des cadres de santé et des cadres de pôle.

Ces temps de réunion doivent être préparés par le DS (documents de travail...). Elles sont d'une durée de deux heures. Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu diffusé à l'ensemble des participants dans un délai d'une semaine.

La coordination et le pilotage sont assurés par le DS. En effet, ce projet est de dimension institutionnelle, il paraît important qu'il soit porté par la direction des soins.

Comme tout projet, il convient de fixer un calendrier et de définir les différentes étapes à l'aide d'un diagramme de Gantt. C'est un moyen efficace pour répertorier les activités nécessaires en vue de mener à bien les projets. Il permet de visualiser simplement toutes les tâches planifiées d'un projet et leurs échéances.

Il s'avère nécessaire de réaliser un diagnostic de la politique d'encadrement existante selon la méthode SWOT (Strengths, Forces ; Weaknesses, Faiblesses ; Opportunities, opportunités ; Threats, Menaces), méthode créée en 1960 par des professeurs de la Harvard Business School. C'est un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur avec celles des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement.

Cette approche participative permet de construire un projet porté par l'équipe d'encadrement. Cela va permettre une adhésion des collaborateurs et créer une dynamique.

3.1.2 Concevoir des outils

3.1.2.1 Faire de la fiche de poste un levier

En tout premier lieu, la rédaction de fiche de poste est un outil de gestion ayant un triple but : la clarification des rôles et des responsabilités ; l'amélioration du déroulement du recrutement ; l'adéquation des résultats obtenus en fonction des objectifs définis. C'est définir les missions et activités des cadres de proximité, des cadres supérieurs de santé et des cadres de pôle. Cela permet aux cadres de se situer dans l'organisation, d'identifier leurs interlocuteurs en relation « fonctionnelle » et « hiérarchique », mais également de clarifier le ou les circuits de décision. Elle s'intègre dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

La fiche de poste est déclinée en deux parties :

- Les missions qui expriment le sens du poste et correspondent à des différentes finalités. Elles sont généralement déclinées par grand domaine d'activité. Elles fixent également les orientations stratégiques définies par la direction.
- Les activités qui décrivent ce qui doit être effectué pour réaliser les missions relatives au poste. Il s'agit du niveau le plus fondamental de la description du poste. Elles permettent de définir les compétences attendues.

Ces fiches de postes sont utilisées par le DS ou les CSS lors de l'entretien annuel d'évaluation comme document permettant d'évaluer au regard des missions, l'atteinte des objectifs.

La mise à jour de l'ensemble des documents est annuelle et permet d'adapter le contour du poste aux évolutions de l'établissement.

3.1.2.2 Elaborer une cartographie des activités

La déclinaison d'une cartographie des activités des cadres de proximité et des cadres supérieurs de santé est nécessaire pour visualiser leurs missions. Cela permet d'établir le contour des activités des cadres aux acteurs travaillant au quotidien avec eux mais également, d'afficher une vision partagée par l'ensemble de l'équipe d'encadrement. Cette cartographie décrit l'ensemble des activités du cadre en l'organisant à partir de la prise en charge du patient et y associant les processus d'organisation des unités de soins. Les activités des cadres de pôle sont également déclinées sous cette forme. Cette cartographie est construite comme un descriptif du poste et permet d'avoir une lecture du contour du poste, tout en clarifiant les spécificités. Ces cartographies viennent en complément des fiches de postes rédigées.

Ces deux outils intègrent la Gestion Prévisionnel des Métiers et des Compétences (GPMC) déclinée par l'établissement. La GPMC et le support incontournable de la mise en oeuvre du projet d'établissement, pouvoir apporter au projet les moyens nécessaires à son développement, fournir à l'établissement des compétences dont il aura besoin demain, les prendre en compte et répondre aux attentes des personnels. De même, la notion de métier interroge les compétences et les missions du professionnel.

3.2 Promouvoir un management à la confiance

Le management à la confiance est un moyen d'insuffler de la souplesse dans des organisations contraintes. Ce que N. Belorgey appelle « la contrainte souple : gouverner sans en avoir l'air, à l'aide de méthodes non autoritaires »⁵³. Cela repose également sur la réalisation d'un travail avec les acteurs de terrain.

Devant la complexité des organisations et des environnements actuels, les directeurs des soins ont tout intérêt, pour y faire face, à jouer le jeu de la confiance et à s'appuyer sur leurs collaborateurs. Il s'agit de donner du sens plutôt que de donner des directives. L'important est de susciter l'adhésion plutôt que d'imposer son autorité ou de jouer sur une relation de pouvoir. Le DS s'appuie sur les dix règles permettant de développer le management à la confiance comme le présente H. Serieyx, lors d'une conférence de SUP des RH⁵⁴, en 2013 :

- « Cible : rappeler ce que l'on fait ensemble,
- Cohérent : cela suppose que le discours sur les valeurs soit suivi d'effet,
- Coopération : la confiance s'installe à partir d'un travail commun,
- Compétence : s'assurer que les collaborateurs progressent sans cesse,
- Communication,
- Créativité,
- Convivialité,
- Contrat social : créer de la confiance avec les partenaires sociaux, les syndicats,
- Changement,
- Courage : celui de prendre des risques et de faire confiance.»

Il revient au DS d'associer les cadres de pôle, les cadres de proximité à l'élaboration de projets motivants. Les cadres doivent aujourd'hui acquérir des aptitudes à analyser, à comprendre des situations et des événements dans un monde hospitalier marqué par la turbulence et la fragilité des organisations. Il devient indispensable pour le DS de sortir du management traditionnel et ainsi d'aller vers un management plus coopératif.

Le directeur des soins apporte sa contribution à la restauration de la confiance au sein de la direction des soins. Il instaure un dialogue transparent et constructif avec les cadres de pôle. Le DS prend en compte leurs remarques et les explicite auprès des membres de la direction tout en aidant les cadres à s'adapter au changement permanent vécu par les organisations. C'est en utilisant une communication comprise comme une « mise en

⁵³ BELORGEY N., 2010, *L'hôpital sous pression*, Paris : La découverte, 340 p.

⁵⁴ SERIEYX H, Conférence à l'école de SUP RH, 13 avril 2013, Paris. [Visité le 20.09.2014], disponible sur internet : <http://www.supdesrh.com/>

commun », un échange et un partage de paroles que le DS développe cette capacité à fédérer l'ensemble des cadres autour de l'appartenance à l'établissement.

Un cadre collaboratif en créant un environnement de confiance favorise l'efficacité dans un climat de respect mutuel.

3. 3 Structurer l'information

3.3.1 Déterminer un mode de fonctionnement

Les réunions sont un moyen de partager, au sein d'un groupe de personnes, un même niveau de connaissance sur un sujet ou un problème et de prendre des décisions collectivement. Qui plus est, des décisions prises collectivement, avec des représentants des différentes entités concernées, seront beaucoup plus facilement acceptées de tous. Faire de la réunion un temps fort du management, un outil nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux des organisations.

Néanmoins, les réunions sont « chronophages » et doivent donc être les plus courtes possible et menées dans un souci d'efficacité, afin notamment de déboucher sur des actions concrètes. Une durée de réunion de deux heures est suffisante. Il est nécessaire de construire un ordre du jour mentionnant les différents points abordés, les intervenants éventuels, le timing des interventions. Cet ordre du jour est adressé quelques jours avant la date de réunion. Le DS sollicite les CS ou les CSS pour présenter des travaux afin de les partager en équipe. Cependant, la « commande » en vue de ces présentations est réalisée dans un délai compatible avec sa préparation.

Nous conseillons fortement de rédiger un compte-rendu « à chaud », directement après la réunion, car les notes prises au cours de la réunion font appel à la « mémoire à moyen terme ». Il est rédigé par un à deux secrétaires désignés en début de séance. Une maquette de compte-rendu est établie permettant de structurer la présentation. Celui-ci doit être diffusé à l'ensemble des participants. Son accès se fait également par le dossier partagé de la direction des soins. Le compte-rendu de la réunion a plusieurs objectifs : acter les décisions, formaliser le travail réalisé pour permettre par exemple aux excusés ou à des personnes non présentes à la réunion de pouvoir en connaître les tenants et les aboutissants et capitaliser l'information, pour mémoire.

Une charte de fonctionnement des réunions est rédigée par le DS et validée par les CSS. Cela permet une organisation efficiente basée sur une confiance mutuelle afin d'améliorer la cohésion de groupe. Les pré-requis sont établis : liberté de parole, absence de jugement de valeur mais aussi des conditions techniques : téléphone, bip sur vibreur. Cette charte

fixe le calendrier et le rythme des rencontres, les conditions d'élaboration de l'ordre du jour mais également l'animation des réunions. Enfin, des indicateurs de suivi sont élaborés : taux de présentisme, nombre de sujets traités, enquête de satisfaction auprès de l'équipe d'encadrement.

3.3.2 Créer des conditions de communication

« De la proximité, se rencontrer régulièrement, des temps d'échanges réguliers et de la réactivité », « des temps formalisés avec l'ensemble des cadres de pôles, on ne reste pas centré sur notre pôle ».

Une réunion formalisée entre le directeur de soins et l'ensemble de l'encadrement a lieu de façon hebdomadaire à jour et heure fixe. La préparation de l'ordre du jour est conjointe entre la direction des soins et l'encadrement. Cette rencontre se déroule en deux parties :

- une première partie de dimension « macro ». Le DS présente les stratégies, les enjeux et propose une déclinaison opérationnelle,
- Une seconde dimension plus « micro » permet de résoudre des difficultés, voir les conflits et de traiter des problématiques du quotidien.

Le rôle du directeur des soins est d'animer la réunion en distribuant des temps de paroles à chaque participant, de faire du « lien » entre les sujets soulevés et les projets en cours. Il porte également les décisions stratégiques de l'institution et les explicite. Il est également garant du timing de la rencontre.

Un compte-rendu est rédigé et transmis dans les deux jours via la messagerie électronique.

Un autre moment, lui aussi formalisé, est proposé par le directeur des soins au rythme d'une rencontre par mois et sur rendez-vous. Le directeur des soins reçoit chaque cadre de pôle durant au moins une heure. Les échanges sont orientés exclusivement vers le pôle : les projets en cours ou réalisés. Des problématiques de fonctionnement, d'organisation de soins peuvent être soulevées.

Tous groupes de travail ayant un impact sur les organisations de soins sont répertoriés par la direction des soins. Celle-ci est représentée, dans chaque groupe, par la présence soit du DS soit d'un CSS soit d'un cadre de santé missionné. L'ensemble des groupes de travail fait l'objet d'une fiche synthétique. Elle se compose de différents critères permettant une présentation globale du projet et son pilotage, les objectifs attendus, les différentes actions ou étapes. Cette fiche comprend également les dates d'échéances afin de vérifier l'avancée du projet et de pouvoir réajuster par des actions correctives si besoin⁵⁵. Le DS élabore un

⁵⁵ cf., annexe n°V

tableau de suivi de l'ensemble des groupes, lui permettant d'avoir une vision globale sur les participants (et donc, d'éviter les sollicitations de cadres déjà investis dans ce type de travail) et surtout d'éviter les réflexions redondantes sur une même thématique.

Aller à la rencontre des équipes, « aller sur le terrain », ce que Rose-Marie Van Lerberghe, directeur général de l'APHP de 2002 à 2006, dénomme le « management par les pieds ». La notion de terrain semble aller de soi, en fait, elle indique une différence spatiale entre l'encadrement et les agents. Cela sert à l'encadrement pour recueillir des informations, mieux connaître les situations locales mais aussi faire du « liant ». Cependant cela peut être un espace symbolique, le choix du terrain est un choix stratégique, il peut exposer son autorité ce qui exige une forme de courage. De fait, le DS se libère des temps dans son emploi du temps afin de se rendre physiquement dans les services. Ce qui est apprécié par l'encadrement mais également par les soignants. « *Quand il faut rendre des postes, c'est à la direction des soins d'y aller (sous-entendu sur le terrain)* ».

Laisser du temps aux discussions informelles. Le DS doit être à l'écoute des besoins de l'encadrement et les intégrer aux projets afin qu'ils se sentent impliqués, valorisés. La disponibilité du DS que ce soit par mail ou par téléphone est un élément constant retrouvé dans l'analyse de l'enquête. Le fait de se sentir écouté joue déjà un rôle considérable, même si nous savons que l'interlocuteur n'a pas toujours de solution « *on se sent pris au sérieux* ». Le DS affiche son accessibilité par la porte ouverte de son bureau, par des plages dédiées sur son agenda en libre « accès ». L'encadrement est informé de ces modalités mises à leur disposition. Le DS possède une certaine propension à créer du lien afin de partager des projets institutionnels, à échanger.

La création d'espace partagé informatique afin d'échanger de l'information mais également de permettre à l'ensemble des cadres d'avoir accès aux mêmes données au même moment. Cela permet de créer la mémoire de la direction des soins. Quelle que soit la distance, l'ensemble des cadres a accès à cette base de données. Il comporte l'ensemble des comptes rendus des réunions de la direction des soins, des procès-verbaux de la CSIRMT et des relevés de décisions des groupes de travail en cours. Un onglet est réservé à la veille professionnelle et comprend les textes de loi en vigueur au regard de l'activité de l'établissement et enfin, les notes de futurs projets de loi.

La distance permet d'envisager d'utiliser des moyens de communication dits plus « modernes », comme la visioconférence. Elle permet un échange en direct par le biais d'une caméra et d'une télévision synchrone. Le DS retient ce moyen dans son organisation d'autant que l'établissement est organisé en multi-sites. Cependant, lors d'un nombre de participants importants, elle nécessite le respect de règles de prise de parole. Pour autant,

ce moyen peut tout à fait répondre à un besoin d'échange entre le DS et des équipes de cadres excentrées.

3. 4 Valoriser le travail réalisé par l'encadrement pour recréer du collectif

3.4.1 Renforcer la dynamique d'équipe

A. Mucchielli dit « La cohésion est fondée principalement sur la qualité du lien d'appartenance de ses membres ».

Nous proposons d'organiser une journée annuelle d'échanges professionnels destinée à l'encadrement. Celle-ci est structurée en demi-journée.

La matinée est consacrée à de l'information descendante. Chaque direction fonctionnelle vient présenter le bilan de l'année N-1 et ses objectifs pour l'année à venir ou les années à venir (schéma directeur travaux ou système d'information hospitalier). Ces informations sont essentielles puisqu'elles donnent du sens, et précisent les orientations stratégiques de l'établissement « vers où va l'établissement ». Elle renforce la cohésion entre les directions et l'encadrement.

La deuxième partie de la journée est destinée à de l'information ascendante provenant des pôles. Cela permet de valoriser le travail réalisé, une confrontation des pratiques professionnelles, de renforcer les liens inter-pôles et d'échanger autour de projets multi-sites.

Le DS conduit l'organisation de cette journée. Il s'appuie sur un comité de pilotage composé de cadres de santé et de cadres de pôle afin de structurer l'ordre du jour. Après sollicitation, chaque pôle transmet un ou plusieurs thèmes qu'il souhaite présenter. Le comité de pilotage organise la sélection des présentations tout en ayant comme objectif de promouvoir les projets innovants et reproductifs.

Ce temps fort fait l'objet d'une communication large et très en amont afin de permettre à l'encadrement de se rendre disponible. L'ensemble des interventions et des présentations est diffusée à l'ensemble des cadres de l'établissement et est disponible via l'espace partagé informatique.

Aussi, le DS met en place une veille professionnelle structurée. Il l'organise en lien avec la documentaliste ou la bibliothécaire des instituts de formation paramédicale. Il contribue à ce que l'encadrement puisse avoir accès à des informations stratégiques, aux politiques, aux textes réglementaires « *ne pas s'enfermer dans le quotidien* ».

Le DS impulse et favorise les publications dans la presse professionnelle, mais également toutes communications lors de congrès professionnels ou autres manifestations. C'est un

levier pour le directeur des soins afin de dynamiser les équipes d'encadrement et de faire connaître les projets et de promouvoir les travaux de l'institution.

3.4.2 Accompagner l'encadrement par la formation

Le DS sous l'autorité du directeur d'établissement « participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champs de compétence... »⁵⁶. Dans ce cadre, le DS identifie annuellement des axes de formation prioritaires afin de maintenir et de conforter les compétences des cadres et ainsi leur permettre d'accompagner au mieux leurs équipes. Le métier de cadre est celui qui a le plus évolué ces dernières années.

Le plan de formation institutionnel propose des formations-actions axées sur les thématiques de management, comme : conduite de projet, gestion des conflits... Mais également et afin de répondre aux attentes des cadres, nous proposons des formations en lien avec leurs préoccupations⁵⁷ comme les politiques de ressources humaines, la qualité et la gestion des risques, l'organisation des soins et les politiques financières.

Pour autant, l'analyse des pratiques professionnelles ne doit pas être exclue et doit faire l'objet de sessions de formation dédiées.

Ces formations permettent de consolider des techniques d'encadrement au quotidien, de comprendre l'ensemble des phénomènes dynamiques au sein des groupes, de mettre en place des conditions favorables pour que les cadres participent et innovent et enfin, de mettre en oeuvre une stratégie de changement, de mobilisation en regard des échéances liées au projet d'établissement et plus précisément le projet de soins.

La structuration des groupes entre encadrements de proximité et intermédiaire de l'établissement est un élément à prendre en compte. Cela permet de renforcer la synergie entre les compétences de ses différents acteurs et de consolider la cohérence. A l'issue des formations, un débriefing est organisé en présence du DS et d'un autre directeur permettant un retour « à chaud » l'expression des différents acteurs.

Le DS accompagne les cadres de pôle dans leurs nouvelles missions et activités. « *un soir je m'endors cadre de proximité, le lendemain je me réveille cadre de pôle...* ». Il favorise l'acquisition de compétences par la formation requise à cette nouvelle fonction et ce, de façon systématique. Le contenu du programme de formation doit être travaillé conjointement par l'équipe de direction, les cadres de pôle et les chefs de pôle en tenant compte du niveau de délégations proposé par le chef d'établissement, des projets de pôle

⁵⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière. JORF du 23 avril 2002, page 7 187.

⁵⁷ cf. page 33.

et enfin du projet d'établissement. Il peut être intéressant de s'appuyer sur des expériences menées au sein d'établissement de périmètre identique. Comme le souligne C. de Singly dans son rapport « De même que la formation initiale doit préparer les futurs cadres (...), la formation continue doit permettre cette adaptation aux cadres en fonction (...), cette formation tout au long de la vie accompagnera aussi les évolutions de carrière proposées aux cadres »⁵⁸. D'ailleurs, le rapport de la mission Hôpital Public préconise une formation « elle est naturellement indispensable (...), elle doit être envisagée systématiquement comme une formation du trio de pôle (...). Cela permet de favoriser une dynamique d'équipe et une dynamique d'établissement »⁵⁹.

3. 5 Les perspectives

La déclinaison de la politique managériale doit être conduite comme une démarche projet portée par les équipes d'encadrement. Elle est identifiée comme une véritable force de la direction des soins. C'est pourquoi son appropriation par les cadres devient incontournable pour en faire sa réelle réussite.

Pour autant, un certain nombre d'actions peuvent tout à fait être déclinées pour l'ensemble des cadres hospitaliers. Cela permet une confrontation des pratiques mais également d'avoir une meilleure connaissance des missions et des activités de chaque acteur au service du patient. De pouvoir identifier les difficultés le plus souvent aux interfaces des process de prise en charge du patient afin d'apporter des améliorations.

⁵⁸ de SINGLY C., septembre 2009, *rapport final mission des Cadres Hospitaliers*, Tome 1, p 56.

⁵⁹ FELLINGER F, BOIRON F., janvier 2012, « *Mission hôpital public* », Ministère des affaires sociales et de la santé, p 23.

Conclusion

L'organisation des hôpitaux en services cliniques et plus récemment en pôles d'activités cliniques ou médico-techniques fonctionne sur un mode « autocentré ». La mise en place des CHT, possible depuis la loi HPST, ouvre sur des coopérations inter établissements et modifie l'organisation du travail, de même que les relations entre les professionnels en termes de communication, de partage d'objectifs communs. Un nouveau mode d'exercice se dessine pour les équipes d'encadrement du fait de multi-sites. Cette nouvelle organisation nécessite une adaptation du management.

Afin de développer une vision positive, le DS met en place un style de management. C'est développer la confiance au sein des organisations pour lever les freins. « Pour que cette confiance renaisse et se fortifie, il est sans doute essentiel que les dirigeants prennent plus au sérieux la nécessité de clarifier, de transmettre le sens, les valeurs et les axes stratégiques majeurs de l'entreprise pour que les divers niveaux managériaux puissent s'en emparer et, sur le terrain, donner aux jeunes générations des raisons de trouver dans leurs activités professionnelles une part de leur réalisation personnelles »⁶⁰. La combinaison de la transparence, des discours et des comportements induit la confiance. Cette confiance que nous pouvons inspirer passe par la rencontre d'individu à individu. La confiance exige que nous « payons de notre personne » pour rencontrer l'autre et ainsi s'exposer.

Maintenir l'engagement du collaborateur dans la durée suppose de s'intéresser à ses motivations, le responsabiliser, lui donner plus d'autonomie dans son travail et s'assurer qu'il n'agisse pas que par obligation, mais également par initiative et par aspiration.

C'est la capacité du DS à communiquer avec ses équipes autour des politiques stratégiques et institutionnelles, à transmettre des informations structurantes, adaptées et suffisamment en amont. Cela permettra aux cadres d'être en mesure de diffuser de l'information la plus appropriée qu'il soit à l'ensemble des personnels.

C'est initier une communication qui permette aux collaborateurs de comprendre l'intérêt de leur travail dans la stratégie globale ; un management stimulant et valorisant pour tirer le meilleur de chacun ; un espace de dialogue nécessaire au sentiment d'intégration ; et enfin, une cohérence entre mission revendiquée par l'établissement et injonctions quotidiennes aux cadres.

⁶⁰ SERIEYX H, mai 2011, « Une génération à la loupe : quand les Y mutent », Personnel-Mensuel, n°519, p 55.

Le projet de loi de santé⁶¹ qui s'intitule « changer le quotidien des patients et des professionnels de santé » cite dans sa troisième partie « innover pour consolider l'excellence de notre système de santé : les territoires ont besoin d'hôpitaux forts, capables d'élaborer et de mettre en œuvre les projets médicaux ambitieux ... Des hôpitaux publics isolés et mal coordonnés peuvent ne pas être en mesure de répondre seuls à ces défis ». Cette mesure consiste à renforcer les coopérations entre hôpitaux publics en les dynamisant par le déploiement de Groupements Hospitaliers de Territoire qui permettront aux hôpitaux proches d'élaborer un projet médical commun et de partager des missions ou des fonctions supports.

Dès lors, le directeur des soins ne devra-t-il pas faire preuve une nouvelle fois d'adaptation afin d'affronter les nouveaux défis devant l'évolution des organisations territoriales du système de santé ?

⁶¹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi de santé, dossier de presse, 15 octobre 2014, 18 p.

Bibliographie

Textes réglementaires

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi du 21 décembre 1941 : Réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. JORF du 30 décembre 1941, page 5 574.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ; Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. JORF du 3 janvier 1971, page 67.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF du 2 août 1991, page 10 255.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics. JORF du 15 avril 1975, page 3 927.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier (création). JORF du 12 octobre 1975, page 10 566.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°95-928 du 18 août 1995 relatif au certificat de cadre infirmier. JORF n°193, page 12 468.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6 324.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière. JORF du 23 avril 2002, page 7 187.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. JORF du 3 mai 2005, page 7 626.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 22 juillet 2009, page 12 184.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. JORF du 9 janvier 2014.

Ouvrages

- AMBLARD H./ éd.2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, 3^e éd. Augmentée, Paris : Seuil, 292 p.
- ANCELET JC., 2011, *Recréez du collectif au travail*, Paris : Dunod, 242 p.
- ATLER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ème} édition, Paris : PUF, 362 p.
- BELORGEY. N, 2010, *L'hôpital sous pression*, Paris : La découverte, 340p
- CLEMENT C., 2013, *la Communauté Hospitalière de Territoire : mode d'emploi*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 67 p.
- CROZIER M ; FRIEDBERG E., 1977, *l'acteur et le système*, Paris : Seuil, 443 p
- DEVREESE E., 2011, *Droit de la santé et réformes hospitalières*, Paris : Editions Demos, 367 p.
- MINTZBERG H./ éd 2005, *Safari en pays stratégique*, Paris : Pearson Education France, 423 p.
- MUCCHIELLI A./ éd 1998, *Théorie des processus de la communication*, Paris : Armand Colin, 173 p.
- NOBRE T., 2013, *L'innovation managériale à l'hôpital*, Paris : Dunod, 299p.

Mémoires consultés

- CAILLAUD R., 2012, *Le management des cadres de santé dans la nouvelle gouvernance des établissements de santé : enjeux et perspectives pour le Directeur des Soins*, Mémoire Directeur des Soins : EHESP, 50 p.
- COLL C., 2012, *le Directeur des Soins*, Mémoire pour l'obtention du Master 2 Droit et politiques de santé : Université Lille II, 62 p.

Articles consultés

- CAMPOY E, NEVEU V, juin 2007, « *Confiance et performance au travail* », Paris, Revue Française de gestion, n°175, p 140.
- COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « *Le management hospitalier à la croisée des chemins* », Gestions Hospitalières n°453, pp 18-23.
- LEFEVRE P., mai 2001, « *Théories et stratégies du management* », Les cahiers de l'actif n°314-317, pp 27-36.
- MACRI C., janvier 2012, « *Les directions des soins au sein des communautés hospitalières de territoire* », Gestions Hospitalières n°512, pp 31-34.
- MOSSE P., PARADEISE, mars 2003, « *Quelles recherches sur les recompositions hospitalières ?* », Revue Française des affaires sociales, pp 141-155.
- PRUVOT N., mai 2013, « *La collaboration entre directeur des soins et le cadre paramédical de pôle* », Soins Cadres, n°86, pp 43-46.

- RIZZOLATTI C., février 2011, « *La participation du cadre de santé de proximité à la décision stratégique* », Gestions Hospitalières n°503, pp 95-104.
- SERIEYX H, mai 2011, « *Une génération à la loupe : quand les Y mutent* », Personnel-Mensuel, n°519, p 55.
- SICOTTE C., CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS AP., janvier 1999, « *La performance organisationnelle des organismes publics de santé* », Revue transdisciplinaire en santé, vol. 6 n°1, pp 34-46.

Rapports consultés

- ACKER D., BENSANDON AC., LEGRAND P./, avril 2012, « *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants* », Inspection Générale des Affaires Sociales, 125 p.
- GARAND E., COLIN C./, août 2009, Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelles, Document de travail, Université de Montréal, 18 p.
- De SINGLY C., septembre 2009, *rapport final mission des Cadres Hospitaliers*, Tome 1, 124 p.
- DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS – CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2010, « *Référentiel métier de Directeur(trice) des soins* », 12p.
- FELLINGER F, BOIRON F., janvier 2012, « *Mission hôpital public* », Ministère des affaires sociales et de la santé, 103 p.
- LALANDE F., SCOTON C., BOCQUET PY., mars 2012, « *Fusions et regroupements hospitaliers : quels bilans pour les 15 dernières années ?* », Inspection Générales des Affaires Sociales, 273 p.
- RAPPORT ANNUEL DE LA CHAMBRE DES COMPTES, septembre 2011, « *La sécurité sociale, chapitre IX : les coopérations hospitalières* », 547 p.
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Projet de loi de santé, dossier de presse, 15 octobre 2014, 18 p.
- RAPPORT DU MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2010, *Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*, 45 p.
- REPERTOIRE DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, septembre 2009, 2^{ème} édition, PRESSE EHESP, 437 p.

Conférences, communications consultées

- CONTANDRIOPOULOS AP, « *la performance dans le domaine de la santé* », in INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC, 28 novembre 2007, Montréal.

- LE NOIR-SALFATI M, «Intervention », CONGRES NATIONAL AFDS, 5 octobre 2012, Arles.
- SERIEYX H, Conférence à l'école de SUP RH, 13 avril 2013, Paris. [Visité le 20.09.2014], disponible sur internet : <http://www.supdesrh.com/>

Sites internet consultés

- AFCI : Association Française de Communication Interne. [Visité le 20.07.2014], disponible sur internet : <http://www.afci.asso.fr>.
- AFDS : *Association Française des Directeurs des Soins*. [Visité le 29.06.2014], disponible sur internet : <http://www.directeurdesoins-afds.com>.
- Etude Onepoll pour Salesforce, 2010, [visité le 2 septembre 2014], disponible sur internet : <http://www.salesforce.com/fr/company/news-press/pressreleases/2010/11/101109-2.jsp>
- IMBERT M., *La communication managériale*. [visité le 27.05.2014], disponible sur internet : http://www.club-procom.fr/?page_id=26.
- INERGIE, *Baromètre Afc-ANDRH-Inergie 2013 sur la communication managériale* [Visité le 11.08.2014], disponible sur internet : <http://www.inergie.com/accueil/etudes/barometre-communication-manageriale-afci-andrh-inergie-2013/>.

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien des directeurs d'hôpitaux

Annexe II : Grilles d'entretien des directeurs des soins

Annexe III : Grille d'entretien des cadres supérieurs de santé et des cadres de proximité

Annexe IV : Fiche projet groupe de travail

Annexe I

GRILLE ENTRETIEN DES DIRECTEURS D'HOPITAUX	
1	Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel ?
2	Qu'attendez-vous de votre collaboration avec le directeur des soins?
3	Qu'attendez-vous de la collaboration du directeur des soins avec l'équipe d'encadrement ?
4	Selon vous, quelles sont les informations qu'un directeur des soins doit communiquer à l'encadrement - supérieur ? - de proximité ?
5	Comment pensez-vous que le directeur de soins communique avec l'encadrement - supérieur ? - de proximité ?
6	Pensez-vous que cette communication est efficace ?
7	Pensez-vous qu'elle crée une dynamique au sein de l'équipe d'encadrement ?
8	Pensez-vous qu'elle légitimise l'action du Directeur des Soins ?
9	D'après vous, quels devraient être les moyens de communication d'un DS avec l'équipe d'encadrement ?
10	Pour vous, l'organisation en multi-sites, est-elle un facteur perturbant les conditions d'efficacité de communication ?
11	Quels sont, pour vous, les principaux enjeux dans les années à venir de la collaboration DS-Encadrement ?

Annexe II

GRILLE ENTRETIEN DES DIRECTEURS DES SOINS	
1	Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel ?
2	Pouvez-vous nous décrire vos fonctions actuelles et votre périmètre d'intervention dans l'organisation de l'établissement ? (<i>organisation au sien de l'établissement multi-site</i>)
3	Qu'attendez-vous de votre collaboration avec les cadres de pôle ?
4	Qu'attendez-vous de votre collaboration avec les cadres d'unités de soins ?
5	Quelles sont, d'après vous, les attentes des cadres de santé et des cadres de pôles en termes d'informations transmises ? (Thématique ...)
6	Quels sont les vecteurs de communications que vous utilisez à leurs égards ?
7	Pensez-vous que cette communication est efficace ? Pensez-vous qu'elle crée une dynamique au sein de l'équipe d'encadrement ? Pensez-vous qu'elle légitimise votre action ?
8	Pour vous, la communication est-elle un outil au service du management des équipes d'encadrement ? Pourquoi ?
9	Pour vous, l'organisation en multi-sites, est-elle un facteur perturbant les conditions d'efficacité de communication ? Si oui, pourquoi ?
10	Comment vous contrôlez-vous le reporting des informations transmises ?

Annexe III

GRILLE D'ENTRETIEN DES CADRES SUPERIEURS/CADRES DE PROXIMITE	
1	Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel ?
2	Pouvez-vous nous décrire vos fonctions actuelles et votre périmètre d'intervention dans l'organisation de l'établissement ?
3	Quelles sont vos attentes dans le cadre de votre collaboration avec le directeur des soins?
4	Selon vous, quelles sont les informations qu'un directeur des soins devrait vous communiquer ?
5	Quels sont les vecteurs de communication qu'utilise le directeur de soins à votre égard ?
6	Pensez-vous que cette communication est efficace ?
7	Pensez-vous qu'elle crée une dynamique au sein de l'équipe d'encadrement ?
8	Pensez-vous qu'elle légitimise l'action du Directeur des Soins ?
9	D'après vous, quels devraient être les supports de communication proposés par le directeur des soins ?
10	Pour vous, l'organisation en multi-sites, est-elle un facteur perturbant les conditions d'efficacité de communication ?
11	Quelles sont vos modalités d'organisation afin d'assurer le reporting des informations transmises par le directeur des soins ?
12	Quels sont, pour vous, les principaux enjeux dans les années à venir de la collaboration DS-Encadrement ?

Annexe IV

FICHE SUIVI GROUPE DE TRAVAIL

LIBELLE

PILOTE

MEMBRES

CONTEXTE

(Pourquoi avoir mis en place un groupe de travail ?)

OBJECTIFS/FINALITES ET BENEFICES ATTENDUS

ACTIONS/ ETAPES

SERVICES IMPACTES PAR LES DECISIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

DISPOSITIFS D'EVALUATION/INDICATEURS DE RESULTATS

Indicateurs	Modalités de recueil

ECHEANCIER PREVISIONNEL

Actions/Etapes	2015		2016	
	Sem 1	Sem 2	Sem 1	Sem 2
1. ...				

LIEN AVEC D'AUTRES PROJETS OU GROUPES DE TRAVAIL

PLAN DE COMMUNICATION

FLAGEUL	Laurence	Décembre 2014
Directeur des soins Promotion 2014		
Une communication managériale efficace : une préoccupation du directeur des soins dans un contexte d'organisation en multi-sites		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris 7, faculté de médecine Denis Diderot		
Résumé : La communication managériale fait des managers des communicants. Pour être efficiente, elle doit respecter des principes de base, particulièrement dans un environnement hospitalier en multi-sites. L'étude menée auprès de différents acteurs interagissant avec des directeurs des soins démontre l'importance de la confiance et de la collaboration devant exister au sein de ces équipes. Les cadres placent de fortes attentes dans les directeurs des soins, dont le partage des informations relatives à la stratégie de l'établissement, le soutien dans la gestion des projets, leur capacité à organiser le retour de l'information et leur disponibilité. Les directeurs des soins relèvent des difficultés à définir les relais de communication et à mettre en œuvre les outils permettant d'améliorer la transmission d'informations et d'accroître l'efficacité des organisations. Le processus de communication au sein d'un établissement en multi-sites s'articule autour de quatre axes principaux liés étroitement à la GPMC : la définition d'un projet de management, la promotion d'un management à la confiance, la structuration de l'information et la valorisation du travail réalisé par l'encadrement.		
Mots clés : Communication managériale, collaboration, confiance, projet de management, direction des soins, encadrement, multi-sites.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		