



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **Thomas Pesquet 2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**Entre Direction des Soins
et Pôle d'Activité Médicale,
le management du
Cadre Paramédical
Coordonnateur de Pôle
par le Directeur des Soins**

Denis DIONNET

Remerciements

À Rachel, mon épouse, ce nouveau projet professionnel est encore une fois une véritable aventure que je n'aurai pu mener à terme sans sa présence et son soutien inconditionnel qui la mène jusqu'à me suivre vers de nouveaux horizons.

À Adrien, Marie, Camille et Juliette, mes enfants, mes fiertés ... Soyez assurés que le travail paie toujours.

À Agnès et Antoine, premiers supporters... et supporters toujours assidus.

À Anne, Séverine, Mathieu et Jean-Baptiste, mes amis restés fidèles pendant cette année passée à Rennes.

À Corentine et Philippe, si j'en suis là c'est grâce ou à cause de vous...

À Aurélie, Agnès, Françoise et Marie-Christine, une équipe de « gagnants », de la préparation du concours à l'aboutissement de notre formation.

À Céline, Sophie, Jean-Philippe, Laurent et Marc, une belle amitié et de bons moments partagés pendant toute cette année à l'EHESP.

À Gildas Laot, animateur du groupe Mémoire pour ses conseils, et à Christine, Mireille, Sandrine et Valérie mes camarades dans ce groupe ... que d'échanges, de questionnement et d'encouragements.

À Jean-Claude Vallée, Nelly Levieux et l'ensemble des élèves Directeurs des Soins de la promotion Thomas Pesquet 2019... des belles rencontres.

***« Je m'intéresse à l'avenir,
car c'est là que j'ai décidé de passer le restant de mes jours »***

Woody Allen

**« S'améliorer c'est changer,
donc pour être parfait il faut avoir changé souvent »**

Winston Churchill

Sommaire

Introduction	1
1 Du contexte aux concepts	5
1.1 L'hôpital, une organisation, des organisations	5
1.1.1 L'organisation du travail à l'hôpital, une configuration parfois complexe	5
1.1.2 La mise en place des pôles à l'hôpital, une (r)évolution structurelle et culturelle	7
1.1.3 Le cadre de santé, de la surveillante d'hier au manager d'aujourd'hui	9
1.1.4 Cadre paramédical coordonnateur de pôle, une fonction dans l'entre-deux	10
1.1.5 Entre Direction des soins et collaboration médicale, une dualité d'appartenance	11
1.2 Conséquences et turbulences pour le Cadre paramédical coordonnateur de pôle	13
1.2.1 La qualité de vie au travail, quand l'intérêt devient nécessité	13
1.2.2 Le conflit de rôles, possible conséquence de la dualité d'appartenance du cadre paramédical coordonnateur de pôle	15
1.3 Directeur des soins et management	18
1.3.1 La stratégie managériale du Directeur des soins	18
1.3.2 Des leviers managériaux pour le Directeur des soins, au service de la loyauté institutionnelle	20
1.4 En synthèse	25
2 De l'enquête à ses résultats	27
2.1 Méthodologie de l'enquête	27
2.1.1 Choix de l'outil et méthode de recueil	27
2.1.2 Population enquêtée	27
2.1.3 Points forts et limites de l'enquête	29
2.1.4 Élaboration de la grille d'entretien	30
2.2 Résultats et analyse thématique	30
2.2.1 La dualité d'appartenance du Cadre paramédical coordonnateur de pôle ..	30
2.2.2 La qualité de vie au travail du Cadre paramédical coordonnateur de pôle ..	34

2.2.3	Trouver du sens dans le travail pour le Cadre paramédical coordonnateur de pôle	36
2.2.4	À propos de la loyauté du Cadre paramédical coordonnateur de pôle	38
2.2.5	Des hypothèses de départ à la réalité du terrain	40
3	Le management du Directeur des soins, une stratégie réfléchie et assumée au service de la qualité de vie au travail des cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles et du bon fonctionnement institutionnel.....	41
3.1	D'un point de vue stratégique : un leadership affirmé et fédérateur	41
3.2	D'un point de vue culturel : un cœur de métier commun et des valeurs partagées	43
3.3	D'un point de vue technique : un projet managérial et un projet de soins qui rassemblent.....	45
3.4	D'un point de vue opérationnel : un management par la proximité et une communication managériale qui s'adaptent aux individus et aux situations	47
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

CME	Commission Médicale d'Établissement
CPCP	Cadre Paramédical Coordonnateur de Pôle
DDS	Direction Des Soins
DS	Directeur des Soins
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IPA	Infirmier de Pratiques Avancées
PAM	Pôle d'Activité Médicale
PRE	Plan de Retour à l'Équilibre
QVT	Qualité de Vie au Travail
RH	Ressources Humaines
RPS	Risques Psycho-Sociaux

Introduction

« L'hôpital moderne est le produit d'une double filiation. D'une part il est l'héritier des institutions charitables et religieuses, d'autre part il s'inscrit dans l'histoire d'une institution scientifique commandée par la médecine, devenue science et technologie. Les infirmières sont issues de ces deux histoires. Mais la rencontre progressive de ces deux univers n'a jamais engendré un monde totalement intégré... Ce modèle, qui aurait pu être la figure d'un seul programme institutionnel, ne s'est jamais pleinement stabilisé sous l'affirmation de chacune des logiques qui le composaient : renforcement du poids de l'organisation hospitalière et de la logique de services, renforcement de l'autonomie des malades... »¹.

Avec la mise en place des pôles voulue par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, l'hôpital a été « morcelé » en une nouvelle organisation. Les Pôles d'Activités Médicales (PAM) regroupent désormais les services hospitaliers dans le but d'une cohérence et d'une logique de prise en charge du patient et des parcours de soins.

Cette « nouvelle gouvernance » a eu aussi pour effet d'intensifier la dimension managériale de la fonction d'encadrement.

L'hôpital est le modèle même de la bureaucratie professionnelle, du fait de la coexistence nécessaire mais parfois difficile entre une organisation bureaucratique (le monde administratif) et une organisation professionnelle (le monde médical). L'articulation entre ces 2 organisations, située entre logique clinique, portée par les professionnels de santé, et logique managériale, portée par l'administration, doit permettre la performance du système hospitalier.

Le fonctionnement et la pérennité de cette articulation est portée notamment par l'encadrement paramédical, acteur au plus près du terrain de cette alliance médico-administrative.

« Maillon central », « pilier du service », « clef du changement », « référence permanente et solide » ... les mots ne manquent ni aux directeurs ni aux médecins pour souligner le rôle essentiel que jouent les cadres à l'hôpital. Ces mots, les cadres les connaissent ; ils et elles les ont tant entendus, eux qui ne comptent ni leurs heures ni leur énergie, pour soutenir leurs équipes, repenser les organisations de travail autour de la qualité et de l'efficacité ou

¹ DUBET F., 2002, « Le déclin de l'institution » p. 195, cité par MILLY B., « Une sociologie interactionniste de l'action au travail. Entre institutions, organisations et professions », p. 280. [consulté le 12 août 2019], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01948565/document>

répondre aux nombreuses priorités qui s'imposent à eux. Mais au-delà des mots, quelle place occupent réellement les cadres dans l'organisation hospitalière ? Quelle confiance leur est-elle faite dans leur capacité à conduire leurs équipes ? Comment sont-ils associés aux décisions stratégiques de l'établissement ? Quelle reconnaissance reçoivent-ils et perçoivent-ils de ceux qui les encadrent et de ceux dont ils sont partenaires ? »²

Le cadre paramédical coordonnateur de pôle (CPCP) est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des soins (DS), directeur adjoint au chef d'établissement donc membre de l'organisation dite administrative.

Il est aussi placé du fait dans l'organisation polaire sous la responsabilité fonctionnelle d'une autorité médicale, le chef de pôle.

Il se doit donc à la fois d'accompagner la politique institutionnelle et la politique du pôle.

Si dans l'idée le projet de pôle, ses orientations et ses choix, s'inscrivent dans le projet d'établissement, dans les faits la réalité est parfois bien différente. Il n'est en effet pas rare que les deux organisations s'affrontent, chacune défendant des intérêts différents et régulièrement divergents.

Au quotidien, le cadre paramédical coordonnateur de pôle se situe même aux confins « inconfortables » et « délicats » des attentes et des logiques des patients, des équipes soignantes, des équipes médicales et de la direction de l'établissement.

La dualité d'appartenance du cadre paramédical coordonnateur de pôle peut dès lors se révéler compliquée pour assurer ses missions au quotidien. Entre rattachement hiérarchique à la Direction des soins (DDS) et collaboration fonctionnelle avec les médecins au sein des pôles, les CPCP sont parfois en instabilité dans ce positionnement particulier, quand ce ne sont pas des injonctions paradoxales qui viennent perturber cet équilibre difficile entre les attendus des uns et des autres.

En effet, il est fréquent qu'à la demande de l'administration les CPCP travaillent avec les équipes à diminuer la durée moyenne de séjour au sein des unités dont ils ont la responsabilité tout en ayant à faire face à un fonctionnement médical moins enclin à faciliter la sortie rapide des patients.

De même, les équipes médicales attendent du personnel soignant formé et compétent pour la prise en charge des usagers alors que dans un contexte de contraintes économiques il n'est pas ou peu prévu de temps de formation ou d'encadrement pour les nouveaux arrivants.

² DE SINGLY C., septembre 2009, « *Rapport de la mission Cadres hospitaliers* », p. 5, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Enfin, autre exemple d'injonction paradoxale, la nécessité pour le CPCP de maintenir l'activité au sein des unités à la demande de la direction alors que les médecins souhaitent fermer des lits pour cause de manque de personnel médical ou paramédical.

Il n'est ainsi pas rare que situé dans cet entre-deux, le CPCP soit confronté à un conflit de valeurs (entre ses propres valeurs, notamment la transparence et la confiance), voire à un conflit de loyauté (entre sa ligne hiérarchique et sa ligne fonctionnelle).

Cette dualité se révèle être un conflit de rôles qui peut avoir des conséquences sur le fonctionnement de l'établissement, la cohérence portée par la Direction des soins et surtout sur la qualité de vie au travail (QVT) des CPCP. Elle ne peut donc être ignorée par le Directeur des soins chargé du management de l'encadrement soignant au sein de l'établissement.

La qualité de vie au travail fait depuis quelque année partie des préoccupations principales des managers hospitaliers, et est l'objet d'attentions particulières par les partenaires sociaux.

Il s'agit ainsi d'avoir « *une attention grandissante au vécu subjectif des salariés en lien avec les conditions physiques, sociales, managériales et organisationnelles de réalisation du travail* »³.

Le Directeur des soins, de par son positionnement hiérarchique, est de fait concerné par la qualité de vie au travail des professionnels soignants, et en particulier par celle des CPCP qui lui sont rattachés directement.

À son niveau stratégique, le DS se doit d'être porteur d'une dynamique et d'une cohérence au sein de la Direction des soins : animation, projets, équipes, missions... Pour cela il doit pouvoir s'appuyer sur des collaborateurs engagés dans un positionnement clarifié et affirmé, loyal et en phase avec les attendus spécifiques à leur fonction. Son positionnement managérial et ses choix managériaux nous semblent alors décisifs dans la recherche de la cohérence institutionnelle et dans le fonctionnement de l'établissement.

L'opportunité offerte par notre premier stage réalisé au sein d'un centre hospitalier universitaire d'aller à la rencontre de CPCP dans le cadre d'une enquête exploratoire, nous a permis de confronter notre point de vue initial avec la réalité perçue et vécue par les professionnels sur le terrain.

³ DETCHESSAHA M., février 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, pp. 28-32

Nous avons ainsi rencontré 4 CPCP issus des différentes filières de soins et tous en charge de pôles d'activités médicales. Le constat final vient confirmer notre point de vue de départ : les CPCP se trouvent parfois en difficultés du fait de leur double appartenance DDS-collaboration médicale, en particulier dans les décisions à porter, et cela a des conséquences sur la façon dont ils vivent leur travail au quotidien.

Tous se rejoignent aussi dans la nécessité pour le Directeur des soins de mettre en place une politique de soins et managériale cohérente et claire qui puisse donner du sens à leur travail, les protéger si besoin face à certaines difficultés, et ainsi contribuer au bon fonctionnement de l'établissement.

Dès lors, entre structures organisationnelles, interactions professionnelles et culture hospitalière, et dans le cadre de notre formation, nous nous posons la question de savoir **« En quoi le management du Directeur des soins peut-il contribuer à accompagner les cadres paramédicaux coordonnateurs de pôle face à leur dualité d'appartenance Direction des soins – Pôle d'activité médicale ? »**

Et posons les hypothèses suivantes :

- La place donnée, en particulier la reconnaissance, par le Directeur des soins aux cadres paramédicaux coordonnateurs de pôle impacte leur positionnement et leur qualité de vie au travail.
- La stratégie managériale du Directeur des soins permet un juste équilibre dans la double appartenance Direction des soins - Pôle d'activité médicale du cadre paramédical coordonnateur de pôle, au service du bon fonctionnement institutionnel.

Afin de valider ou non nos hypothèses, nous verrons dans un premier temps comment s'organise le travail à l'hôpital du point de vue du sociologue, puis comment les réformes politiques récentes ont fait évoluer cette organisation, en quoi est-ce que cela a été une (r)évolution et leurs conséquences sur les différents acteurs hospitaliers. Nous nous intéresserons notamment à la façon dont les cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles sont impactés par ces réformes, et à la place et au rôle du Directeur des soins face à la dualité d'appartenance des cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles.

Nous irons ensuite à la rencontre de professionnels sur le terrain pour mener une enquête et réaliser une analyse descriptive de leur vécu et de leur ressenti.

Enfin, à partir de notre recherche et des éléments recueillis, nous élaborerons des préconisations autour du positionnement et du management du Directeur des soins en vue de servir à la fois notre pratique à venir et (humblement) la profession.

1 Du contexte aux concepts

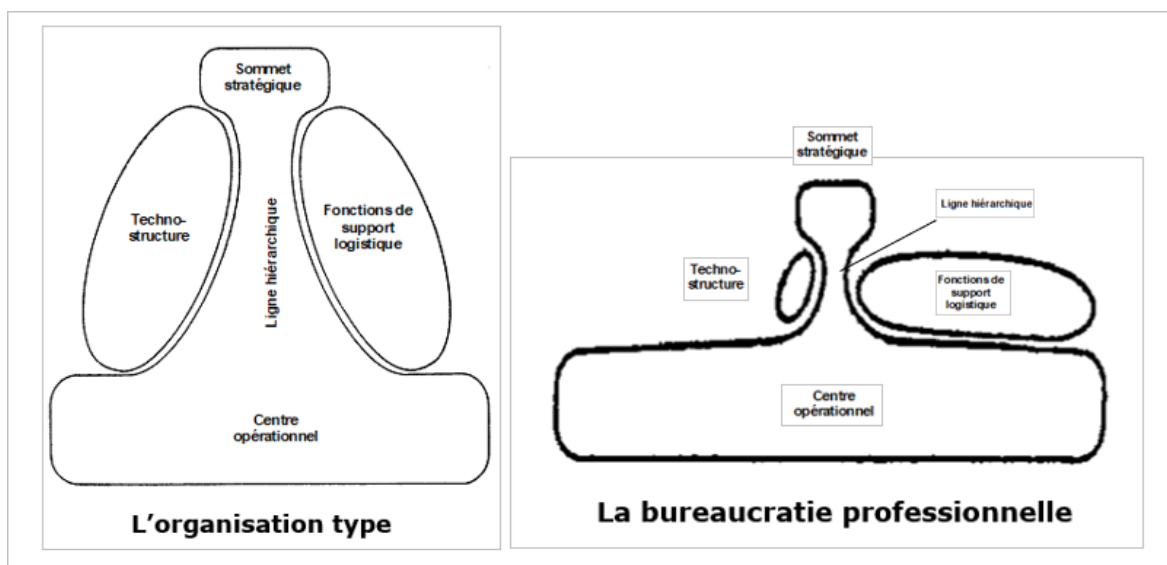
1.1 L'hôpital, une organisation, des organisations

1.1.1 L'organisation du travail à l'hôpital, une configuration parfois complexe

L'organisation de base du travail décrite par Henri Mintzberg en 1982 dans « *Structures et dynamiques des organisations* »⁴, est constituée de cinq parties : un centre opérationnel, un sommet stratégique, une ligne hiérarchique opérationnelle, une technostructure et des fonctions de support logistique. Il peut aussi être rajouté la culture ou l'idéologie qui caractérise les traditions et croyances de l'organisation et contribue ainsi à sa spécificité,

De cette organisation de base, Henri Mintzberg en déduit cinq types d'organisation (entrepreneuriale simple, mécaniste, divisionnalisée, bureaucratique professionnelle, innovatrice) dans lesquelles les cinq parties sont plus ou moins équilibrées.

Le fonctionnement et l'organisation spécifique du travail à l'hôpital se retrouvent dans le modèle d'organisation de type configuration bureaucratique professionnelle pour lequel l'activité requiert des professionnels hautement qualifiés, dont la coordination repose sur la standardisation des compétences ou des qualifications, et dont le centre opérationnel est la partie-clé du fonctionnement de l'organisation.



⁴ MINTZBERG H., 1982, *Structures et dynamique des organisations*, 1^{ère} édition, Paris : Éditions d'organisation, 434 p.

L'hôpital est ainsi l'archétype de la bureaucratie professionnelle, du fait de la coexistence nécessaire mais parfois difficile entre une organisation bureaucratique (le monde administratif) et une organisation professionnelle (le monde médical).

Il existe ainsi une division/séparation entre professionnels (les soignants) et les « non professionnels » (les non-soignants : personnel administratif, personnel technique...), un centre opérationnel constitué des personnels médicaux et paramédicaux, un sommet stratégique (les instances : conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement), une techno structure (les directions fonctionnelles, en particulier celle en charge des finances) et des fonctions de support logistique (filiale administrative et technique), et surtout deux lignes hiérarchiques distinctes.

Au sein d'une bureaucratie professionnelle l'organisation du travail se divise en plusieurs parties étroitement liées entre-elles mais pouvant aussi être sources de tensions et dysfonctionnements tels que :

- Une opposition entre identité professionnelle et identité institutionnelle,
- Des professionnels qui se reconnaissent plus dans leur culture professionnelle que dans la culture de l'institution qui les emploie,
- Une grande capacité pour les professionnels à obtenir le contrôle collectif sur les questions administratives qui les concernent, et cela en plus du contrôle qu'ils ont sur leur propre travail,
- Les « non-professionnels » ne peuvent conserver leur pouvoir qui si leur action sert principalement les intérêts des professionnels et s'ils laissent la partie stratégique des décisions sous le contrôle de professionnels.

De cette organisation sont apparus des différenciations entre structures et acteurs.

La différenciation en sociologie est une des conséquences des progrès techniques et de la diversité des tâches qu'ils entraînent et ayant pour conséquence l'allongement des chaînes de dépendance entre les personnes.

Ainsi à l'hôpital, la structure se traduit par la partition en différentes unités distinctes qui communiquent avec l'environnement en générant des sous-environnements distincts. Concernant les acteurs hospitaliers, la différenciation s'exprime en plusieurs dimensions : la nature des objectifs et processus de travail, l'horizon temporel du travail, l'origine, la formation, le comportement et la focalisation des individus et enfin le formalisme, le forme, le leadership et le style de commandement.

La différenciation à l'hôpital se traduit par une confrontation administration/monde médical ou une confrontation entre professionnels médicaux/professionnels paramédicaux.

Si la base sociologique de l'organisation du travail à l'hôpital reste et demeure depuis longtemps, le fonctionnement hospitalier et l'organisation de sa structure a été revue régulièrement par le politique dans le but d'une meilleure organisation, plus efficace et plus efficiente. C'est notamment le cas avec la réforme de la gouvernance hospitalière de 2005 et le loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) de 2009.

1.1.2 La mise en place des pôles à l'hôpital, une (r)évolution structurelle et culturelle

A) Un système que se réforme régulièrement

Les réformes du système hospitalier sont nombreuses et régulières, chaque nouveau gouvernement tentant d'apporter à sa façon une solution à la crise économique et sociale que traverse l'hôpital en France.

Ainsi entre la loi Boulin de 1970 et la loi Buzyn de 2019, ce sont près de 15 lois ou ordonnances qui ont été promulguées, chacune cherchant à améliorer le financement de la sécurité sociale, l'organisation de la politique de santé en France, la gouvernance hospitalière ou les droits des malades⁵.

L'une des dernières réformes à la fois innovante et bouleversante pour les institutions hospitalières est celle mise en place par les ordonnances du 2 mai 2005 et par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Ce plan de modernisation vise à passer de la régulation à l'autonomie, à restaurer la confiance avec les hospitaliers et à desserrer le carcan des contraintes du fonctionnement hospitalier dans la gestion interne même des hôpitaux.

La tarification à l'activité est créée, nouveau système de financement des établissements qui privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens.

Autre modification significative pour les hospitaliers, la création d'une nouvelle organisation hospitalière avec la création des pôles d'activités médicales, dont l'objectif est de rapprocher la logique de gestion portée par les directions et les logiques cliniques portées par les médecins, au cœur de l'activité médicale. La nouvelle gouvernance est désormais en place.

⁵ CALVEZ C., février 2016, « Les réformes de santé en France », *dossier documentaire EHESP*, [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/02/DD_R%C3%A9formesSant%C3%A9_201602.pdf

B) Une autre façon d'aborder l'organisation hospitalière

Le PAM consiste à regrouper des services à activités communes ou complémentaires, dans une logique de parcours et de cohérence de prise en charge du patient.

A la tête du PAM, le médecin chef de pôle est nommé par le directeur général de l'établissement sur proposition du président de la commission médicale d'établissement (CME).

Le chef de pôle est assisté dans la gestion du PAM par un cadre paramédical coordonnateur de pôle et un cadre administratif. Il est désormais doté de nouvelles responsabilités, tant dans la gestion médicale du PAM par l'élaboration du projet de pôle qu'il contractualise avec la direction de l'établissement (objectifs prévus et moyens alloués pour la réalisation des activités médicales) ou dans le cadre d'une délégation de gestion, que dans la gestion du personnel médical et non médical du PAM sur lequel il a désormais autorité fonctionnelle.

Avec la mise en place des PAM, la décision est alors portée au plus près du terrain, par les acteurs eux-mêmes.

Le PAM se modélise à partir des services qui restent les unités organisationnelles de référence des activités. Les services sont placés sous la double responsabilité d'un chef de service (médical) et d'un cadre de santé (non-médical).

La force de cette organisation clinique se fonde sur l'existence d'un projet de pôle fédérateur qui réorganise et précise les rôles de chacun et renouvelle les collaborations entre professionnels. Une nouvelle logique organisationnelle est désormais en place au sein de l'hôpital ; pour les hospitaliers l'appartenance à un PAM devient alors plus prégnante que l'appartenance institutionnelle.

Cette réforme, si elle a le mérite de repenser et de rénover le fonctionnement de l'hôpital, comporte toutefois des risques tant les hôpitaux sont des lieux où s'exercent de nombreux corporatismes confrontant la technocratie administrative et médico-soignante.

1.1.3 Le cadre de santé, de la surveillante d'hier au manager d'aujourd'hui

« De la surveillante religieuse au cadre de santé manager, c'est tout le vingtième siècle qui sépare ces deux personnages. »⁶

Si l'appellation cadre de santé est récente, la fonction trouve son origine dans l'histoire des professions paramédicales en général, et des infirmières en particulier.

Essentiellement responsables de l'intendance, ce sont tout d'abord les religieuses qui occupent les fonctions de surveillante. Au début du vingtième siècle, avec la laïcisation des établissements de santé, les infirmières laïques accèdent au grade de surveillante après plusieurs années d'exercice, cet avancement reste toutefois soumis au choix du directeur de l'établissement.

En 1938, à la demande de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées d'État, est créé le diplôme supérieur d'infirmière pour la formation des personnels en charge des fonctions de maîtrise dans les hôpitaux. En 1943 naîtra officiellement la fonction de surveillante. Après la seconde guerre mondiale, avec le développement d'une nouvelle médecine, plus pointue, plus technique, le rôle des infirmières évolue vers de nouvelles compétences plus médicales. En 1958, le premier dispositif officiel de formation est mis en place. Les infirmières ayant suivi les 8 mois de scolarité dans les écoles agréées, se voient remettre le certificat d'aptitudes à la fonction d'infirmière surveillante (CAFIS) ou d'infirmière monitrice (CAFIM).

En 1975 apparaît pour la première fois du point de vue législatif et institutionnel le mot « cadre infirmier » avec la création du certificat de cadre infirmier (CCI). La création de ce certificat a grandement contribué à l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicales et administratives. La formation des cadres infirmiers regarde désormais vers les entreprises, en s'interrogeant sur les organisations et les sciences de gestion.

À cette époque, la formation en école de cadres infirmiers n'est pas obligatoire pour accéder à la fonction de cadre, on peut encore être nommé à l'ancienneté par inscription au tableau d'avancement. Ceci restera possible jusqu'en 2001.

1995 verra la grande réforme de la formation en créant un diplôme de cadre de santé unique pour l'ensemble des professionnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation. Les

⁶ CATANAS M., décembre 2007, « Évolution socio-historique de la fonction Cadre de santé », *Cadredesante.com*, [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la>

Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) sont créés. Le contenu des enseignements s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la notion de qualité.

Depuis 2001, la formation en IFCS est devenue obligatoire pour être cadre de santé à l'hôpital, ce qui marque définitivement un grand tournant dans l'exercice de la profession.

Aujourd'hui le cadre de santé peut exercer avec un même diplôme soit en unité de soins (en proximité), soit en formation auprès des futurs professionnels.

Après plusieurs années d'exercice, il peut, s'il le souhaite, évoluer vers le grade de cadre supérieur de santé, et à la fonction de cadre paramédical coordonnateur de pôle.

Compte-tenu de notre questionnaire initial nous nous centrerons ici essentiellement sur la fonction de cadre paramédical coordonnateur de pôle.

1.1.4 Cadre paramédical coordonnateur de pôle, une fonction dans l'entre-deux

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière précise les missions confiées au cadre soignant de pôle (annexe 1).

Il est notamment chargé de planifier, organiser et coordonner les soins du pôle, décliner le projet de soins institutionnel au sein du pôle en relation avec le chef de pôle, collaborer au pilotage stratégique du pôle, mettre en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes⁷.

Depuis la mise en place des PAM, les missions de l'encadrement supérieur ont changé. Il doit désormais s'adapter aux évolutions liées à la complexité des organisations hospitalières et de ses problématiques en lien avec la conjoncture socio-économique. Son positionnement dépend en grande partie de la place que l'on veut bien laisser au CPCP en termes de délégation de gestion notamment, mais aussi à la place que cet encadrement de pôle veut bien prendre.

Le rôle des CPCP est plus que jamais au centre de l'organisation des hôpitaux.

⁷ CADRE SOIGNANT DE PÔLE, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, code métier 05U10, [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=26>

Reconnus pour leurs actions sur le terrain, au plus près des patients et des professionnels, ils participent à la modernisation du système de santé, à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Au sein du pôle, le CPCP est désormais le collaborateur direct du chef de pôle avec qui il collabore grâce à une hiérarchie simplifiée.

Du point de vue des directions administratives, le CPCP est un acteur essentiel dans la mise en place de la nouvelle gouvernance et du bon fonctionnement des pôles et donc de l'établissement.

Pour les équipes médicales, il est garant de la cohésion nécessaire entre les différents partenaires sur le terrain pour permettre une prise en charge efficiente des patients, il est le collaborateur non-médical principal et immédiat des responsables médicaux.

Le CPCP se trouve ainsi à l'intersection de différentes logiques parfois cohérentes mais souvent divergentes.

1.1.5 Entre Direction des soins et collaboration médicale, une dualité d'appartenance

À l'hôpital le CPCP est rattaché hiérarchiquement à la Direction des soins, il exerce ainsi son activité professionnelle sous les ordres directs du Directeur des soins.

Ce rattachement lui demande de se conformer aux instructions, consignes et ordres venant de son supérieur hiérarchique. La subordination hiérarchique lui impose obéissance⁸, de se soumettre au contrôle et de rendre compte dans l'exécution des tâches et missions dévolues à sa fonction.

Ce pouvoir hiérarchique s'exerce sur le CPCP aussi bien autour de l'activité des services que sur son organisation propre. Il n'est toutefois dégagé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. Des limites à l'obligation d'obéissance sont toutefois prévues par la réglementation, en particulier au cas d'ordres illégaux ou pouvant compromettre l'intérêt public.

Il sera ainsi attendu du CPCP par le Directeur des soins un accompagnement de la politique institutionnelle, des projets d'établissement et de soins, des choix et décisions prises par la direction administrative de l'hôpital. Il se révèle alors être un acteur majeur de la

⁸ LOI n°83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, 13 juillet 1983, [visité le 16 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704#targetText=Loi%20n%C2%B0%2083%2D634,Loi%20dite%20loi%20Le%20Pors.&targetText=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20constitue%2C%20%C3%A0,Etat%20et%20des%20collectivit%C3%A9s%20territoriales.>

gouvernance de l'établissement, il est le représentant de la Direction des soins au plus près des patients, des équipes, des services et se doit de faire preuve d'engagement, de loyauté, de transparence et pouvoir être considéré par la direction comme un collaborateur de confiance.

Au sein du pôle et au sein des services, le CPCP collabore au quotidien avec les équipes médicales.

Le binôme CPCP-chef de pôle est le maillon central du bon fonctionnement de l'opérationnel auprès des patients. De la bonne entente entre eux deux viendra la cohérence et le fonctionnement harmonieux des services, en particulier la mise en place des projets de soins pour les patients ou la mise en place du projet de pôle.

Cette relation dénuée de tout lien hiérarchique s'inscrit au quotidien comme étant une relation de collaboration fonctionnelle. Ce binôme, s'il n'est pas décideur de la stratégie institutionnelle globale, se trouve en position de décision et d'action dans son propre champ d'activité du fait des activités et missions qui lui sont déléguées par le PAM ou la direction de l'établissement.

La relation fonctionnelle qui unie CPCP et le médecin chef de pôle doit pouvoir s'inscrire dans l'engagement, la loyauté, la transparence et la confiance mutuelle.

Comme nous l'avons vu précédemment l'organisation du travail à l'hôpital fait cohabiter une organisation bureaucratique (le monde administratif) et une organisation professionnelle (le monde médical). Dans l'idée, et en particulier depuis la mise en place des pôles, ces deux modèles d'approche de la gestion hospitalière sont supposés s'entendre et travailler conjointement au service du patient. Dans les faits la réalité est tout autre, le contexte économique et les logiques portées par les différents acteurs hospitaliers entraînent des divergences régulières entre eux quant aux choix, orientations et décisions prises.

Le CPCP se trouve par son double positionnement à la fois inscrit dans une lignée hiérarchique qui a ses propres attendus et dans une lignée fonctionnelle qui a elle aussi ses propres attendus : l'engagement, la loyauté, la transparence et la confiance du cadre de santé vis-à-vis de ceux pour lesquels ou avec lesquels il travaille, peuvent parfois être malmenés.

Ce morcellement du CPCP qui voudrait qu'il satisfasse à la fois les souhaits et demandes des uns et des autres entraîne une ambiguïté de positionnement, voire un malaise ou un mal-être dans son exercice professionnel.

De cette dualité d'appartenance, le CPCP peut aussi en faire une force à son propre profit : situé à l'intersection des décisions, attendus et informations, il pourra parfois en tirer un certain pouvoir.

Ce pouvoir décrit par Michel Crozier comme étant celui du marginal sécant, « *c'est-à-dire d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires.* »⁹

Entre ce qui est attendu de lui et ce qui est sa réalité professionnelle du quotidien, le rôle du CPCP se transforme parfois en conflit de rôles.

1.2 Conséquences et turbulences pour le Cadre paramédical coordonnateur de pôle

1.2.1 La qualité de vie au travail, quand l'intérêt devient nécessité

Dans un monde du travail en perpétuelle évolution, dans lequel les salariés peuvent parfois ne plus se retrouver, l'émergence du concept de QVT est apparue en France il y a quelques années.

La QVT se définit comme « *les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, et leur capacité à s'exprimer, à agir sur le contenu de celui-ci, déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte.* »¹⁰

Selon l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail », la QVT « *vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de faire « du bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation. Elle est également associée aux attentes fortes d'être pleinement reconnu dans l'entreprise et de mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle.* »¹¹

Cet accord a été étendu par l'arrêté du 14 avril 2014 portant extension d'un accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle.

⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, p. 86

¹⁰ LAIGNEL L., novembre 2017, « Directeur des soins et qualité de vie au travail », *Soins Cadres*, n°104, pp. 39-40

¹¹ AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, *Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail »*, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>

La QVT renvoie à 3 enjeux principaux aujourd'hui au sein de l'entreprise :

- Des enjeux de marché : concurrence, innovation, production, adaptation...
- Des enjeux sociétaux : adaptation vie professionnelle/vie personnelle, nouvelles conditions de vie, modalités de déplacement, vieillissement de la population...
- Des enjeux de santé : charge de travail, charge émotionnelle, ressources organisationnelles, management en place...

À l'hôpital où comme nous l'avons vu précédemment les réformes et le changement sont réguliers, voire permanents, la prise en compte de la qualité de vie au travail des professionnels dont il a la responsabilité demeure incontournable pour le manager hospitalier.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la QVT en santé comme regroupant « *l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels.* »¹²

Compte tenu des enjeux majeurs liés aux conditions d'exercice professionnel à l'hôpital, la HAS a inscrit la démarche QVT comme étant nécessaire au sein des établissements, et pour cela en a fait un élément d'évaluation dans la démarche de certification V2014. Il s'agit ainsi de s'assurer que les établissements ont identifié et impulsé une dynamique de QVT par la mise en place d'initiatives visant à concilier le bien-être des professionnels et la qualité des soins.

Toujours selon la HAS, la démarche QVT repose aussi sur le fait qu'une meilleure organisation du travail fait partie des déterminants majeurs d'amélioration de la qualité du travail accompli, que la qualité du dialogue social qui en découle détermine très directement le degré de réussite du changement à l'hôpital et que la réussite collective et épanouissement individuel vont de pair et même se renforcent.

Enfin, plus récemment, la loi de santé du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé précise dans son article 38 qu' « *un volet spécifique*

¹² HAUTE AUTORITÉ DE SANTE, *Qualité de vie au travail*, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré au projet social défini par chaque établissement. »¹³

Une bonne QVT permet de lutter contre l'apparition de risques psycho-sociaux (RPS) , c'est-à-dire des risques sur la santé physique et mentale des employés. Les causes principales des RPS étant les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail au sein de l'établissement.

On parle notamment de RPS lorsque dans sa situation de travail l'individu est victime de¹⁴ :

- Stress provenant du sentiment de ne pas atteindre les exigences ou attentes demandées
- Violences internes ou externes
- Epuisement professionnel

Ainsi par la prise en compte de la QVT des professionnels, et en tentant d'y apporter des réponses par une démarche adaptée, réfléchie et stratégique, le Directeur des soins s'assure de l'engagement dans le travail des équipes, ce qui sera alors source de performance et d'innovation pour l'établissement.

Afin de prendre en compte la QVT des agents, et des CPCP en particulier, il convient de connaître quels peuvent être les effets qu'une mauvaise QVT peut avoir sur les individus, comme le conflit de rôles par exemple.

1.2.2 Le conflit de rôles, possible conséquence de la dualité d'appartenance du cadre paramédical coordonnateur de pôle

Le comportement d'un individu en société est basé sur des attentes formées à la fois par lui-même et par les autres. Ces attentes sont liées aux différents rôles que jouent les personnes selon leurs activités.

« Le concept de rôle ne renvoie pas à un consensus, mais à un foisonnement d'approches issues notamment de la psychologie, de la sociologie, et de la psychosociologie »¹⁵

¹³ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Légifrance, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=65AF629D0707D9F1F3707B6046F566C3.tplqfr21s_1?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id

¹⁴ MINISTÈRE DU TRAVAIL, « Risques psycho-sociaux », [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>

¹⁵ PERROT S., « Nature et conséquences des conflits de rôles », 27 mai 2005, », [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00360474/document>

Le rôle peut être considéré comme des règles et des normes qui guident le comportement en société, selon les situations rencontrées. Un individu peut posséder et avoir à gérer plusieurs rôles.

Pour Daniel Katz et Robert Kahn¹⁶, le rôle se construit en interdépendance et rétroactivité avec un ou plusieurs émetteurs et un récepteur de rôle, dans ce que les deux auteurs nomment « la séquence de rôles ».

Ainsi le récepteur de rôle se doit de répondre aux attentes explicites ou implicites de l'émetteur de rôle, ce que l'on appelle le rôle transmis qui vise à influencer la personne réceptrice de rôle pour qu'elle adopte un comportement conforme aux attentes de la personne émettrice de rôle. L'émetteur de rôle percevra alors à partir de sa propre perception ou interprétation ce qu'il estime être un rôle perçu. Le rôle joué correspond aux comportements observables du récepteur de rôle.

Le rôle précise aussi quels sont les objectifs poursuivis, quelles tâches doivent être accomplies et permet dès lors de prédire une partie du comportement attendu chez un individu.

Au sein d'une organisation de travail, chaque individu est membre d'un ou plusieurs groupes dans lesquels il occupe une position précise, ce qui suppose alors pour lui d'effectuer des tâches et des fonctions inhérentes au rôle attendu.

Dans certains cas, il y a des situations où l'individu ne sait pas exactement ce qui est attendu de lui, c'est l'ambiguïté de rôle. Il existe aussi parfois des situations où il est soumis à des circonstances ou des demandes incompatibles qui le poussent à jouer un rôle au détriment d'un autre, à une adaptation difficile entre les deux, c'est le conflit de rôle.

Toujours d'après Daniel Katz et Robert Kahn, le conflit de rôle trouve sa source à différents niveaux de l'organisation et se définit comme,

- Conflit intra-émetteur lorsqu'un même individu exprime des attentes contradictoires envers lui-même,
- Conflit inter-émetteur lorsque les attentes de plusieurs émetteurs entrent en conflit,

¹⁶ ASSOCIATION INTERNATIONALE DE MANAGEMENT STRATÉGIQUE, « *Les conflits de rôles, une conséquence des paradoxes qui s'exercent sur l'organisation...* », [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1223-les-conflits-de-role-une-consequence-des-paradoxes-qui-sexercent-sur-lorganisation-le-cas-dune-organisation-de-service-public-evoluant-vers-le-modele-marchand/download>

- Conflit inter-rôle lorsqu'une personne est amenée à jouer plusieurs rôles qui sont en incompatibilité entre-eux,
- Conflit personne-rôle lorsqu'une personne est appelée à jouer des rôles contraires à ses valeurs.

Le conflit de rôle survient ainsi lorsqu'un individu ne peut jouer son rôle attendu du fait :

- D'ordres contradictoires, entre ce qui est demandé et ce qui est autorisé
- D'injonctions contradictoires, entre ce qui est attendu par différents acteurs
- De situations contraires à l'éthique ou aux valeurs de la personne,
- Du dilemme posé par la nécessité de choisir entre deux rôles.

Pour la personne exposée, le conflit de rôle devient une source de tension, pouvant générer, stress, démotivation, épuisement... et réduit considérablement la satisfaction et la qualité de vie au travail.

Ainsi le CPCP est particulièrement exposé à la probabilité de conflit de rôle. Sa dualité d'appartenance comme nous l'avons vu précédemment, d'une part au monde administratif (ligne hiérarchique) et au monde médical au sein du PAM (ligne fonctionnelle) le rend particulièrement sensible aux injonctions contradictoires ou à la mise à mal de ses propres valeurs personnelles ou professionnelles. Il n'est pas rare que l'engagement, la transparence, la confiance et la loyauté attendus dans les différents rôles joués par le CPCP soient malmenés, voire incompatibles quand il s'agit pour lui de répondre aux attentes des uns et des autres. La coexistence difficile entre ces deux mondes qui se veulent acteurs et décideurs au sein de l'hôpital voit le CPCP surexposé entre un rattachement hiérarchique qui attend de lui un soutien inconditionnel à la politique institutionnelle et une collaboration fonctionnelle médicale du quotidien qui ne peut être que basée sur la confiance et la reconnaissance mutuelle.

Le Directeur de soins assure l'encadrement hiérarchique du personnel d'encadrement paramédical de l'hôpital¹⁷, de ce fait il se doit de rechercher la meilleure qualité de vie au travail des agents et ainsi tenir compte de la potentialité de survenue de conflit de rôles chez les CPCP. Il lui faudra alors adapter son management aux nouvelles contraintes organisationnelles et aux attendus individuels.

¹⁷ RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DU DIRECTEUR DES SOINS, « *Les 9 compétences du Directeur des soins* », EHESP, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

1.3 Directeur des soins et management

1.3.1 La stratégie managériale du Directeur des soins

« Pour passer du monde médical ou paramédical au monde managérial, les passerelles sont habituellement l'expression d'une volonté commune de la direction et des professionnels de satisfaire les usagers... relève du désir de répondre aux besoins de la population :

- *Le manager en gérant au mieux les ressources allouées pour répondre à la mission de l'établissement, en menant les équipes à l'atteinte des objectifs fixés, en veillant à la qualité de vie au travail... »¹⁸*

Dans sa démarche managériale, le Directeur des soins se devra de conserver comme ligne directrice la double nécessité de veiller d'une part à l'amélioration continue de la qualité de soins et d'autre part à l'amélioration permanente des conditions de travail des professionnels.

Il se devra aussi, à son propre niveau, de tout mettre en œuvre pour répondre aux objectifs qui lui seront fixés par le directeur de l'établissement.

Cela suppose donc pour lui d'adapter son style de management aux différentes situations rencontrées mais surtout à savoir évoluer selon les besoins. Le manager hospitalier veillera ainsi à assurer le bon fonctionnement institutionnel, sans écraser les individus qui y contribuent.

Dans sa stratégie managériale, le Directeur des soins devra toutefois rester en cohérence avec ce qu'il est lui-même, avec sa personnalité.

Il existe différents types de management dit situationnel¹⁹ :

- Le management directif : il permet de structurer, de planifier le travail par des instructions précises avec peu de marges d'autonomie pour les équipes. Les attendus ne sont pas négociables.
- Le management persuasif : il permet de mobiliser et de susciter l'adhésion et la participation des équipes par des explications répétées, l'autonomie des équipes est là encore limitée.

¹⁸ BENOIT C., PASSERAT-BOULADE C., 2018, *Manager dans le secteur sanitaire et médico-social*, 1^{ère} édition, Le Mans : Géréso, p. 99

¹⁹ BENOIT C., 2017, *Manager un établissement de santé*, 2^{ème} édition, Le Mans : Géréso, pp. 145-146

- Le management participatif : orienté vers la relation humaine, il vise à consulter les équipes, à susciter les échanges. Chronophage, ce management permet la remise en question des attendus et des objectifs fixés initialement.
- Le management délégatif : lui aussi orienté vers la relation humaine, il permet de responsabiliser les équipes en leur confiant des missions, en valorisant l'autonomie de chacun.

Il n'existe pas de management « idéal », un management adapté est un management qui va de la coordination à la coopération en fonction des situations de travail, du directif au délégatif, de la stricte application des consignes à la participation des professionnels aux processus de décisions.

Dans ses choix managériaux, le DS recherchera la satisfaction de tous, de l'institution par la réalisation des missions qui lui sont confiées, et des individus par la motivation et la satisfaction dans ce qu'ils sont, ce qu'ils font, ce qu'ils vivent.

La stratégie managériale du Directeur des soins consistera dès lors à réaliser des « allers-retours » entre chaque type de management, en associant à chaque fois des pratiques qui relèvent de l'art, d'un talent et de connaissances.²⁰

- L'art en tant que leader, guide attentif qui crée du lien et donne envie d'agir par une vision cohérente et une capacité d'adaptation aux individus et aux environnements.
- Le talent par la capacité à mobiliser, motiver, influencer, anticiper, être imaginatif, écouter, communiquer.
- La connaissance du milieu dans lequel il intervient et des individus avec lesquels il interagit.

Cette stratégie associera aussi des rôles précis, allant de l'opérationnel (organisation pratique, contrôle...) au partage de la stratégie (objectifs, plan d'action...) et au relationnel (coaching, cohésion...).

Pourtant le management du DS ne fait pas tout, il lui sera aussi nécessaire de tenir compte des facteurs de motivation au travail pour s'assurer de l'engagement des CPCP.

²⁰ BENOIT C., PASSERAT-BOULADE C., 2018, *Manager dans le secteur sanitaire et médico-social*, 1^{ère} édition, Le Mans : Gérésio, pp. 17-21

1.3.2 Des leviers managériaux pour le Directeur des soins, au service de la loyauté institutionnelle

Fort de son positionnement institutionnel et des missions qui sont les siennes, le Directeur des soins veillera à impliquer, dynamiser, motiver l'encadrement dont il a la responsabilité.

La motivation et l'émulation dans le travail des CPCP seront des éléments essentiels de la dynamique hospitalière, tant d'un point de vue individuel (par leurs conditions d'exercice) que d'un point de vue collectif (par leur implication dans la vie et les projets institutionnels).

Aussi il s'appuiera sur des leviers managériaux nécessaires et reconnus comme essentiels dans la motivation au travail des individus.²¹

A) Quels leviers managériaux ?

a) Permettre l'autonomie

Donner de l'autonomie dans le travail permet de laisser une certaine place à l'esprit d'initiative et d'intelligence. L'enrichissement des tâches entraîne une plus grande variété des missions et une créativité plus importante.

Elle permet aussi à l'individu une autre maîtrise de ses propres actions et de ses décisions.

b) Faire preuve de bienveillance

Il s'agit tout d'abord de la considération accordée aux individus, en particulier par la reconnaissance de la place de chacun. C'est aussi savoir encourager et remercier lors de la réalisation d'un travail, et savoir critiquer en s'attachant aux faits et non aux individus.

Enfin c'est aussi assurer une veille attentive sur les relations de travail entre collaborateurs et sur les conditions de travail de chacun.

c) Viser la coopération

Travailler ensemble, se connaître, se comprendre, partager des valeurs, des projets et des buts communs donne du sens et de l'intérêt au travail de chacun.

d) Lutter contre la dispersion

La diversification des tâches, les sollicitations multiples (en particulier liées aux outils numériques tels que mails, téléphones portables...), le travail souvent dans l'urgence sont sources de stress, fatigue, épuisement professionnel. Tenir compte de ces éléments dans

²¹ WEINBERG A., novembre 2018, « Quand le cœur n'y est plus », *Sciences humaines* », n°308, pp. 34-39

la mise en place de règles de fonctionnement (droit à la déconnexion, respect des temps de pause, gestion du temps de travail...) sont autant de facteurs qui faciliteront l'implication professionnelle des salariés.

e) Mettre en place de nouvelles modalités de gouvernance

Aujourd'hui l'individu au travail ne s'envisage plus uniquement comme un exécutant. Il souhaite participer, donner son avis, être force de proposition et même dans une certaine limite pouvoir décider. Le management d'aujourd'hui se doit donc de tenir compte des nouvelles aspirations des professionnels.

f) Lutter contre les RPS et œuvrer à la recherche de la meilleure QVT possible

Comme vu dans les chapitres précédents, l'intérêt porté à la QVT des collaborateurs est essentiel pour une implication et une performance dans le travail par chacun. De ce bien-être au travail viendra la réussite collective et la dynamique institutionnelle.

g) Savoir faire preuve de reconnaissance

Il est nécessaire pour tout individu de se savoir reconnu, pris en compte, d'être valorisé, respecté. Cette reconnaissance passe par l'écoute, le respect, l'attention portée à l'autre. Elle est à associer à la reconnaissance symbolique que sont le statut ou le grade.

h) Donner du sens au travail de chacun

Comprendre l'intérêt du travail effectué et le but visé par les actions menées est nécessaire voire capital pour faciliter l'implication de chacun.

Les sources principales du sens donné au travail sont la culture d'entreprise (les valeurs partagées), la stratégie mise en place (quelles orientations ? pour quoi et pourquoi ?) et la structure (qui fait quoi ?).

D'un point de vue plus individuel, le sens trouvé au travail porte sur le sentiment d'utilité sociale ou la fierté de faire ce que l'on fait.

i) Veiller à permettre une bonne conciliation vie professionnelle-vie personnelle

La motivation est aussi une question de temps, du temps passé au travail et du temps passé chez soi, pour soi, avec sa famille ou à pratiquer ses activités de loisirs.

Une bonne gestion du temps, entre rythme de travail, temps de repos, activités extra-professionnelles évite la dispersion, la démobilité, l'épuisement professionnel.

j) Réfléchir à d'autres leviers managériaux innovants à l'hôpital

- Motiver chacun par l'intéressement des équipes (au collectif ou à l'individuel) aux bons résultats de l'établissement est vécu comme une mesure de justice sociale, l'implication est récompensée et chacun peut en bénéficier.

- Évoluer vers une entreprise dite « libérée », qui accorde encore plus de place aux salariés, qui se base principalement sur la confiance et les initiatives individuelles en visant l'engagement permanent de tous. L'encadrement intermédiaire est supprimé, seuls les « leaders » restent et accompagnent le fonctionnement de l'établissement.

k) *Des limites à connaître*

Les leviers managériaux évoqués ne peuvent à eux seuls résoudre l'ensemble des problématiques liées à la motivation ou la démotivation dans le travail.

En effet il existe pour certains de ces leviers des limites, voire des contre-effets à connaître pour le manager hospitalier.

Ainsi par exemple, donner de l'autonomie à un collaborateur pourra avoir comme effet de lui donner plus de charges, de responsabilités, de préoccupations et de limiter sa reconnaissance dans le travail par l'accomplissement de tâches invisibles donc moins valorisées.

La bienveillance, si elle améliore la relation humaine, doit toutefois s'inscrire dans une logique organisationnelle, entre autorité et stratégie.

La recherche de sens dans le travail diffère d'un individu à l'autre. Ce qui fait sens pour l'un ne le fait pas forcément pour l'autre, ce qui peut parfois rendre complexe la mise en place d'une culture collective au sein de l'établissement.

Le Directeur des soins mettra en œuvre ces différents leviers pour faciliter l'implication des CPCP dans leur travail, il lui sera toutefois nécessaire de s'assurer aussi de leur engagement loyal et sans réserve dans l'accompagnement de la politique institutionnelle au plus près du terrain.

B) La loyauté institutionnelle, valeur essentielle attendue chez tout responsable d'encadrement

« Esquissons maintenant un autre aspect qui doit être inhérent à la fonction cadre. Il s'agit de celle de la loyauté, qu'il conviendra d'entendre ici comme une fidélité. »²²

Le CPCP dans son travail du quotidien évolue entre une organisation bureaucratique et une organisation professionnelle, entre les attendus des uns qui parfois diffèrent des attendus des autres. Cette instabilité peut provoquer, comme nous l'avons vu, des conflits

²² BOYER H., septembre 2010, « La fonction de cadre de santé », *Vie sociale et traitements*, n°107, [visité le 16 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-3-page-62.htm>

de valeurs, mais aussi donner lieu à des jeux d'acteurs et de pouvoirs autour de cette double appartenance.

Toutefois, afin que la politique institutionnelle soit portée et mise en place au plus près des équipes, le Directeur des soins devra s'assurer de la loyauté des CPCP.

Bien que subjective, la notion de loyauté est essentielle en management. Elle interroge les relations entre supérieur hiérarchique et collaborateur, entre employé et institution.

La loyauté renvoie à la fidélité, la franchise, la transparence et l'engagement.

« En tant que respect des engagements pris, elle [la loyauté] oblige les professionnels et les institutions à s'interroger sur la nature de ces derniers. »²³

La loyauté se définit comme *« la fidélité manifestée par la conduite aux engagements pris... »²⁴* Construit social, porteur d'une valeur éthique forte, la loyauté dans le travail est variable d'une organisation à l'autre, d'un individu à l'autre car elle dépend du contexte structurel, de la culture institutionnelle, des valeurs partagées (ou non), de l'histoire...

La loyauté est l'une des conditions nécessaires à la mise en place de relations sociales saines et harmonieuses au sein de l'entreprise. Il est cependant difficile de s'assurer de l'engagement loyal d'un collaborateur car la loyauté suppose confiance et respect, éléments essentiels à une relation humaine de qualité. Il s'agit dès lors de croire en la loyauté de l'autre, en limitant les doutes mais *« Croire, n'est-ce pas toujours un peu douter ? Si nous croyons, ce que nous ne savons pas, et si nous savions, nous n'aurions plus besoin de croire. La croyance suppose donc toujours une adhésion à quelque chose d'incertain que nous choisissons de considérer comme certain. »²⁵*

Dans le contexte hospitalier actuel où les enjeux sont nombreux et variés, il est parfois difficile pour l'encadrement de concilier les objectifs fixés, les attendus et leurs propres valeurs professionnelles ou personnelles. Le doute peut alors être permis et l'engagement malmené. Certains n'hésiteront pas à jouer de cette double appartenance pour servir leurs intérêts personnels : par exemple détenir certaines informations sensibles, s'en servir pour servir l'un au détriment de l'autre.

²³ LAGADEC AM., novembre 2018, « La loyauté, un concept actuel », *Soins Cadres*, n°108, p. 13

²⁴ DAMART S., novembre 2018, « Management et loyauté, lien organisationnel et engagement », *Soins Cadres*, n°108, p. 14

²⁵ DELASSUS E., novembre 2018, « Faire régner la confiance pour cultiver la loyauté », *Soins Cadres*, n°108, p. 19

On évoquera alors une double loyauté :

- Au Directeur des soins en tant que supérieur hiérarchique, connu et reconnu en particulier par la stratégie managériale mise en place
- À l'institution par le partage des projets et choix stratégiques

Cependant la loyauté s'entretient, se cultive chaque jour et ne peut pas être considérée comme étant acquise définitivement. En effet de nombreux facteurs entrent en ligne de compte pour encourager la loyauté des collaborateurs, notamment la satisfaction personnelle individuelle de l'individu dans son travail ou la reconnaissance des droits et intérêts collectifs ou individuels par l'employeur.

Le collaborateur sera confronté à deux dimensions de la loyauté.

Celle qui l'engage envers lui-même, à soutenir ses propres valeurs, ses idéaux, « *qui revient à accomplir la parole donnée à soi-même.* »²⁶, et celle envers les autres, entre engagement et intégrité, qui est visible par des paroles, des actes, des positionnements adoptés.

Le CPCP, par son positionnement institutionnel, se trouve, nous l'avons vu précédemment, confronté à une double loyauté qui l'engage d'une part envers la Direction des soins et d'autre part envers le chef de pôle. Il doit faire preuve envers chacun d'engagement, de respect, de transparence et agir dans une confiance réciproque.

En cas de désaccord entre la direction et les responsables médicaux, lors d'injonctions paradoxales notamment, la loyauté du CPCP se trouve malmenée, questionnée. Malgré sa bonne foi et les engagements liés à sa fonction (obligation d'obéissance hiérarchique par exemple²⁷) celui-ci pourra être amené à faire des choix au profit des uns et au détriment des autres. C'est face à cette dualité d'appartenance et cette dualité de loyauté que le Directeur des soins devra s'assurer que l'engagement du CPCP se situe bien dans la dynamique institutionnelle. L'alliance qui unit le médecin chef de pôle et le CPCP constitue parfois un enjeu fort pour l'hôpital, elle doit être l'objet de vigilance afin qu'elle ne vienne pas mettre à mal l'équilibre institutionnel. Le positionnement de l'encadrement en cohérence avec la politique institutionnelle demeure essentiel pour le bon fonctionnement de l'établissement.

²⁶ PEOC'H N., novembre 2018, « Les dimensions de la loyauté dans le relation managériale », *Soins Cadres*, n°108, p. 27

²⁷ LOI n°83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, 13 juillet 1983, [visité le 16 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704#targetText=Loi%20n%C2%B0%2083%2D634,Loi%20dite%20loi%20Le%20Pors.&targetText=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20constitue%2C%20%C3%A0,Etat%20et%20des%20collectivit%C3%A9s%20territoriales.>

« La loyauté est un objet complexe, entre engagement et lâcheté d'une part, trahison et fidélité d'autre part. »²⁸

Par la stratégie managériale adoptée, l'attention, la confiance et la reconnaissance portés à l'autre, le Directeur des soins contribuera à insuffler un véritable sentiment d'appartenance institutionnel par une relation interpersonnelle construite et renouvelée avec les CPCP.

1.4 En synthèse

Du contexte aux concepts, ce qu'il faut retenir...

L'organisation du travail à l'hôpital est complexe car elle rassemble à la fois une organisation bureaucratique (administrative) et une organisation professionnelle (médicale).

Depuis la loi HPST de 2009, les PAM sont placés sous la responsabilité du médecin chef de pôle, assisté par un CPCP.

Le CPCP est rattaché hiérarchiquement au DS mais collabore au quotidien en proximité avec les équipes médicales au sein du PAM, il est de ce fait reconnu par tous comme étant un acteur essentiel du bon fonctionnement hospitalier.

La QVT est un enjeu majeur pour les établissements de santé tant du point de vue de la motivation au travail, que de la fidélisation des professionnels ou de la lutte contre les RPS.

Le CPCP peut, dans le cadre de l'exercice de sa fonction, être confronté à des conflits de rôles quand il est soumis à des ordres ou des injonctions contradictoires, des dilemmes liés à ses 2 rôles différents ou à des situations contraires à son éthique ou ses valeurs.

Le management du DS a une incidence majeure sur le travail des CPCP, sur leur implication, leur QVT et leur engagement envers l'institution.

²⁸ PEOC'H N., novembre 2018, « Les dimensions de la loyauté dans le relation managériale », *Soins Cadres*, n°108, p. 29

2 De l'enquête à ses résultats

Afin de confronter la théorie à la pratique, les concepts à la réalité, il nous a semblé nécessaire de nous rendre sur le terrain, à l'hôpital, afin de rencontrer les professionnels concernés par notre sujet pour connaître leur vision et leur ressenti quant à notre question initiale.

2.1 Méthodologie de l'enquête

2.1.1 Choix de l'outil et méthode de recueil

Le choix de l'outil le plus adapté nous a très vite semblé être l'entretien individuel semi-directif.

L'entretien semi-directif permet à la fois un temps de rencontre individuel avec chaque personne interrogée, une approche facilitée du sujet traité et la possibilité d'ouvrir ou de recentrer les questions en fonction des réponses apportées par nos interlocuteurs.

Il permet enfin une approche qualitative liée à un échantillon limité des personnes rencontrées.

Chaque entretien était prévu et organisé selon le même modèle, à savoir :

- Entretien individuel enregistré, anonyme et confidentiel (un entretien « test » avait été réalisé auparavant auprès d'un CPCP lors de notre premier stage).
- Entretien semi-directif :
 - D'une durée approximative envisagée pour chaque entretien : 30 minutes,
 - Mené par le biais d'une grille d'entretien permettant à la fois d'aborder l'ensemble des points souhaités mais aussi de faciliter ensuite l'analyse thématique,
 - Permettant des relances de notre part en cas d'imprécisions.

2.1.2 Population enquêtée

A) Choix de la population

Le choix de la population visée par notre enquête a été facilité par le fait que le profil professionnel recherché se trouve dans la question de recherche.

Nous avons rencontré :

- 8 Cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles
- 3 Directeurs des soins

Les CPCP rencontrés sont issus :

- D'un même centre hospitalier pour 5 d'entre-eux,
- D'un même centre hospitalier universitaire pour 3 d'entre-eux.

Les DS rencontrés sont issus :

- D'un centre hospitalier pour l'un d'entre-eux,
- De 2 centres hospitaliers universitaires pour 2 d'entre-eux.

Il nous a semblé nécessaire d'avoir les retours des CPCP sur le sujet traité, mais aussi ceux de DS afin de pouvoir nous appuyer sur leur expérience managériale pour à la fois avoir un point de vue différent de celui des CPCP, mais aussi pour bénéficier de leur expérience pour nos préconisations à venir.

B) Profil de la population enquêtée

A la date de réalisation des entretiens, soit juin 2019 :

CPCP	Lieu d'exercice	Ancienneté dans la fonction
1	CH	9 mois
2	CH	1 an
3	CH	7 mois
4	CH	15 ans
5	CH	13 ans
6	CHU	1 an
7	CHU	10 ans
8	CHU	4 ans
Moyenne		5.5 ans

DS	Lieu d'exercice	Ancienneté dans la fonction
1	CH	14 ans
2	CHU	3 ans 1/2
3	CHU	9 ans
Moyenne		9 ans

2.1.3 Points forts et limites de l'enquête

A) Les limites

Notre enquête, réalisée sur un nombre restreint d'établissements et sur un nombre limité de professionnels ne prétend pas être une recherche exhaustive et scientifique. En effet notre échantillon limité d'entretiens limite la généralisation et l'interprétation des résultats obtenus.

Il nous faut aussi tenir compte du fait que nous étions en stage comme élève directeur de soins dans l'un des établissements enquêtés, ce qui, peut-être, aura limité la liberté de parole de certains CPCP interviewés.

La contrainte de la gestion du temps accordé à ce travail pendant notre formation a aussi été un facteur limitant pour enquêter auprès d'un ensemble plus conséquent de CPCP ou de DS. Nous avons profité de nos périodes des deux premiers stages pour réaliser l'essentiel de notre recherche. Nous avons pu aussi nous appuyer sur notre propre réseau pour rencontrer des professionnels afin d'avoir un éventail plus élargi de CPCP et de DS.

La question concernant le niveau de délégation du CPCP au sein du pôle n'a finalement pas été utile pour notre travail, elle ne sera donc pas exploitée lors de notre analyse.

B) Les points forts

Les personnes rencontrées ont fait preuve de beaucoup de disponibilités et d'intérêt pour notre sujet. La qualité des informations recueillies et la richesse des entretiens démontrent combien notre démarche intéresse les professionnels de terrain.

Chaque CPCP et chaque DS s'est livré sans réserve perceptible à notre niveau. Chacun s'est exprimé en faisant preuve de réflexivité et de recul autour de son exercice professionnel.

Outre la richesse d'aller rencontrer des professionnels sur le terrain, de pouvoir découvrir d'autres fonctionnements, d'autres visions, l'ouverture permise par cette enquête de terrain sera un atout précieux pour notre futur exercice de DS.

2.1.4 Élaboration de la grille d'entretien

Nous avons élaboré 2 grilles d'entretien : une grille d'entretien pour les CPCP (annexe 2) et une grille d'entretien pour les DS (annexe3).

Chaque grille d'entretien a été construite à partir des thèmes évoqués dans notre cadre conceptuel et des données retrouvées dans la littérature.

Les objectifs que nous nous étions fixés pour ces entretiens étaient :

- D'évoquer avec les personnes rencontrées l'ensemble des thèmes nécessaires à notre travail,
- D'avoir la perception des acteurs de terrain sur le sujet choisi,
- De laisser la possibilité aux personnes interrogées d'élargir leurs réponses, au-delà des seules questions posées,
- De faciliter l'analyse des entretiens à l'issue des rencontres avec les professionnels, en permettant une analyse thématique.

2.2 Résultats et analyse thématique

2.2.1 La dualité d'appartenance du Cadre paramédical coordonnateur de pôle

A) Du point de vue des CPCP

a) Rôle et missions du CPCP :

« C'est vraiment être le fil conducteur de tous les projets... » (CPCP 1).

Lorsque l'on évoque la fonction, le rôle et les missions qui incombent aux CPCP, tous se retrouvent autour de la gestion et la mise en place des projets polaires ou institutionnels, et de la gestion des ressources humaines du PAM.

Certains évoquent aussi la coordination des équipes de soin ou l'animation de l'équipe de cadres.

L'un des CPCP interrogés insiste aussi sur la notion de management de la qualité des soins au sein du PAM.

« Je suis là pour mettre de l'huile dans les rouages et de l'eau sur les incendies. » (CPCP 5).

b) Positionnement attendu du CPCP par :

➤ Le chef de pôle :

Pour les CPCP interrogés, le chef de pôle attend du CPCP d'être à la fois dans l'opérationnel au niveau du PAM (gestion du quotidien, travail de fond sur les projets,

reportings/échanges réguliers avec lui, concertation, notion de « filtre » ...) et à la fois un partage de valeurs (transparence, positionnement adapté, confiance, « *aller dans le même sens* » (CPCP 6) ...).

« *Mon chef de pôle dit que nous sommes les 2 jambes du pôle* » (CPCP 7).

Un CPCP avoue aussi ne pas savoir quels sont les attendus du chef de pôle quant à son positionnement et sa fonction.

➤ Le DS :

Pour la majorité des CPCP, le DS attend de l'encadrement supérieur de faire le lien entre la direction et le terrain.

« *Que tout marche bien* » (CPCP 5).

« *Que je sois l'interlocuteur de la Direction des soins au sein du pôle.* » (CPCP 7).

Cela se fait notamment par le fait d'être dans l'opérationnel : suivi de l'activité du PAM, gestion des projets, travail de proximité avec les équipes, coordination de l'encadrement, reportings...

Le DS attend aussi de la loyauté, un positionnement professionnel adapté, de la confiance, de la transparence et de l'autonomie.

Un CPCP indique aussi que son DS attend de lui de faire le lien avec le chef de pôle.

c) La collaboration CPCP – Chef de pôle :

« *C'est un vrai partenariat... on ne crée pas de dépendance... ni elle ni moi... on renforce et on valorise nos interfaces...* » (CPCP 4).

Les CPCP envisagent cette collaboration comme un partenariat, une collaboration fonctionnelle, avec une vision complémentaire.

Le CPCP s'envisage parfois comme un intermédiaire pour le chef de pôle ou comme étant une personne ressource pour lui.

Enfin, ils n'envisagent pas cette collaboration sans concertation ou échanges entre eux avant une prise de décision.

➤ 3 mots pour la définir :

Mot cité	Nombre de citation
Confiance	7
Collaboration	2
Communication	2
Anticipation	1
Attentes mutuelles	1
Cohérence	1
Concertation	1
Découverte	1
Échanges	1

Entente	1
Partage	1
Partenariat	1
Positivisme	1
Professionnalisme	1
Projection	1
Respect	1

d) La hiérarchie du CPCP :

À l'unanimité, et sans hésitation, les CPCP rencontrés citent le Directeur des soins comme étant leur supérieur hiérarchique.

➤ 3 mots pour définir la relation qui lie le CPCP et le DS :

Mot cité	Nombre de citation
Confiance	6
Partage – Écoute - Échanges	4
Respect	2
Autonomie	2
Accompagnement - Soutien	1
Bienveillance	1
Collaboration	1
Communication	1
Complicité (professionnelle)	1
Convivialité	1
Ligne de conduite - Directives	1
Loyauté	1
Positionnement	1
Transparence	1

« *Complicité professionnelle c'est être capable... de se faire écho, de se positionner, dans le non verbal ou le verbal... c'est une complémentarité complice.* » (CPCP 4).

B) Du point de vue des DS

a) Positionnement attendu du DS par :

➤ Le chef de pôle :

« *On est vraiment positionné comme des acteurs incontournables...* » (DS 2).

Les 3 DS rencontrés s'accordent à dire que le CDP attend d'eux une expertise soignante dans les organisations de soins, les projets, voire même un soutien pour faire évoluer

certaines spécialités médicales. Un positionnement spécifique est aussi attendu lors d'arbitrages.

« Quand ils ont des projets à insuffler, ils savent me concerter pour que derrière le corps paramédical suive. » (DS 1).

Le DS 2 nous explique aussi que le chef de pôle attend de lui un soutien du CPCP dans certaines situations : *« Ils comptent sur votre présence pour présenter les RH aux agents... » (DS 2).*

Enfin pour le DS 3, certains chefs de pôle ne savent pas ce qu'est un DS : *« Ils ne voient pas ce que je peux leur apporter... » (DS 3).*

➤ Le CPCP :

« Faire vivre la Direction des soins... » (DS 1).

Les CPCP attendent du DS un double positionnement.

Tout d'abord qu'il soit garant d'une cohérence institutionnelle et de la défense d'un positionnement soignant au sein de la direction de l'établissement, en particulier par des valeurs soignantes partagées et un projet de soins lisible.

Mais aussi un accompagnement individuel, *« Construire ensemble » (DS 2)*, par des reportings réguliers, un soutien dans les décisions prises, les projets ou une équité entre les PAM.

« Globalement ils attendent que je défende la position soignante. » (DS 3).

b) La relation DS – Chef de pôle :

« On a vraiment une place ici, par rapport à ce que je vivais avant où les DS n'étaient pas sur les pôles... on participe à toutes les instances... on a ce regard transverse... sur ce qui se joue en projets, en RH, en décisions institutionnelles... les chefs de pôle apprécient notre vision... » (DS 2).

Le DS doit être un interlocuteur reconnu (dans les instances notamment).

Son positionnement affirmé le place comme un partenaire incontournable des chefs de pôle, *« ...partager une vision commune... » (DS 2).*

Il peut aussi parfois être reconnu pour son accompagnement pédagogique, en particulier autour de la délégation de gestion *« Ils attendent de moi des explications de ce qui peut se faire et pas se faire... » (DS 2).*

« Dans certaines décisions j'ai tout ma place... comme par exemple récemment quand il a fallu choisir pour envoyer des IDE en master IPA. » (DS 3).

- 3 mots pour la définir :

Mot cité	Nombre de citation
Confiance	3
Professionnalisme - Expertise	2
Échanges	1
Écoute	1
Partage	1
Reconnaissance	1

c) La hiérarchie du CPCP :

- 3 mots pour définir les attentes du DS vis-à-vis du CPCP :

Mot cité	Nombre de citation
Confiance	3
Loyauté	3
Transparence	2
Honnêteté	1

C) En synthèse

Synthèse des points de vue confrontés entre CPCP et DS,

au regard de notre cadre conceptuel à propos de la dualité d'appartenance du CPCP

Des attendus identiques et différents à la fois : Le CPCP est à une place stratégique pour porter les projets institutionnels, au plus près du terrain. Le DS attendra de lui de faire le lien entre la direction et les services alors que le chef de pôle l'attendra plus sur une gestion essentiellement polaire.

Pour le CPCP, le positionnement affirmé du DS est essentiel, tant d'un point de vue institutionnel que d'un point de vue des valeurs soignantes à défendre.

Des valeurs partagées et attendues par tous : La confiance, la loyauté, la concertation/communication, la collaboration/complémentarité, le respect, la transparence sont des valeurs qui doivent être partagées dans les relations professionnelles, que ce soit entre CPCP et DS, entre CPCP et chef de pôle ou entre DS et chef de pôle.

2.2.2 La qualité de vie au travail du Cadre paramédical coordonnateur de pôle

A) Du point de vue des CPCP

Les 8 CPCP se disent reconnus dans leur fonction, sans exprimer de doutes quant à cette reconnaissance.

Ils voient leur rôle de CPCP comme situé à l'interface entre la Direction des soins et le chef de pôle « *Je fais le lien...* » (CPCP 2), « *C'est un rôle de pivot...* » (CPCP 6), fort de son

expertise soignante, voire même comme étant « *un référent professionnel pour le DS...* » (CPCP 5), une force de proposition, éventuellement « *un soutien pour le DS en cas de difficultés.* » (CPCP 3).

Pour assumer pleinement son rôle et ses missions, le CPCP a « *besoin d'objectifs clairs* » (CPCP 5), en particulier pour assurer la « *décentralisation de la politique de l'établissement* » (CPCP 4).

Entre DS et chef de pôle, « *je fais du lien, mais c'est quand même différent, il y a 2 pans... et je joue entre les 2* » (CPCP 7), « *2 mondes parallèles... on assiste et on subit aussi des jeux de pouvoir...* » (CPCP 8), « *... avoir une double casquette peut parfois s'avérer compliquer...* » (CPCP 4).

En cas de désaccord entre direction et médecins, les CPCP se protègent derrière des (leurs) valeurs à ne pas dépasser « *savoir garder le sens des choses* » (CPCP 1), font un travail de lien par le dialogue, l'argumentation des choix faits.

Ils jouent parfois un rôle de modérateur, temporisent les situations conflictuelles en tentant de trouver un compromis.

La discussion se révèle alors être l'un des meilleurs moyens pour y parvenir, en particulier en s'appuyant sur « *l'avis objectif et éclairé que je peux avoir...* » (CPCP 5).

Tous admettent avoir besoin du soutien du DS lorsqu'ils sont mis en instabilité et tiraillés entre direction et chef de pôle, « *J'ai eu besoin de la Direction des soins pour soutenir... différents sujets où l'on était en difficulté, en désaccord...* » (CPCP 7).

« *C'est un climat de confiance que l'on crée avec le pôle, mais il y a des choses qui n'ont pas besoin d'être répétées à la Direction des soins car le chef de pôle s'est confié à moi... et pour moi c'est important cette confiance.* » (CPCP2). La position peut parfois être décrite comme « *pas toujours confortable* » (CPCP 1) mais l'expérience acquise « *mon expérience et l'autonomie permise me permettent d'avoir ma propre vision des choses* » (CPCP 7) et le positionnement de la Direction des soins « *J'ai besoin d'avoir un positionnement fort de la Direction des soins...* » (CPCP 6), « *Nécessité d'avoir des directives claires...* » (CPCP 5) se révèlent être des facteurs déterminants sur la façon dont les CPCP vont vivre leur dualité d'appartenance Direction des soins-PAM.

« *Cela dépend aussi de la personnalité, moi je suis quelqu'un de positif donc ça aide.* » (CPCP 1).

Enfin la QVT des CPCP est qualifiée de très bonne pour un CPCP, bonne pour 5 CPCP interrogés « *je me fais plaisir* » (CPCP 2), et assez bonne pour 2 CPCP « *je suis en attente des évolutions de la politique RH de l'établissement* » (CPCP 7), « *je perds beaucoup de temps pour pas grand-chose.* » (CPCP 8).

Il conviendra parfois de nuancer cette bonne appréciation portée par les CPCP car comme ils le précisent eux-mêmes « *ça dépend des moments...* » (CPCP 2), « *parfois j'ai des*

moments de stress lié au flou ambiant... elle est même parfois inquiétante... » (CPCP 4), « elle est bonne parce que je suis optimiste. » (CPCP 5).

B) Du point de vue des DS

L'ensemble des DS se rejoint sur le fait que les CPCP sont reconnus dans leur fonction au sein des établissements, « *Ils prennent de plus en plus leur place... » (DS 2).*

Leur rôle est double, à la fois stratégique et opérationnel « *... repositionner la réalité des choses... » (DS 1).*

Ils sont les « *pilotes du PAM » (DS 3)* et leur fonction de coordination est essentielle en particulier par l'animation des équipes et la gestion de projets.

En cas de désaccord entre la direction de l'établissement et le chef de pôle, les CPCP peuvent être mis à mal, « *Ils le gèrent difficilement, sont mal... » (DS 1),* et attendent du DS soutien « *en faisant attention à ne pas les mettre en porte à faux » (DS 2)* et repositionnement hiérarchique de la Direction des soins, considérée alors « *comme un allié » (DS 3).*

Malgré des conditions d'exercice reconnues par les DS comme difficiles, la QVT des CPCP est globalement estimée comme satisfaisante par les 3 DS rencontrés, avec toutefois quelques nuances : « *Elle était très satisfaisante jusque la mise en place d'un PRE et l'arrivée de nouvelles organisations syndicales... » (DS 1), «... on y travaille car on leur en demande de plus en plus en termes de temps, de RH, de responsabilité... » (DS 2), «... cela dépend des individus, certains se préservent, d'autres pas... » (DS 3).*

C) En synthèse

Synthèse des points de vue confrontés entre CPCP et DS, au regard de notre cadre conceptuel à propos de la QVT des CPCP

CPCP et DS se rejoignent à la fois sur le fait que les CPCP sont reconnus au sein de leurs établissements, et que leur qualité de vie au travail est globalement bonne.

Les limites qui pourraient faire vaciller cette QVT se situent d'une part dans le fait que leurs valeurs professionnelles puissent être malmenées, et d'autre part dans un manque de reconnaissance, de soutien ou de lisibilité de la Direction des soins.

Le DS se révèle alors être un élément essentiel à la qualité de vie au travail des CPCP, à la fois d'un point de vue relationnel, stratégique ou opérationnel.

2.2.3 Trouver du sens dans le travail pour le Cadre paramédical coordonnateur de pôle

A) Du point de vue des CPCP

« *C'est venir travailler avec plaisir » (CPCP 3).*

Les CPCP rencontrés sont majoritairement d'accords pour évoquer le fait que trouver du sens dans son travail c'est se retrouver autour de ses valeurs professionnelles « ... *ne pas se perdre.* » (CPCP 2), être en accord avec ses convictions « ... *faire ce qui me plaît...* » (CPCP 3), ou être en accord avec les attendus de la fonction et du positionnement requis. La notion d'utilité à l'établissement, à la profession est aussi évoquée.

C'est aussi trouver écoute, bienveillance, respect auprès des « *partenaires du quotidien avec qui je travaille...* » (CPCP 4), travailler en confiance, avoir de bonnes conditions de travail.

La notion d'équipe, de cohésion, de soutien entre CPCP est importante, tout comme le fait de « *donner du sens au travail des autres* » (CPCP 1), « ... *de construire ensemble...* » (CPCP 7).

Le patient permet aussi de redonner du sens à son exercice professionnel « *En cas de perte de sens je me recentre sur le patient.* » (CPCP 5), « ... *le patient est la priorité...* » (CPCP 7).

Enfin la notion de se former est aussi évoquée pour (re)trouver du sens dans le travail « ... *il faut se nourrir.* » (CPCP 4).

Les CPCP attendent du DS d'être proche d'eux, disponible « ... *savoir que la porte est ouverte...* » (CPCP 2), à l'écoute, en appui en tant que conseil ou soutien « ... *me permettre une prise de hauteur...* » (CPCP 6), tout en leur octroyant de l'autonomie et en « ... *me permettant le droit à l'erreur.* » (CPCP 6).

Ils attendent aussi de lui un éclairage pour leur permettre de comprendre le système, les fonctionnements, les projets « ... *leur donner du sens...* » (CPCP 6), « ... *qu'il soit le trait d'union entre nous et la politique institutionnelle.* » (CPCP 4).

Ils souhaitent enfin que le DS soit garant d'une cohérence, « ... *d'une politique claire de la Direction des soins...* » (CPCP 7), « ... *de porter des valeurs partagées...* » (CPCP 8).

B) Du point de vue des DS

« *C'est faire qu'ils [les CPCP] trouvent de l'intérêt dans les projets qu'ils mènent. Leur donner les moyens de sortir du seul quotidien de la gestion du pôle.* » (DS 3).

Les DS s'accordent sur le fait qu'un CPCP trouvera du sens dans son travail s'il est en accord avec lui-même, s'il ne subit pas de contradictions, d'injonctions paradoxales venant de la Direction des soins, du pôle et de la direction de l'établissement.

Le projet de soins est aussi essentiel au sens trouvé dans le travail par les CPCP, « ... *c'est là qu'il est important d'avoir une Direction des soins affirmée.* » (DS 1).

Du point de vue managérial, il semble nécessaire de « *donner du plaisir au travail...* » (DS 2), permettre l'autonomie, de faire confiance, de responsabiliser, « ... *s'adapter au cas par cas...* » (DS 1), d'être bienveillant, de valoriser, de renvoyer de la reconnaissance régulièrement, de coconstruire.

La notion de proximité revient aussi pour les DS, « ... être à l'écoute, permettre la liberté de parole... » (DS 2).

- 3 mots pour définir le positionnement managérial du DS :

Mot cité	Nombre de citation
À l'écoute	1
Attention	1
Bienveillance	1
Collaboration	1
Confiance	1
Leadership	1
Régulation	1
Sérénité	1
Transparence	1

« ... j'aime bien l'idée de faciliter leur travail, être facilitateur. » (DS 1).

C) En synthèse

Synthèse des points de vue confrontés entre CPCP et DS, au regard de notre cadre conceptuel à propos du sens dans le travail pour les CPCP

Pour le CPCP, trouver du sens dans son travail c'est d'abord être en accord avec ses valeurs professionnelles, mais aussi avoir du plaisir à venir travailler et se sentir appartenir à un collectif.

Le DS contribue à cette quête de sens par un management de proximité où disponibilité, confiance, autonomie et écoute/échanges sont essentiels. Le projet de soins porté par le DS sera lui aussi un élément nécessaire à la cohérence de la Direction des soins.

2.2.4 À propos de la loyauté du Cadre paramédical coordonnateur de pôle

A) Du point de vue des CPCP

« On s'y doit. » (CPCP 2).

Les notions de principe, d'engagement, de transparence, d'honnêteté, de confiance reviennent majoritairement chez les CPCP.

Certains évoquent aussi la nécessité d'être en accord avec soi-même, « d'être fier de là où je travaille. » (CPCP 5).

« C'est une valeur qui me tient à cœur. » (CPCP 3).

« C'est essentiel pour travailler dans de bonnes conditions. » (CPCP 4).

« C'est une valeur forte. » (CPCP 5).

« C'est impossible de fonctionner sans. » (CPCP 6).

Un CPCP évoque enfin sa loyauté permanente à la fonction publique hospitalière mais que cela se discute pour son établissement « qui n'est pas toujours loyal avec moi. » (CPCP 8).

À propos des conflits de valeurs ou de loyauté, 5 CPCP interrogés (sur 8) estiment en être victimes régulièrement « ... *selon la place qui m'est accordée par la direction.* » (CPCP 2), « ... *quand mes valeurs soignantes sont malmenées ou qu'il y a un manque de cohérence.* » (CPCP 4), « ... *quand j'ai un sentiment d'injustice ou et d'iniquité par manque de transparence de la direction.* » (CPCP 6), « ... *seulement quand il y a des désaccords.* » (CPCP 3).

Les CPCP concernés disent alors s'appuyer sur le Directeur des soins pour « *avoir son conseil, son soutien... ou je me raccroche au patient.* » (CPCP 5).

Les 3 autres CPCP rencontrés disent ne jamais être victimes de conflit de valeurs ou de loyauté.

B) Du point de vue des DS

« *C'est ne pas être en contradiction avec l'équipe de direction...* » (DS 1).

Les DS insistent sur le fait que la loyauté est essentielle pour porter les décisions institutionnelles.

« *C'est avoir une ligne de conduite définie et soutenue par tous.* » (DS 1).

« *C'est essentiel... que ce soit moi avec mes collègues, avec la DG mais aussi avec tous les acteurs avec qui je travaille... j'attends ça des autres...* » (DS 2).

« *Elle est génétique chez moi...* » (DS 3).

Deux DS sur 3 estiment que les CPCP peuvent être victimes de conflit de valeurs ou de loyauté du fait de décisions de la direction qui les mettent parfois en porte à faux, en particulier lorsqu'elles ne sont pas collégiales. Le contexte socio-économique peut aussi expliquer ces conflits chez les CPCP, en particulier par le fait qu'ils sont en proximité avec le terrain, « ... *ici ils sont bien identifiés donc ils sont toujours en première ligne.* » (DS 3).

Le 3ème DS pense que cela n'est pas le cas du fait des conditions actuelles de travail des CPCP dans son établissement « ... *on travaille bien ensemble, on a beaucoup échangé... les choses ne se font pas du jour au lendemain, on se laisse du temps...* » (DS 2).

En cas de conflit de valeur ou de loyauté, le DS doit être en appui et en soutien des CPCP. Il faut qu'ils puissent se retrouver dans une Direction des soins forte, reconnue et qui les reconnaît. Le travail de lien du DS entre tous devient alors incontournable, « ... *ça crée une cohésion et une force...* » (DS 1), « ... *c'est comme ça que la Direction des soins se retrouve à aller rencontrer les équipes avec les cadres sup et à porter elle-même les décisions pour dédouaner le cadre sup de sa responsabilité.* » (DS 3).

C) En synthèse

Synthèse des points de vue confrontés entre CPCP et DS, au regard de notre cadre conceptuel à propos de la loyauté du CPCP

CPCP et DS se retrouvent sur le fait que la loyauté est incontournable dans une/leur collaboration professionnelle.

En cas de conflit de valeur ou de loyauté, le CPCP s'appuie sur le DS pour avoir appui et soutien.

Le travail de lien et de cohérence du DS est alors nécessaire pour garantir un positionnement affirmé de la Direction des soins.

2.2.5 Des hypothèses de départ à la réalité du terrain

À partir des éléments recueillis dans la littérature et près avoir analysé le contenu des éléments issus des entretiens menés auprès des professionnels de terrain, il nous semble nécessaire à ce stade de ce mémoire de revenir à nos hypothèses de départ.

Pour rappel, notre question initiale était :

« En quoi le management du Directeur des soins peut-il contribuer à accompagner les cadres paramédicaux coordonnateurs de pôle face à leur dualité d'appartenance Direction des soins – Pôle d'activité médicale ? »

Et nous avons évoqué les hypothèses suivantes :

- La place donnée, en particulier la reconnaissance, par le Directeur des soins aux cadres paramédicaux coordonnateurs de pôle impacte leur positionnement et leur qualité de vie au travail :

La stratégie managériale du DS est un élément incontournable pour faire que les CPCP aient un positionnement adapté, qui leur permette de répondre aux attendus de leur fonction. La reconnaissance, la disponibilité, la confiance, l'écoute ou l'autonomie permises par le DS sont des éléments fondamentaux pour que les CPCP s'investissent et soient reconnus dans leur exercice professionnel.

La QVT du CPCP est fortement impactée par le sens trouvé à leur travail, sens qui est en parti donné par le DS, par son management et par le positionnement de la Direction des soins dans l'institution.

- La stratégie managériale du Directeur des soins permet un juste équilibre dans la double appartenance Direction des soins - Pôle d'activité médicale du cadre paramédical coordonnateur de pôle, au service du bon fonctionnement institutionnel :

Pour les CPCP, le DS se doit d'être garant de la défense des valeurs soignantes dans l'établissement. Afin de s'assurer de l'implication des CPCP et de leur loyauté acquise à la politique institutionnelle, il s'agira pour lui de porter un projet de soins basé sur des valeurs soignantes partagées, de créer un collectif soignant autour de ce projet, et de mettre en place un management basé sur la proximité dans lequel respect, écoute et soutien sont essentiels. Là encore le positionnement affirmé de la Direction des soins et du DS, seront nécessaires pour maintenir un juste équilibre dans la dualité d'appartenance du CPCP, entre Direction des soins et Pôle d'activité médicale.

3 Le management du Directeur des soins, une stratégie réfléchie et assumée au service de la qualité de vie au travail des cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles et du bon fonctionnement institutionnel

En nous appuyant sur notre cadre conceptuel, fort de nos constats effectués après nous être rendu sur le terrain, et après avoir validé nos hypothèses de départ, il nous est permis, parvenu à ce stade de notre travail, d'élaborer des préconisations pour notre futur exercice professionnel de Directeur des soins. Celles-ci s'inspireront aussi de ce que nous avons vu et découvert en stage.

3.1 D'un point de vue stratégique : un leadership affirmé et fédérateur

Le positionnement affirmé du Directeur des soins pourra se faire par le biais d'un leadership reconnu par tous. *« Le leadership définit la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus dans le but d'atteindre certains objectifs. Si le manager planifie, organise, contrôle, le leader définit la direction et motive. Ainsi un leader se distingue d'un gestionnaire, lequel a des capacités pour l'administration et la gestion, sans pour autant mener l'équipe. »*²⁹, leadership et management sont donc complémentaires.

²⁹ PERASSE M, GIRAUD-ROCHON F., mai 2014, « Le cadre de santé est-il un leader ? », *Soins Cadres*, n°90, p. 32

« Dans son rôle de leader, le cadre définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera. »³⁰

Selon Henry Mintzberg, l'exercice du leader se joue à la fois dans des relations professionnelles dites informelles, ici le leader est suivi par son physique et son charisme, que dans des relations formelles dans lesquelles le leader est nommé par une autorité supérieure.

Le DS est positionné dans l'établissement en tant qu'adjoint au directeur général, et ses prérogatives sont définies par le décret 2002-550 du 19 avril 2002, portant sur le statut particulier, le rôle et les missions du corps des Directeur des soins de la fonction publique hospitalière. S'il assure l'encadrement des CPCP, le DS ne peut plus s'inscrire uniquement dans un seul modèle hiérarchique descendant, il doit aussi agir de façon à avoir de l'influence positive sur ses collaborateurs, et pas uniquement de l'autorité.

Le leadership ne se décrète pas, il se construit et s'entretient. Il relève à la fois de l'inné et de l'acquis. Il est ainsi lié à la fois au charisme du Directeur des soins, qui il est, d'où il vient, ce qu'il fait, comment il le fait, comment est-ce qu'il incarne sa fonction, mais aussi au management mis en place.

Comme nous l'avons évoqué dans le paragraphe sur les leviers managériaux, la place donnée à l'encadrement, et en particulier aux CPCP collaborateurs de première ligne du DS, et l'attention qui leur est portée, sont des éléments d'émulation et de motivation au travail, « Chaque fois qu'un cadre encourage ou critique un subordonné, il agit comme leader. »³¹ . *

La capacité du leader à se mettre au service des autres et à les impliquer, en particulier par un engagement fort et un positionnement adapté seront des facteurs facilitants pour permettre à l'encadrement de se retrouver dans les attendus de l'organisation, dans la politique de la Direction des soins. « Le manager par son leadership, son exemplarité, son sens éthique, ses valeurs et son enthousiasme incite à l'efficacité, à l'optimisme et au plaisir de travail ensemble. »³²

Il sera donc stratégiquement intéressant pour le DS de s'envisager et s'engager en tant que leader, et d'agir en tant que tel pour emmener derrière lui les CPCP.

³⁰ MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 1^{ère} édition, Paris : Les Éditions d'Organisation, p.71

³¹ MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 1^{ère} édition, Paris : Les Éditions d'Organisation, p.72

³² BENOIT C., 2017, *Manager un établissement de santé*, 2^{ème} édition, Le Mans : Géréso, p. 143

Pour autant, pour insuffler une dynamique professionnelle chez l'encadrement paramédical, le seul leadership du Directeur de soins ne suffit pas. Son positionnement sera d'autant plus reconnu et affirmé auprès de ses pairs qu'il se fondera sur un construit commun, basé à la fois sur un partage de valeurs soignantes et sur leur cœur de métier.

3.2 D'un point de vue culturel : un cœur de métier commun et des valeurs partagées

« La pratique professionnelle ne saurait être réduite aux seules valeurs professionnelles énoncées par les différents groupes professionnels... nous avons observé que les valeurs dessinaient les contours de l'implication organisationnelle voire de l'attachement au corps professionnel censé réguler l'appartenance au groupe et à la référence professionnelle. »³³

Le Directeur des soins a une place particulière dans l'équipe de direction et au sein de l'établissement. Il est à la fois expert en soins mais aussi manager hospitalier, formé à l'EHESP, et dispose de ce fait d'une bonne connaissance des organisations sanitaires.³⁴ Sa formation spécifique à l'EHESP, qui diffère de celle de ses collègues directeurs d'hôpitaux, et son parcours professionnel antérieur de soignant ayant lui-même occupé des fonctions d'encadrement dans les établissements de santé, le positionnent alors comme une référence soignante, fort de son cœur de métier soignant.

Ainsi par cette place et le leadership mis en place, le DS pourra conforter sa légitimité et faciliter le développement d'une identité professionnelle partagée par l'encadrement.

La légitimité se définit selon le dictionnaire de la sociologie comme *« la reconnaissance d'un ordre politique ou social non seulement comme pouvoir mais aussi comme autorité... lorsque ses actions apparaissent conformes aux principes que le groupe sur lequel il s'exerce accepte et reconnaît comme siens. »³⁵*

Cette appartenance d'origine au monde paramédical lui permet de bénéficier d'une certaine reconnaissance par les cadres soignants de l'établissement. Cette reconnaissance comme *« l'un des leurs »* sera d'autant plus prégnante que le Directeur des soins défendra leurs valeurs professionnelles communes.

³³ PEOC'H N, CEAUX C., 2012, « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé », *Recherche en soins infirmiers*, n°108, p.64, [visité le 28 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-53.htm>

³⁴ RUMEAU J., 2015, « Le directeur des soins, entre autorités hiérarchique et fonctionnelle », *Soins Cadres*, supplément au n°93, pp. S13-S14

³⁵ DICTIONNAIRE DE SOCIOLOGIE LE ROBERT, 1999, Paris : Seuil, p. 305

Le partage de valeurs donne du sens au travail et contribue à créer un collectif autour du patient, dont la recherche de l'intérêt premier est le but final voulu par tous les acteurs de la Direction des soins.

La légitimité du DS existe de fait par sa formation et la place hiérarchique qui est la sienne à l'hôpital. Toutefois elle ne lui sera complètement acquise qu'au fil du temps par ce qu'il représente, ce qu'il incarne et la reconnaissance qu'il a des autres dans l'exercice de sa fonction. On parle alors de légitimité rationnelle (la fonction) et de légitimité charismatique (l'individu)³⁶. Mais là encore ce qui est acquis doit être entretenu car cette légitimité pourra être interrogée, discutée et même parfois contestée.

En se retrouvant autour de ce qui motive leur exercice professionnel, les CPCP, accompagnés par le DS, font équipe et partagent comme références incontournables des notions professionnelles essentielles, dans une dynamique d'action commune. On parle alors d'identité professionnelle.

Pour Claude Dubar³⁷, l'identité est un construit humain qui résulte de la socialisation, de l'intégration des valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite d'un groupe de référence, et du fait d'assumer son appartenance à celui-ci, en faisant siennes les attitudes spécifiques du groupe et par un savoir intuitif (passé, présent, projet) partagé.

L'identité professionnelle se construit donc en s'identifiant à un groupe de référence et en se rejoignant dans une culture professionnelle avec des valeurs, des règles qui sont les références de base partagées par les membres du groupe. Le DS en portant dans l'établissement ce qui fait la marque d'appartenance au collectif d'encadrement soignant va ainsi être identifié par les CPCP comme étant « l'un des leurs ».

L'engagement du DS à défendre des valeurs soignantes communes et la façon dont il s'identifiera à son rôle de directeur-soignant-manager dans l'appropriation des normes et règles de conduite du groupe le mèneront aussi vers cette reconnaissance.

L'enjeu pour le DS à construire du collectif autour de lui sera d'autant plus important qu'une perte de repères des CPCP pourra les entraîner dans une véritable crise identitaire, à la recherche de sens et de crédibilité.

Les valeurs professionnelles partagées, ou à partager, se retrouvent dans le projet de soins et dans le projet managérial que le DS élaborera pour emmener derrière lui l'ensemble des cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles.

³⁶ DICTIONNAIRE DES SCIENCES HUMAINES, 2004, Paris : Presses Universitaires de France, p. 406

³⁷ DUBAR C., 1998, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 2^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 255p.

3.3 D'un point de vue technique : un projet managérial et un projet de soins qui rassemblent

« Le management par projet désigne le choix fait de manager sous la forme de projet un ensemble significatif d'activités innovantes qui doivent déboucher sur un produit spécifique, livré à un client identifié, dans un délai donné et à un coût objectif fixé. »³⁸

Afin d'asseoir un positionnement fort de la Direction des soins, qui ne repose pas uniquement sur son directeur, le DS s'appuiera sur 2 piliers qui nous paraissent essentiels pour insuffler dynamisme et implication des CPCP. Le projet managérial, centré sur l'encadrement et les équipes « Comment on va travailler ensemble » et le projet de soins centré sur le patient « Ce que l'on va faire ensemble » seront ces 2 piliers.

Le projet managérial, coconstruit avec les CPCP, contribuera à créer un collectif renforcé pour faciliter la confiance, la construire, l'entretenir. Il s'agira de travailler ensemble de manière collective, en dépassant le seul modèle hiérarchique pyramidal, et en construisant de nouveaux repères professionnels sans se détacher des repères métiers traditionnels. Ce projet managérial suscitera l'engagement par une vision à court, moyen et long terme. *« Concrètement le projet managérial du DS, manager-entraîneur, peut s'articuler autour de 3 axes :*

- *Une organisation efficiente des soins...* (associant pertinence, sécurité, performance et optimisation),
- *Une implication des professionnels...* (en vue d'une efficacité collective : reconnaissance, responsabilisation...),
- *De la communication et de l'information...* (pour accompagner le changement et expliciter par une communication managériale adaptée). »³⁹

Pour le DS, l'une des forces d'un projet managérial écrit avec l'encadrement reposera sur le fait que le CPCP qui travaille au plus près du terrain sera une valeur ajoutée à la stratégie élaborée et aux objectifs à atteindre. Impliquer ceux qui savent permet d'éviter une rupture entre direction et acteurs de proximité, et leur permet aussi une appropriation facilitée de la politique institutionnelle car ils en auront été des co-auteurs, avant d'en être des co-acteurs. Nous pouvons ici parler d'empowerment du CPCP. Cette notion récente utilisée fréquemment pour évoquer la nouvelle place prise par les patients dans la volonté d'être

³⁸ ORGANISATION ET MANAGEMENT PAR PROJET, 2007, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, [visité le 2 septembre 2019], disponible sur internet : <https://www.anact.fr/organisation-et-management-par-projet>

³⁹ PRUVOT N., mai 2013, « La collaboration entre le Directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », *Soins Cadres*, n°86, pp.43-46

pleinement impliqués dans les décisions qui les concernent, peut aussi s'appliquer à l'encadrement. Dans une volonté réciproque de responsabilisation, l'empowerment du CPCP « signifie que l'équipe a son mot à dire...et que le manager les assure de son soutien... Il est le facilitateur et l'animateur. »⁴⁰

Une fois la politique managériale de la Direction des soins rendue plus lisible et visible par les hospitaliers grâce au projet managérial, il s'agira pour le DS de s'appuyer sur le projet de soins qui lui aborde plus spécifiquement la prise en charge des patients.

Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4, que le Directeur des soins « ...élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. »⁴¹

Le projet de soins décrit une philosophie partagée autour de la prise en charge du patient, avec des valeurs, des axes prioritaires à poursuivre, des moyens, des résultats attendus. S'il est une obligation réglementaire, le projet de soins n'en demeure pas moins une opportunité managériale à saisir pour le Directeur des soins.

En effet, le projet de soins, écrit lui aussi de manière participative, visera à traduire la volonté commune de contribuer à la meilleure prise en charge du patient, mais aussi de donner du sens à l'exercice soignant au sein de l'établissement, en répondant notamment aux attentes des équipes. Ce projet se démarquera du projet médical tout en s'y intégrant en partie. Il portera les valeurs professionnelles soignantes et ralliera les paramédicaux en tant qu'outil de valorisation de leurs activités et de promotion de la qualité des soins. Il prévoit en particulier l'organisation générale des soins et l'accompagnement des patients. Centré essentiellement sur le patient, le projet de soins fixe la ligne directrice de la politique de soins de l'hôpital, portée elle-même par la Direction des soins. Il est la véritable colonne vertébrale qui porte l'ensemble de la communauté paramédicale.

Le Directeur des soins utilise le projet managérial et le projet de soins comme leviers managériaux dans une volonté de servir l'intérêt des professionnels et des patients, et non dans le seul but de servir la performance de l'établissement. On parle alors de Servant leadership dans lequel :

⁴⁰ BENOIT C., 2017, *Manager un établissement de santé*, 2^{ème} édition, Le Mans : Gérésio, p.150

⁴¹ DÉCRET 2002-550 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, 19 avril 2002, [visité le 2 septembre 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623&dateTexte=vig>

*« Le supérieur se mobilise pour faire vivre un projet qui contribue au bien commun et qui a une plus-value sociale,
Le supérieur favorise le développement du sentiment d'appartenance et de la solidarité des individus entre-eux. »⁴²*

Le leadership, la culture commune, les projets portés par le DS ne font pourtant pas tout. En effet il est nécessaire pour le Directeurs des soins de s'impliquer lui-même, en tant qu'individu, et d'aller au plus près du terrain et des individus pour accompagner les CPCP.

3.4 D'un point de vue opérationnel : un management par la proximité et une communication managériale qui s'adaptent aux individus et aux situations

« Les Directeurs des soins doivent dès lors s'organiser et communiquer pour animer l'équipe d'encadrement... »⁴³

L'écoute, le conseil, la disponibilité, le soutien sont autant de facteurs qui influencent l'implication et l'épanouissement dans le travail. Le DS en se rendant en proximité des équipes renverra alors pour ses collaborateurs empathie et reconnaissance, ce qui aura alors un impact majeur sur sa crédibilité, sa marge de manœuvre et sa capacité à influencer le collectif.

Nous nous appuyons là encore sur la posture du Servant leadership qui préconise que :

*« Le supérieur valorise la performance des salariés et contribue au maintien de relations positives avec eux,
Le supérieur développe une bonne capacité d'écoute face aux besoins, valeurs, idées et contraintes des autres,
Le supérieur se met dans une posture qui vise à servir ses partenaires, à identifier les problèmes et à améliorer les choses au bénéfice des autres. »⁴⁴*

En s'investissant dans une dynamique de proximité avec les équipes d'encadrement supérieur, le DS s'assure de la mise en place et du suivi des projets institutionnels. Il peut ainsi mesurer l'avancée des attendus et leur application concrète sur le terrain. Les avantages sont nombreux car cela lui permet d'avoir une bonne connaissance de ses

⁴² LOUAZEL M., 2018, *Le management en santé*, 1^{ère} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p.215

⁴³ PRUVOT N., mai 2013, « La collaboration entre le Directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », *Soins Cadres*, n°86, p.45

⁴⁴ LOUAZEL M., 2018, *Le management en santé*, 1^{ère} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p.215

collaborateurs et d'avoir accès à certaines informations (projets, difficultés, réussites...) en limitant les filtres. C'est aussi une réelle opportunité pour le DS de connaître le climat social au sein de l'établissement.

Cette disponibilité assoit aussi la légitimité de la Direction des soins qui sera alors perçue comme une direction en prise directe avec le terrain. Ces temps d'écoute et d'échanges permettent de dépasser l'idée parfois présente dans certains esprits de directeurs « toujours dans leurs bureaux », et présente l'intérêt de suivre au plus près les enjeux institutionnels. Ils valorisent aussi la fonction de DS, pour elle-même « Ne pas être que le pompier de service qui intervient uniquement quand ça ne va pas », et pour les autres. Enfin, le DS s'inscrit dans une bienveillance managériale qui vient à l'encontre d'idées reçues autour du travail à l'hôpital. Il s'agit là d'un réel enjeu social et professionnel pour le Directeur des soins car cela permet d'une part de percevoir la qualité de vie au travail de ses collaborateurs, et d'autre part d'évaluer leur implication dans la dynamique institutionnelle.

Le management par la proximité sera perçu par les CPCP comme un soutien organisationnel, dans lequel l'institution prend en compte leurs efforts, valorise leur investissement individuel et contribue à leur bien-être professionnel.⁴⁵

Certes la disponibilité suppose d'être organisée, en la prévoyant par exemple dans son agenda (rencontres individuelles ou collectives avec les CPCP, sur le terrain ou en rendez-vous) mais elle doit aussi s'inscrire dans une temporalité non prévue pour répondre à l'urgence de certaines situations.

La communication managériale est aussi essentielle dans un management de proximité qui se veut être un facteur de réussite pour le DS.

Cette communication portée par les managers pour mobiliser leurs collaborateurs en mettant du lien et en donnant du sens aux actions et à la politique institutionnelle s'appuie à la fois sur une communication formelle (qui est organisée, prévue) et sur une communication informelle (qui se saisit de certaines opportunités, de certains instants). Elle joue un rôle décisif dans le partage de l'information et dans l'adhésion des collaborateurs aux décisions institutionnelles. Pour le manager elle est utilisée pour faire passer certains messages essentiels d'un point de vue stratégique

⁴⁵ LOUAZEL M., 2018, *Le management en santé*, 1^{ère} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p.214
- 48 - Denis DIONNET - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – Directeur des Soins 2019

Utiliser la communication managériale permet au DS d'incarner la politique et les projets de l'établissement. Elle contribue à une meilleure implication des CPCP par les messages délivrés et en favorisant l'écoute, le dialogue et la confiance, en disant ce que l'on fait, en faisant ce que l'on dit et en faisant savoir ce que l'on a fait. Il ne s'agit plus seulement d'une information descendante mais bien de laisser la possibilité aux collaborateurs de donner leur point de vue. La communication managériale s'inscrit dans un management participatif, voire délégué.

« Communiquer c'est partager le pouvoir, le positionnement de la communication managériale est par définition multi-territorial et implique plusieurs acteurs aux intérêts parfois divergents. »⁴⁶

Afin de s'assurer de l'engagement des CPCP dans le soutien de la politique de l'institution et de leur loyauté, le DS veillera à travailler les interactions par différents moyens relationnels allant du temps collectif au temps individuel.

Le temps collectif valorise l'esprit d'équipe, le sentiment d'appartenance à un ensemble professionnel partageant valeurs et visions communes.

Le temps individuel valorise l'individu en tant que professionnel responsable et reconnu par sa hiérarchie, en lui accordant un temps dédié personnalisé.

Le DS tirera un double bénéfice de cette pratique de communication. Il atteindra à la fois le CPCP en tant que cible lui-même impacté par ce qui est dit, et en tant que vecteur de communication qui portera à son tour auprès des équipes de terrain les éléments de communication reçus.

Le management de proximité qui s'appuie sur une communication managériale réfléchie et structurée permet alors une réelle influence positive du DS sur les cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles, qui reconnaissent alors le Directeur des soins comme un leader affirmé et porteur de sens.

⁴⁶ IMBERT M., 2015, *La communication managériale*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, p. 47

Conclusion

L'organisation du travail à l'hôpital est complexe car elle rassemble une organisation bureaucratique et une organisation professionnelle. La cohabitation entre les différents acteurs peut parfois s'avérer difficile.

Dans une organisation hospitalière divisée en pôles d'activités médicales les cadres paramédicaux coordonnateurs tiennent une place essentielle.

Le Directeur des soins doit alors interroger son mode de management et son positionnement institutionnel pour veiller d'une part à leur permettre d'avoir une qualité de vie au travail la meilleure possible, et d'autre part à s'assurer de leur engagement et de leur implication dans la politique de l'établissement.

Situé entre un rattachement hiérarchique à la Direction des soins et une collaboration fonctionnelle au quotidien avec le chef de pôle et les équipes médicales, les cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles peuvent se trouver déstabilisés par des injonctions paradoxales ou en difficulté en cas de conflit de loyauté.

Le Directeur des soins par un leadership affirmé et fédérateur, une culture et des valeurs partagées, des leviers managériaux qui s'appuient sur des projets qui rassemblent et un management basé sur l'autonomie accordée à ses collaborateurs, la confiance, l'écoute, les échanges et la disponibilité, s'assure de répondre à la double problématique posée.

De par son influence positive sur les cadres, il est porteur d'une dynamique autour de la Direction des soins basé sur un collectif rassemblé qui trouve sa source sur un cœur de métier commun et une identité professionnelle forte.

Par un management renouvelé et entretenu en permanence, management qui n'est plus uniquement descendant, le Directeur des soins se met au service des cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles, qui eux même en s'inspirant de ce qu'ils vivent avec leur propre hiérarchie se mettront au service des équipes. Et au final cela profitera à l'institution et au patient.

« Rien n'est éternel, pas même la reconnaissance. »

(Jules Renard, écrivain français, 1864-1910)

Bibliographie

ARTICLES DE PÉRIODIQUE

Support papier :

- DAMART S., novembre 2018, « Management et loyauté, lien organisationnel et engagement », *Soins Cadres*, n°108, p. 14
- DELASSUS E., novembre 2018, « Faire régner la confiance pour cultiver la loyauté », *Soins Cadres*, n°108, p. 19
- DETCHESSAHA M., février 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, pp. 28-32
- INTHAVONG K., RODRIGUEZ MP., RISSI-PACINI F., VALETTE R., mars 2018, « Vers un management paramédical fédérateur », *Gestions hospitalières*, n°574, pp. 148-151
- LAGADEC AM., novembre 2018, « La loyauté, un concept actuel », *Soins Cadres*, n°108, p. 13
- LAIGNEL L., novembre 2017, « Directeur des soins et qualité de vie au travail », *Soins Cadres*, n°104, pp. 39-40
- PEOC'H N., novembre 2018, « Les dimensions de la loyauté dans le relation managériale », *Soins Cadres*, n°108, p. 29
- PERASSE M, GIRAUD-ROCHON F., mai 2014, « Le cadre de santé est-il un leader ? », *Soins Cadres*, n°90, p. 32
- PRUVOT N., mai 2013, « La collaboration entre le Directeur des soins et le cadre paramédical de pôle », *Soins Cadres*, n°86, pp. 43-46
- RUMEAU J., 2015, « Le directeur des soins, entre autorités hiérarchique et fonctionnelle », *Soins Cadres*, supplément au n°93, pp. S13-S14

- WEINBERG A., novembre 2018, « Quand le cœur n'y est plus », *Sciences humaines* », n°308, pp. 34-39

Support électronique :

- BOYER H., septembre 2010, « La fonction de cadre de santé », *Vie sociale et traitements*, n°107, [visité le 16 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-3-page-62.htm>
- CALVEZ C., février 2016, « Les réformes de santé en France », *dossier documentaire EHESP*, [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : https://documentation.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2016/02/DD_R%C3%A9formes_Sant%C3%A9_201602.pdf
- CATANAS M., décembre 2007, « Évolution socio-historique de la fonction Cadre de santé », *Cadredesante.com*, [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la>
- DUBET F., 2002, « *Le déclin de l'institution* » p. 195, cité par MILLY B., « *Une sociologie interactionniste de l'action au travail. Entre institutions, organisations et professions* », p. 280. [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01948565/document>
- PEOC'H N, CEAUX C., 2012, « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé », *Recherche en soins infirmiers*, n°108, p.64, [visité le 28 août 2019], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-53.htm>
- PERROT S., « *Nature et conséquences des conflits de rôles* », 27 mai 2005, », [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00360474/document>

OUVRAGES

- BENOIT C., 2017, *Manager un établissement de santé*, 2^{ème} édition, Le Mans : Géréso, 185 pages

- BENOIT C., PASSERAT-BOULADE C., 2018, *Manager dans le secteur sanitaire et médico-social*, 1^{ère} édition, Le Mans : Gérésio, 273 pages
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, p. 86
- DICTIONNAIRE DE SOCIOLOGIE LE ROBERT, 1999, Paris : Seuil
- DICTIONNAIRE DES SCIENCES HUMAINES, 2004, Paris : Presses Universitaires de France
- DUBAR C., 1998, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 2^{ème} édition, Paris : Armand Colin, 255 pages
- IMBERT M., 2015, *La communication managériale*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 257 pages
- LOUAZEL M., 2018, *Le management en santé*, 1^{ère} édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 552 pages
- MINTZBERG H., 1982, *Structures et dynamique des organisations*, 1^{ère} édition, Paris : Éditions d'organisation, 434 pages
- MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 1^{ère} édition, Paris : Les Éditions d'Organisation, 284 pages

LOIS, DÉCRETS, CIRCULAIRES, RAPPORTS

- DÉCRET 2002-550 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, 19 avril 2002, [visité le 2 septembre 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623&dateTexte=vig>
- LOI n°83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, 13 juillet 1983, [visité le 16 août 2019], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704#targetText=Loi%20n%C2%B0%2083%2D634,Loi%20dite%20loi%20Le%20Pors.>

[&targetText=La%20pr%C3%A9sente%20loi%20constitue%2C%20%C3%A0,Etat%20et%20des%20collectivit%C3%A9s%20territoriales.](#)

- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Légifrance, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=65AF629D0707D9F1F3707B6046F566C3.tplqfr21s_1?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id
- DE SINGLY C., septembre 2009, « *Rapport de la mission Cadres hospitaliers* », p. 5, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf
- RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DU DIRECTEUR DES SOINS, « *Les 9 compétences du Directeur des soins* », EHESP, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

SITES INTERNET

- AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, *Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail »*, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>
- ASSOCIATION INTERNATIONALE DE MANAGEMENT STRATÉGIQUE, « *Les conflits de rôles, une conséquence des paradoxes qui s'exercent sur l'organisation...* », [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1223-les-conflits-de-role-une-consequence-des-paradoxes-qui-sexercent-sur-lorganisation-le-cas-dune-organisation-de-service-public-evoluant-vers-le-modele-marchand/download>
- CADRE SOIGNANT DE PÔLE, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, code métier 05U10, [visité le 12 août 2019], disponible sur internet : <http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=26>


- HAUTE AUTORITÉ DE SANTE, *Qualité de vie au travail*, [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, « *Risques psycho-sociaux* », [visité le 13 août 2019], disponible sur internet : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>
- ORGANISATION ET MANAGEMENT PAR PROJET, 2007, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, [visité le 2 septembre 2019], disponible sur internet : <https://www.anact.fr/organisation-et-management-par-projet>

COURS & ENSEIGNEMENTS

- SCHWEYER FX., « *Sociologie de l'action collective et de l'hôpital – UE8* », cours à l'EHESP filière Directeurs des soins, janvier-février 2019

Liste des annexes


- 1- Fiche métier Cadre soignant de pôle – Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière
- 2- Grille d'entretien individuel Cadre Paramédical Coordonnateur de Pôle
- 3- Grille d'entretien individuel Directeur des Soins



LE RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Cadre soignant de pôle

Famille : SOINS
Sous-famille : Management des organisations des soins
Code métier : 05U10

▶ Information générale

Définition :

- Planifier, organiser et coordonner les soins / les activités du pôle
- Contribuer à la gestion médico-économique au sein du pôle
- Décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle en développant la démarche qualité en relation avec le chef de pôle
- Collaborer au pilotage stratégique du pôle
- Manager l'équipe d'encadrement de proximité.
- Mettre en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes.

Autres appellations :

- Cadre de santé de secteur de soins
- Cadre supérieur de santé
- Responsable paramédical de pôle
- Cadre responsable paramédical de pôle
- Cadre paramédical de pôle

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

- Diplôme de cadre de santé et un exercice de 4 ans en qualité de cadre de santé

▶ Activités

- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et mise en place de l'organisation des services, dans son domaine d'activité
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Planification de la réalisation du projet et/ou étude et/ou produit et des ressources
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting

▶ Savoir-Faire

- Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Argumenter, influencer et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs (interne et/ou externe), dans son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles

- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Traduire les orientations, plans d'actions et moyens de réalisation en activités quotidiennes.

► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances opérationnelles
Conduite de projet	Connaissances opérationnelles
Droit de la fonction publique	Connaissances générales
Encadrement de personnel	Connaissances approfondies
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances générales
Gestion des ressources humaines	Connaissances approfondies
Management	Connaissances opérationnelles
Qualité	Connaissances approfondies
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances approfondies

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Corps médical pour l'élaboration du projet et de la gestion du pôle
 équipe de direction pour la gestion et le suivi des projets
 services logistiques pour les achats de matériels
 fournisseurs pour la veille sur les nouveaux matériels
 réseaux pour la gestion des flux d'activités ou de patients
 centres de formation pour la planification des stages, ou l'organisation de formations
 service de formation continue pour le plan de formation

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales,
 Diplôme de cadre de santé
 Diplôme d'état de sage-femme pour les pôles concernés

Correspondances statutaires éventuelles :

Corps des cadres de santé paramédicale (cadre supérieur)

Passerelles :

Formateur des professionnels de santé

Annexe 2

Entretien individuel CPCP n° :

Date de réalisation :

Heure de début :

Heure de fin :

Introduction et présentation de l'enquête :

« Bonjour je suis élève Directeur des soins actuellement en formation à l'EHESP.

Dans la cadre de cette formation, il est attendu la réalisation d'un mémoire professionnel autour d'un thème en lien avec la future fonction de Directeur des soins.

J'ai fait le choix de m'intéresser au positionnement du cadre paramédical coordonnateur de pôle entre Direction de soins et pôles d'activités médicales et en particulier sur les relations professionnelles qui sont les siennes entre ces 2 appartenances.

Aussi pour mener à bien ce travail d'enquête, j'ai besoin de votre regard et de votre vécu afin d'apprécier votre ressenti en lien avec le sujet choisi.

Afin de favoriser l'exploitation de notre rencontre, et si vous en êtes d'accord, j'enregistre cet entretien et je m'engage à ce que tout ce qui sera dit ici reste anonyme et confidentiel.

Vous pouvez bien entendu interrompre cet enregistrement à tout moment si vous le souhaitez. »

1- Afin de mieux vous connaître :

- a) **Depuis combien de temps êtes-vous cadre paramédical coordonnateur de pôle (CPCP) ?**
- b) **Avez-vous changé une ou plusieurs fois de pôle depuis que vous êtes CPCP ?**
 - Si oui, combien de fois ?
Et pour quelles raisons ?
 - Si non, pourquoi ?

2- Pouvez-vous m'expliquer votre fonction aujourd'hui, vos missions ?

3- Que pouvez-vous me dire du positionnement attendu de votre fonction par :

- **Le médecin chef de pôle ?**
- **La direction des soins ?**

4- Comment envisagez-vous votre collaboration avec le médecin chef de votre PAM ?

5- De quel type de relation s'agit-il selon vous ?

Pouvez-vous me citer 3 mots pour illustrer cette relation ?

1)

2)

3)

6- Pouvez-vous me dire qui est votre supérieur hiérarchique ?

Pouvez-vous me citer 3 mots pour définir votre relation avec votre N+1 ?

1)

2)

3)

7- Jusqu'où va votre niveau de délégation au sein du pôle ?

8- Vous sentez vous reconnu(e) dans votre fonction de CPCP ?

9- Si vous deviez définir le rôle de CPCP au quotidien dans l'organisation hospitalière, entre direction des soins et collaboration médicale, comment le décririez-vous/qualifieriez-vous ?

Et pourquoi ?

10- Avez-vous déjà vécu une ou plusieurs situations de désaccord (projets, décisions...) entre le médecin chef de pôle et la direction ?

Si oui comment avez-vous géré cela ?

11- Quand les demandes de la direction des soins et de votre médecin chef de pôle sont différentes, que faites-vous ?

Sur quels éléments vous appuyez-vous pour agir ?

Agissez-vous toujours de la même façon ?

12- Vous sentez vous parfois en instabilité, tiraillé, voire en difficultés entre les demandes de votre directeur des soins et votre médecin chef de pôle ?

Comment gérez-vous cette instabilité/difficulté ?

13- Comment vous sentez-vous aujourd'hui dans votre fonction de CPCP ?

Comment qualifieriez-vous votre qualité de vie au travail ?

14- C'est quoi pour vous trouver du sens dans votre travail ?

15- Selon vous, qui ou qu'est-ce qui doit vous permettre de trouver du sens dans votre travail au quotidien ?

16- Qu'attendez-vous de votre directeur des soins dans votre accompagnement et dans votre positionnement dans votre fonction de CPCP ?

17- Si je vous dis loyauté institutionnelle, qu'est-ce que cela vous renvoie et qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Annexe 3

Entretien individuel DS n° :

Date de réalisation :

Heure de début :

Heure de fin :

Introduction et présentation de l'enquête :

« Bonjour je suis élève Directeur des soins actuellement en formation à l'EHESP.

Dans la cadre de cette formation, il est attendu la réalisation d'un mémoire professionnel autour d'un thème en lien avec la future fonction de Directeur des soins.

J'ai fait le choix de m'intéresser au positionnement du cadre paramédical coordonnateur de pôle entre Direction de soins et pôles d'activités médicales et en particulier sur les relations professionnelles qui sont les siennes entre ces 2 appartenances.

Aussi pour mener à bien ce travail d'enquête, j'ai besoin de votre regard et de votre vécu afin d'apprécier votre ressenti en lien avec le sujet choisi.

Afin de favoriser l'exploitation de notre rencontre, et si vous en êtes d'accord, j'enregistre cet entretien et je m'engage à ce que tout ce qui sera dit ici reste anonyme et confidentiel.

Vous pouvez bien entendu interrompre cet enregistrement à tout moment si vous le souhaitez. »

Afin de mieux vous connaître :

- 1- Depuis combien de temps êtes-vous directeur des soins (DS) ?**
- 2- Pouvez-vous m'expliquer votre fonction aujourd'hui, vos missions ?**
- 3- Que pouvez-vous me dire du positionnement attendu de votre fonction par :**
 - a. Les médecins chefs de pôle ?**
 - b. Les cadres paramédicaux coordonnateurs de pôles ?**
- 4- Comment envisagez-vous votre collaboration avec les médecins chefs de PAM de l'établissement ?**
- 5- De quel type de relation s'agit-il selon vous ?**

Pouvez-vous me citer 3 mots pour illustrer cette relation ?

- 1)
- 2)
- 3)

6- Pouvez-vous me citer 3 mots pour définir votre relation avec les CPCP ?

1)

2)

3)

7- Jusqu'où va votre niveau de délégation des CPCP au sein des pôles ?

8- Pensez-vous que les CPCP se sentent vous reconnus(es) dans leur fonction de CPCP ?

9- Si vous deviez définir le rôle de CPCP au quotidien dans l'organisation hospitalière, entre direction des soins et collaboration médicale, comment le décririez-vous/qualifieriez-vous ?

Et pourquoi ?

10- Avez-vous déjà vécu une ou plusieurs situations de désaccord (projets, décisions...) avec un médecin chef de pôle ?

Si oui comment avez-vous géré cela ?

Quelles incidences cela a-t-il eu sur les CPCP selon vous ?

11- Pensez-vous qu'ils puissent parfois être en instabilité, tiraillé, voire en difficultés entre vos demandes et celles du médecin chef de pôle ?

Comment pensez-vous qu'ils gèrent cette instabilité/difficulté ?

12- Que pourriez-vous me dire que la qualité de vie au travail des CPCP de votre établissement ?

13- C'est quoi pour vous faire que les CPCP trouvent du sens dans leur travail ?

14- Selon vous, qui ou qu'est-ce qui doit leur permettre de trouver du sens dans leur travail au quotidien ?

15- Que faites-vous comme accompagnement et quel positionnement adoptez-vous en tant que DS vis-à-vis des CPCP ?

16- Pouvez-vous me donner 3 mots pour définir votre positionnement managérial vis-à-vis des CPCP ?

1)

2)

3)

17- Si je vous dis loyauté institutionnelle, qu'est-ce que cela vous renvoie et qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

18- Pensez-vous que les CPCP puissent parfois être victimes de conflit de valeurs ou de loyauté ?

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Thomas Pesquet 2019

**Entre Direction des Soins et Pôle d'Activité Médicale,
le management du Cadre Paramédical Coordonnateur de Pôle
par le Directeur des Soins**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /

Résumé :

L'organisation du travail à l'hôpital est complexe car elle rassemble à la fois une organisation bureaucratique (administrative) et une organisation professionnelle (médicale). Les Pôles d'Activités Médicales (PAM) sont placés sous la responsabilité du médecin chef de pôle, assisté par un Cadre Paramédical Coordonnateur de Pôle (CPCP).

Le CPCP est rattaché hiérarchiquement au Directeur des soins (DS) mais collabore au quotidien en proximité avec les équipes médicales au sein du PAM, il est de ce fait reconnu par tous comme étant un acteur essentiel du bon fonctionnement hospitalier.

La qualité de vie au travail (QVT) est un enjeu majeur pour les établissements de santé. Or le CPCP peut, dans le cadre de l'exercice de sa fonction, être confronté à des conflits de rôles quand il est soumis à des ordres ou des injonctions contradictoires, des dilemmes ou à des situations contraires à son éthique ou ses valeurs, ce qui aura une incidence majeure sur son travail, son implication et son engagement envers l'institution.

Par une enquête de terrain menée au sein de 3 établissements hospitaliers, ce travail confronte le vécu des acteurs concernés avec notre sujet et nous amène à nous questionner pour notre futur exercice professionnel. À l'issue de ce questionnement nous élaborerons des préconisations autour du positionnement et du management du Directeur des soins en vue de servir à la fois notre pratique à venir et (humblement) la profession.

Mots clés :

Directeur des soins – Cadre Paramédical Coordonnateur de Pôle – Dualité d'appartenance – Management – Qualité de vie au travail – Conflit de rôles – Loyauté – Engagement – Reconnaissance

L'École des Hautes Études 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.