



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **Edgar Morin 2021**

Date du Jury : Décembre 2021

Le management des cadres supérieurs de
pôle par le directeur des soins :
**Un management à l'aune de
l'organisation polaire**

Fabienne DAILLER

Remerciements

Je souhaite exprimer tous mes remerciements aux personnes qui m'ont accompagné de près ou de loin dans ce parcours de formation et m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie plus particulièrement :

- Me Cuberes et Me Fraisse qui m'ont accueillie en stage et montré le chemin...
- Me Degrange, notre directeur de mémoire et Me Champion notre tuteur de positionnement pour leur écoute et leurs conseils
- Me Gautier, notre responsable de filière pour sa bienveillance et son accompagnement
- L'équipe pédagogique et administrative de l'EHESP pour la richesse de leur enseignement et leur disponibilité
- Mes collègues de la promotion EDS 2021 Edgar Morin pour leur enthousiasme
- Les différents professionnels interviewés pour leur contribution

A mon mari pour sa patience et son soutien pendant cette année de formation,
A mes enfants Albane, Arnaud et Louis à qui j'essaie continuellement de montrer le chemin...

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

Michel Crozier et Hervé Serieyx

« Manager c'est cultiver la responsabilité chez les autres »

Chester Barnard

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre conceptuel.....	5
1.1 L'hôpital, une organisation complexe.....	5
1.2 La gouvernance par pôle	6
1.2.1 L'instauration des pôles d'activité médicale	6
1.2.2 Les principes de la mise en place des pôles.....	8
1.2.3 L'équipe managériale du pôle	10
1.3 Le directeur des soins et l'organisation polaire	12
1.3.1 Évolution de la fonction managériale du directeur des soins	12
1.3.2 La stratégie managériale du directeur des soins	14
1.3.3 Les objectifs de la stratégie managériale du directeur des soins.....	16
2 Les enseignements du terrain	21
2.1 Méthodologie de l'enquête	21
2.1.1 Choix de l'outil de recueil	21
2.1.2 Profil de la population enquêtée.....	21
2.1.3 Élaboration du questionnaire	23
2.1.4 Limites et points forts de l'enquête.....	23
2.2 Des résultats de l'enquête à l'analyse.....	24
2.2.1 L'organisation polaire perçue comme une gestion de proximité performante par les directeurs des soins	24
2.2.2 Les attentes des directeurs des soins envers les cadres supérieurs de pôle	25
2.2.3 La perception de leur propre fonction par les cadres supérieurs de pôle	26
2.2.4 Une vision commune des cadres supérieurs de pôle et des directeurs des soins de leurs relations de travail.....	29
2.2.5 Des attentes des cadres supérieurs de pôle envers le directeur des soins ...	29
2.2.6 La vision des directeurs des soins : l'organisation en pôle impose un management adapté.....	31

3	Préconisations à mettre en œuvre par le directeur des soins dans le management des cadres supérieurs de pôle.....	35
3.1	Les principes du pôle appliqués au management du directeur des soins.....	35
3.2	Un management privilégiant l'accompagnement	36
3.3	Un management visant la cohérence et la cohésion.....	37
3.4	Le projet médico-soignant et le projet managérial en appui de la cohérence institutionnelle.....	39
3.5	Un management qui favorise la communication :	40
3.6	Le management par et dans la confiance	42
	Conclusion	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

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

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DS : Directeur des Soins

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

Les réformes hospitalières se succèdent depuis de nombreuses années et n'ont de cesse de rythmer et de transformer l'hôpital dans ses modes organisationnels, relationnels et hiérarchiques pour garantir les missions de service public. « *L'hôpital se doit de devenir une organisation performante où l'ensemble des acteurs sont responsabilisés* »¹

La performance comporte trois dimensions complémentaires : la qualité des soins et des prises en charge des patients, les conditions de travail des professionnels, la performance opérationnelle et financière.

Cette quête de performance au cœur des politiques publiques se doit d'être pilotée au sein des établissements de santé dont les schémas organisationnels actuels ont été configurés par la mise en place de la nouvelle gouvernance impulsée par le plan Hôpital 2007 et consacrés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST²).

L'une des mesures phare de la nouvelle gouvernance est l'organisation hospitalière en pôles d'activité médicale instaurée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

La mise en place des pôles d'activité médicale avait pour ambition de décloisonner l'hôpital et de responsabiliser les professionnels au plus près du terrain par le principe de la contractualisation et de la subsidiarité. Parallèlement le déploiement de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement des établissements, en accordant toute son importance au développement de l'activité et à la recherche constante de l'efficience et de l'optimisation des moyens pour viser la recherche de l'équilibre financier.

L'organisation polaire associée à la T2A a inscrit les acteurs hospitaliers dans une approche médico-économique de l'activité et a conduit à une évolution de leurs rôles et de leurs responsabilités.

La création des pôles d'activité médicale en tant que composante structurelle de l'organisation interne de l'hôpital a façonné le management hospitalier actuel de la direction générale jusqu'aux cadres de santé. Elle a fait émerger le rôle majeur du trio de pôle ou quatuor de pôle dans le pilotage des établissements hospitaliers.

Le directeur des soins (DS), membre de l'équipe de direction et du directoire, contribue à la définition de la politique et de la stratégie de l'établissement et garantit le maintien d'une cohérence institutionnelle et managériale. Il est responsable de la structuration de la

¹ Routelous C., L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs, Revue Quaderni n° 82, 2013

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

direction des soins et de celle de l'encadrement, « il contribue dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement »³. Il a pour mission le management des équipes d'encadrement dont il coordonne l'organisation et dont il assure l'animation.

A travers le management des cadres supérieurs de pôle, le directeur des soins promeut et favorise le lien entre les pôles, il assure la cohérence des différents projets de pôle entre eux mais aussi en lien avec le projet de soins, le projet médical et le projet d'établissement dans une logique de décloisonnement favorable à l'atteinte de la performance collective

La réforme structurelle des pôles d'activité médicale initiée par les pouvoirs publics a fait l'objet de plusieurs rapports institutionnels et publications révélant une atteinte partielle des objectifs.

A travers nos lectures mais aussi à travers notre expérience antérieure de cadre supérieur de pôle et nos observations couplées à des entretiens exploratoires lors de notre premier stage, nous émettons les constats suivants :

- « Au niveau de la gouvernance de l'établissement, la structuration polaire a fait tomber certaines barrières entre les équipes médicales et de direction »⁴
- L'organisation polaire a renforcé la diffusion de la culture médico-économique
- La recherche de la performance médico-économique est omniprésente et prime parfois lors de l'élaboration des stratégies au niveau des pôles.
- « Au niveau des équipes polaires, elle a favorisé les échanges d'information réguliers et une meilleure « collaboration entre des mondes souvent opposés ».⁵
« La mise en place des pôles a en effet, partout et au minimum, permis de décloisonner les entités traditionnelles, les services, et les cultures professionnelles. La multiplication des échanges, la meilleure connaissance mutuelle sont toujours soulignées comme les principaux bénéfices de l'organisation polaire. Au-delà, certaines équipes de pôle valorisent la réalisation de projets de soins rendue possible par la dimension ou l'interdisciplinarité du pôle ». ⁶
- Certains auteurs évoquent une « balkanisation » de l'hôpital engendrée par la mise en place des pôles. « Si un décloisonnement était préconisé, la réalité montre des

³ EHESP, Référentiel de compétences des directeurs de soins, Mise à jour 2017

⁴ Zeggar H., Vallet G, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport Inspection générale des affaires sociales, février 2010

⁵ Domy P., L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements, In Nobre T. et Lambert P., Le management de pôles à l'hôpital - Regards croisés, enjeux et défis, Dunod, 2012, pp 27-42.

⁶ Ibid

murs inter-polaires. Le pôle se soucie de son propre fonctionnement plutôt que de la santé globale de l'établissement ».⁷ Au sein de chaque pôle, les acteurs fonctionnent de manière autonome et centrés sur leurs objectifs et leurs projets. Il y a peu de transversalité entre les pôles au sein d'un même établissement en termes de concertation, de communication et de mutualisation des ressources.

- La délégation de gestion n'est pas toujours effective ou parfois restreinte en lien avec des réticences des directions fonctionnelles ou des directions de sites.

Dans ce contexte, le DS de par son positionnement institutionnel et les missions qui lui sont confiées doit garantir un équilibre et une cohérence dans la coordination de sa ligne managériale au-delà des structures organisationnelles existantes à l'hôpital.

Ainsi notre question de départ est :

En quoi la stratégie managériale du directeur des soins peut-elle garantir une articulation entre le fonctionnement polaire et le fonctionnement institutionnel au service de la performance de l'établissement ?

Cette question centrale induit les sous questions suivantes pour nous intéresser plus particulièrement au management des cadres supérieurs de pôle par le directeur des soins :

- *En quoi l'organisation polaire impacte-t-elle l'exercice managérial du DS ?*
- *Quelles attentes ont les DS envers les CSS de pôle ?*
- *La posture managériale du DS correspond-elle aux attentes des CSS de pôle ?*
- *De quels leviers dispose le DS pour renforcer la cohérence managériale au-delà des silos organisationnels que peuvent représenter les pôles pour que le fonctionnement des pôles soit aligné sur le fonctionnement institutionnel ?*

La première partie de notre travail sera consacrée à la présentation du contexte et à l'approche conceptuelle illustrant ce travail de recherche.

La deuxième partie, déclinera les résultats d'une enquête réalisée auprès des cadres supérieurs de pôle et des directeurs de soins pour aboutir à leur analyse afin d'orienter notre réflexion et d'identifier des éléments susceptibles de favoriser un management des

⁷ Michaud S., Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé, Soins Cadres, n° 98, mai 2016, p 27

CSS de pôle adapté à l'organisation par pôle.

Enfin, dans une troisième partie nous proposerons d'exposer des préconisations qui nous semblent pertinentes pour le directeur des soins et qui pourront être transférables dans notre futur exercice professionnel.

1 Cadre conceptuel

1.1 L'hôpital, une organisation complexe

L'hôpital est décrit dans la littérature en sciences de gestion et en sociologie comme un système complexe et cloisonné.

L'hôpital est « *par nature une organisation complexe* »⁸ et même « *un des systèmes les plus complexes de nos sociétés contemporaines* »⁹

Selon Thierry Nobre, cette complexité tient principalement à trois éléments.

Premièrement, « *l'hôpital intègre dans son périmètre une très forte diversité d'activités se matérialisant par des services très différents et finalement très cloisonnés (les services cliniques, médicotechniques, de logistique médicale, logistiques, administratifs), et par une très forte diversité de métiers et de compétences.* »¹⁰

« *Ces activités sont cependant hautement interdépendantes car elles s'inscrivent le plus souvent dans une « trajectoire de maladie » (Strauss, 1992) faisant intervenir tour à tour ou simultanément divers acteurs (médecins, infirmiers, techniciens).*

Deuxièmement, la complexité tient à la coexistence en interne de différents corps professionnels hiérarchisés (personnels médicaux, personnels soignants et personnels administratifs) qui entretiennent des rapports de pouvoir.

*Troisièmement, les hôpitaux doivent affronter de nombreuses situations ou « contingences » imprévues et connaissent d'importantes mutations depuis de nombreuses années. »*¹¹

L'hôpital, défini comme une bureaucratie professionnelle par H. Mintzberg, est donc une organisation où se côtoient en permanence et parfois se confrontent la logique rationnelle et formelle de l'administration incarnée par la direction et la logique professionnelle du centre opérationnel prépondérant portée par les personnels médicaux et paramédicaux qui assurent l'activité constitutive de l'organisation.

Dans le modèle bureaucratie professionnelle « le pouvoir de la compétence donne une grande autonomie aux acteurs, mais ne met pas l'accent sur la coordination des activités,

⁸ De Kerrvasdoue J., L'Hôpital, Que sais-je ?, 2015, p 5

⁹ Glouberman S., Mintzberg H., Managing the care of health and the cure of disease, Health Care Management Review, Vol 26, n°1, 2001 p 58

¹⁰ Nobre T., Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche action : le cas du changement à l'hôpital, Finance Contrôle Stratégie, volume 9 (4), décembre 2006, pp 143-168

¹¹ Havard, C., L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? @GRH, vol. 16, no. 3, 2015, pp. 91-125

dans une logique de spécialité et de séparation des activités régie par l'application des procédures (...) Ce modèle organisationnel est soumis à des changements de l'environnement incompatibles avec son fonctionnement : recherche de performance et contraintes économiques, impératifs de qualité et de services, rationalisation des processus, nécessité de coordonner les processus entre les acteurs de même sphère (médico-soignants) ou inter-sphères (soignants/administration), fréquence accrue d'aléas et de situations d'urgence .»¹²

« L'ensemble de ces changements appelle donc une nouvelle forme d'organisation, tournée vers la coopération, le partage des ressources, et l'intérêt du patient : cette forme d'organisation repose sur une logique d'intégration, ou. les directions doivent piloter les décisions stratégiques et déléguer au plus près du terrain les activités ».¹³

1.2 La gouvernance par pôle

La réforme polaire représente une avancée significative dans l'évolution des organisations hospitalières. « *Cette réorganisation poursuit notamment l'objectif de rapprochement de la logique de gestion portée par les directions et la logique clinique portée par les médecins, au cœur de l'activité médicale* »¹⁴

1.2.1 L'instauration des pôles d'activité médicale

Le Plan hôpital 2007 a été lancé en novembre 2002, il vise à moderniser les structures hospitalières pour parvenir à un système de santé fondé sur la confiance et la responsabilité partagée et à réduire l'augmentation des dépenses de santé qui ne cessent de croître depuis plusieurs décennies.

Selon Jean-François Mattei « *moderniser l'hôpital, c'est également instaurer une culture de résultats et de qualité* »¹⁵.

¹² Fray, A M., Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, Management & Avenir, vol. 28, no. 8, 2009, pp. 142-159.

¹³ Ibid

¹⁴ Laude L., Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français, In Louazel M., Mourier A., Ollivier E., Roland O., Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2018, p 170

¹⁵ Déclaration de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur les grandes lignes du plan hôpital 2007, Paris le 20 novembre 2002

Le Plan hôpital 2007 est composé de quatre réformes complémentaires qui configurent encore aujourd'hui l'organisation interne de l'hôpital et le management des établissements de santé.

- la tarification à l'activité et l'état prévisionnel des recettes et des dépenses sont mis en place afin d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs et de responsabiliser les acteurs
- le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération est mis en œuvre avec une volonté de simplification de la planification hospitalière et de développement de l'offre de soins
- la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles sont dans la continuité d'un long processus ambitieux et complexe visant à évaluer et à développer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé
- la nouvelle gouvernance simplifie l'organisation interne afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficacité de l'établissement.

La réforme de la nouvelle gouvernance modifie l'organisation interne de l'hôpital et poursuit trois objectifs : *« arriver à un pilotage associant les professionnels de santé, tant administratifs que praticiens, à la gestion de l'établissement comme à la mise en œuvre de ses orientations stratégiques afin de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital; accroître l'efficacité; généraliser la contractualisation interne »*¹⁶

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé instaure les pôles d'activité médicale qui doivent permettre le décroisement de l'hôpital. Elle recentre le conseil d'administration sur ses missions stratégiques d'évaluation et de contrôle, crée un conseil exécutif composé de médecins et d'administratifs.

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST¹⁷) conforte définitivement le regroupement des services au sein de pôles d'activités cliniques et médico-techniques et apporte quelques modifications à l'ordonnance précédente.

Selon l'article L. 6146-1 du code de la santé publique (CSP) *« pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne »* et *« le directeur d'établissement définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche. »* Elle modifie la gouvernance en supprimant le conseil exécutif et le conseil

¹⁶ Bréhat PH., Rymer R., Grenouilleau MC., Jourdain A., *Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007*, Santé publique 2008, volume 20, n° 6, pp. 611-621

¹⁷ Op. Cit, p 1

d'administration auxquels se substituent respectivement le directoire et le conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion et sa santé financière. Il délibère sur l'organisation des pôles d'activité et des structures internes.

Le directoire est une instance collégiale à majorité médicale, présidé par le chef d'établissement et dont le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) est le vice-président. Il approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé portant création des Groupements Hospitaliers de Territoire¹⁸ n'a pas remis en cause la place du pôle dans l'organisation hospitalière et l'a même renforcée en instaurant la possibilité de création de pôles inter-établissement.

Le pôle d'activité clinique et médicotechnique constitue donc le support de l'organisation interne de l'établissement et se doit d'être force de proposition et lieu de mise en œuvre de la stratégie médicale définie dans le projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire.

1.2.2 Les principes de la mise en place des pôles

« C'est une logique de simplification et de déconcentration qui a présidé à la création des pôles, sur la base d'une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité et de délégation de gestion »¹⁹

La construction des pôles s'établit par le regroupement de services choisis avec des activités de soins communes ou complémentaires à l'initiative des établissements. Le pôle devient ainsi une entité fédératrice tout en conservant les services comme unité organisationnelle de référence notamment sur le plan médical. Il instaure un nouvel espace de management en décloisonnant l'hôpital entre les services et spécialités médicales et entre les équipes médicales, soignantes et administratives.

L'organisation polaire s'appuie sur deux principes : celui de la subsidiarité et du pilotage médico-économique. Le principe de subsidiarité est de *« faire descendre la prise de décision au plus près de l'activité, afin de prendre des décisions justes et réactives, avec*

¹⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁹ Anatole-Touzet V., Gloaguen E., , Management des pôles : une nouvelle place pour les cadres : Dans le processus de décision stratégique et opérationnel, In Nobre T et Lambert P (Dir)., Le management de pôles à l'hôpital , Dunod, 2012, pp. 145-162

*une meilleure adéquation des objectifs et des moyens, en rapprochant les logiques administratives et soignantes ».*²⁰

Cette configuration permet de passer d'une structure pyramidale caractérisée par un centre décisionnel éloigné des activités à une structure dont le centre de décision se situe au plus près du terrain.

La décentralisation responsabilise les acteurs de terrain et la délégation de gestion les implique dans le pilotage médico-économique du pôle.

La délégation de gestion aux pôles est notamment orchestrée par la contractualisation entre la direction et les pôles qui introduit non seulement une culture de moyens et de résultats mais impose une logique d'objectifs et de résultats.

L'article L6146-9 du CSP précise que *« le contrat de pôle signé entre le directeur d'établissement et le chef de pôle détermine les objectifs du pôle et les moyens accordés et fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation des objectifs. Il permet d'élaborer le projet de pôle qui définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes du pôle et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent .»*

Dans une logique de gestion de proximité, la mutualisation des ressources peut être mise en œuvre par une meilleure adéquation des ressources aux activités au niveau des pôles. Au-delà de l'efficacité économique, l'organisation polaire permet de favoriser la coordination et la collaboration indispensables à la conduite des projets, l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des prises en charge afin de donner plus de fluidité et de sécurité à la trajectoire du patient. *« In fine, l'objectif visé est l'amélioration, tant en termes d'efficacité que d'efficience, de la performance globale de l'organisation .»*²¹

Le management des pôles est assuré par un « trio de pôle » qui inscrit chacun de ses membres dans une démarche collaborative et à qui il appartient d'impulser une dynamique de pôle et de mettre en œuvre les objectifs définis dans le contrat de pôle avec les équipes. Il s'agit pour chacun de s'engager mutuellement, de construire une vision et une culture commune de pôle, de fédérer et mobiliser les différents acteurs de santé du pôle (soignants et médecins) vers des buts communs.

²⁰ Vallejo J., Sampieri-Teissier N., Baret C., La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision 6ème congrès de L'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS) " L'impact de la recherche en management des organisations de santé " Cité Internationale Universitaire, Paris, 25 Mai 2018

²¹ Louazel M., La gouvernance interne et les pôles d'activité en établissement de santé. Revue juridique de l'Ouest, N° Spécial 2015. 20 ans de législation sanitaire. Bilan et perspectives. Colloque organisé par l'Association des Etudiants en Droit de la Santé (AEDS) pour les 20 ans du Master "Droit, Santé, Ethique" (1994-2014) pp. 47-58

1.2.3 L'équipe managériale du pôle

- **Le médecin chef de pôle**

Chaque pôle d'activité médicale est sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle qui est nommé par le directeur d'établissement sur proposition du président de la CME (et du directeur de l'UFR de médecine dans les CHU).

Son rôle est défini dans les articles L 6146-1 à 6146-3 du CSP : « *Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-techniques met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au chef d'établissement .»*

Investi d'une autorité déconcentrée, le médecin chef de pôle exerce des fonctions de gestionnaire inhérentes à la délégation de responsabilités de gestion et au pilotage médico-économique du pôle mais également des fonctions de manager avec la gestion des équipes et des projets. Comme le souligne l'article L 6149-1 du CSP « *le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle* ».

Il s'entoure dans l'exercice de ses responsabilités d'un cadre paramédical pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences et d'un cadre administratif afin de constituer le trio de pôle. Dans de nombreux établissements, il est accompagné d'un directeur référent de pôle qui assure l'interface avec la politique générale de l'établissement et le pôle.

- **Le Cadre supérieur de santé de pôle collaborateur du chef de pôle**

La création des pôles s'est accompagnée au niveau de la ligne managériale de l'encadrement soignant de l'apparition d'un nouvel exercice : Le cadre paramédical de pôle. Cette fonction est le plus souvent occupée par un cadre supérieur de santé, cela permet à la filière soignante de garder les mêmes repères de statut et de positionnement hiérarchique.

Ce constat explique que dans le cadre de notre mémoire, notre enquête a été réalisée exclusivement auprès de cadres supérieurs de pôle.

Le CSS de pôle est sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et sous l'autorité de la direction des soins dans la hiérarchie soignante, ce qui lui confère une double appartenance

et une double responsabilité; celle de contribuer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle et celle de décliner le projet de soins institutionnel au sein du pôle. Force est de constater que l'entité pôle lui confère une place majeure dans l'organisation hospitalière, il assure en complémentarité avec le chef de pôle et le cadre administratif de pôle la gestion, l'animation et la concertation au sein du pôle.

Au cœur du dispositif polaire, le cadre paramédical de pôle est un acteur légitimé par l'institution et la législation, le décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière précise qu'il exerce « *des fonctions de collaborateur de chef de pôle* .»²²

Il est pleinement investi dans le management, la coordination et la gestion interne du pôle. Il assure en permanence « *la recherche d'organisations plus efficaces, le maintien de l'activité, la gestion de la pénurie pour concilier les programmes qualité et la culture du résultat [...] Son positionnement dans un rôle d'arbitrage est en conséquence indispensable pour lutter contre le cloisonnement des unités et minimiser les conflits d'intérêts ou de territoire* ». ²³

Une véritable acculturation à la logique gestionnaire s'impose à lui afin d'assurer la gestion des ressources humaines, de contribuer au pilotage médico-économique du pôle et d'exercer ses fonctions à l'intersection du stratégique et de l'opérationnel avec les différents acteurs du pôle et la direction. Il favorise et développe des relations directes entre les unités du pôle pour faciliter le décroisement dans un objectif de mutualisation, de collaboration et d'harmonisation des pratiques. Il a un rôle fédérateur et d'accompagnement des projets au sein du pôle dans une recherche constante d'efficacité et d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins.

« *Le cadre paramédical de pôle est responsable du management de l'équipe d'encadrement de proximité et met en place une politique de communication dans un objectif de cohérence des organisations et de cohésion des équipes* »²⁴. Son rôle est majeur dans le management et l'animation de l'équipe d'encadrement du pôle en effet, « *le cadre a besoin d'être accompagné, soutenu, de trouver des points d'ancrage, des repères professionnels clairs, porteurs de sens et de valeurs (...) le management du cadre de pôle doit ainsi s'orienter prioritairement pour donner une place soutenue, valorisée aux cadres dans l'organisation, dans leur exercice.* »²⁵ L'exercice des cadres de santé en proximité des équipes étant essentiel pour assurer la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent des compétences du personnel soignant au sein des unités de soins.

²² Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

²³ Coulaud M., Cadre paramédical de pôle : déjà plus de 10 ans, défi relevé ! Soins Cadres, n°98, mai 2016, p 40-43

²⁴ Fiche métier Cadre soignant de pôle, FPH, 2009

²⁵ Ibid

1.3 Le directeur des soins et l'organisation polaire

1.3.1 Évolution de la fonction managériale du directeur des soins

L'intégration de l'organisation polaire dans la gouvernance interne des établissements a modifié la répartition des pouvoirs, les processus de décisions, les lignes hiérarchiques et les rapports entre les professionnels au sein des établissements.

Elle a fait évoluer le rôle et le positionnement des directeurs des soins en impactant leur champ d'activité et en modifiant la ligne managériale soignante.

Le DS dispose règlementairement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé et assume l'entière responsabilité du schéma d'organisation de l'encadrement paramédical des pôles et de sa mise en œuvre dans le cadre du projet d'établissement.

Il est responsable de la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il « *organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement, sous la responsabilité du chef d'établissement* ». ²⁶

L'introduction d'un cadre supérieur de pôle dans la ligne managériale soignante de la direction des soins place ce dernier comme un maillon essentiel et incontournable pour assurer en proximité la gestion interne des pôles. Le CSS de pôle se retrouve en position de responsabilité, ce qui lui octroie des marges de manœuvre et d'autonomie.

Il est le lien de la direction des soins au sein de l'exécutif polaire et le relais managérial au sein du pôle. Dans ce cadre il anime et supervise l'équipe d'encadrement et veille à la continuité de l'encadrement. Il est garant de la mise en œuvre du projet de soins et le relais de l'information auprès de l'encadrement du pôle. Ainsi il traduit les orientations institutionnelles et plus particulièrement celles de la direction des soins en plans d'actions. Dans le cadre de cette décentralisation, les DS « *s'inscrivent moins dans la proximité de gestion des pôles* » ²⁷ et ils s'appuient sur les CSS de pôle pour diffuser leur politique managériale au sein des pôles. Cela implique une forte coordination de l'équipe de CSS de pôle et la définition d'une politique managériale fondée sur la transversalité et le maintien d'une cohérence. Il s'agit pour le DS de structurer la collaboration avec l'encadrement et

²⁶ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

²⁷ Estric F., Organisation polaire et direction des soins, retour sur les faits marquants, Soins Cadres n°98, mai 2016, p 28-30

d'établir des normes de fonctionnement pour établir une dynamique collective et une cohésion de sa ligne managériale. « *L'ajustement mutuel défini comme une communication flexible entre pairs doit permettre aux acteurs de faire face aux imprévus de manière collaborative en dehors d'une coordination hiérarchique* ». ²⁸

Le DS doit être fédérateur et mobilisateur de l'encadrement au-delà du cloisonnement des services et des pôles d'activités médicales afin de partager et d'harmoniser les pratiques managériales en adéquation avec les attentes institutionnelles, de recentrer les missions sur des objectifs transversaux et de favoriser la co-construction.

Il joue un rôle d'accompagnement, de conseil et d'expertise organisationnelle et se situe dès lors en appui méthodologique auprès des CSS de pôle.

Le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, positionne le DS comme membre de l'équipe de direction et membre de droit du directoire en tant que président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). « *A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* ». ²⁹

Ces dispositions positionnent le DS dans un rôle stratégique au sein de l'établissement et dans la mise en œuvre des réformes engagées. Il collabore à la chaîne décisionnelle interne et contribue à la cohérence institutionnelle de l'établissement par la déclinaison et le suivi des décisions.

En tant que leader et plus particulièrement en tant que « *leader de la politique de soins paramédicale* » ³⁰, il décide et influence les choix stratégiques d'organisation des soins et des activités paramédicales. Il définit la politique de soins, partage sa vision qui repose sur les valeurs qu'il incarne pour donner du sens aux actions de l'ensemble des professionnels de santé dont la finalité est la qualité des prises en charge des patients et la qualité des soins dispensés.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est la formalisation de la politique que la direction des soins incarne et qui lui permet « *d'agir en toute transversalité* » ³¹. De plus en plus fréquemment les établissements privilégient la définition

²⁸ Havard, C., L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? @GRH, vol. 16, no. 3, 2015, p 91-125

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

³⁰ Vallet JC., Le positionnement du directeur des soins dans l'équipe de direction, Cours EHESP du 21 mars 2021

³¹ Estric F .,Op.cit p 12

et la déclinaison d'un projet médico-soignant en faveur d'une coordination et d'une cohérence des logiques médicales et soignantes.

La CSIRMT, présidée par le DS, associe les professionnels du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement. C'est un espace de réflexion et de partage où l'ensemble des professionnels paramédicaux de l'hôpital peuvent s'impliquer dans la recherche et l'innovation et le développement de la qualité de la prise en charge des patients dans les établissements. Elle permet de favoriser les échanges et les groupes de travail en faveur de l'amélioration de la qualité et des organisations de travail et de l'innovation paramédicale et managériale.

Ainsi pour le DS « *le pilotage de projets transversaux et structurants devient une mission princeps dans le cadre de cette organisation polaire. Ce pilotage donne corps et légitimité à la politique de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique mise en œuvre en cohérence avec les orientations stratégiques du projet d'établissement* ». ³²

1.3.2 La stratégie managériale du directeur des soins

Nous retiendrons la définition du management que donne Peter Drucker, il consiste en « *une activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement* ». ³³

Selon son référentiel de compétence le DS assure le management de l'encadrement dont le but commun est la « *Co-construction d'une cohésion de l'ensemble de l'encadrement institutionnel en suscitant une dynamique d'engagement des équipes dans leurs missions institutionnelles (soins, formation) en s'appuyant sur une démarche pluri professionnelle au service de la prise en charge du patient* » ³⁴

Dans son rôle de manager, le DS occupe plusieurs rôles qui ont été largement décrit par Mintzberg et s'appliquent encore aujourd'hui. Il a établi un modèle du manager qui tient dix rôles essentiels et indissociables et les a structurés autour de trois grandes catégories constituant ainsi l'autorité formelle et le statut d'un manager :

- « *Trois rôles interpersonnels :*
- *le symbole : il a le devoir de représenter son organisation dans toutes les organisations formelles*

³² Estric F., Op.cit, p 13

³³ Drucker P., Devenez Manager, Librairie Eyrolles 2006, 352 pages

³⁴ Op.cit, p 2

- *agent de liaison* : son statut lui permet d'interagir avec des pairs et des personnes extérieures à l'organisation pour obtenir des faveurs et des informations
- *leader* : il définit les relations du cadre avec ses subordonnées
- *Trois rôles liés à l'information* :
 - *observateur actif* : il recherche des informations qui lui permettent de comprendre son organisation
 - *diffuseur d'information* : il transmet des informations à son organisation,
 - *porte-parole* : il communique à l'extérieur sur son organisation

Son statut et son autorité le placent à un point central du système par lequel sont élaborés les décisions stratégiques . Dans ce domaine, on peut identifier quatre rôles :

- *Quatre rôles décisionnels* :
 - *entrepreneur*, :il prend les initiatives de changements
 - *régulateur* : il monte en première ligne quand son organisation est menacée
 - *répartiteur de ressources* : il supervise le système par le biais duquel les ressources sont réparties
 - *négociateur* : il traite des situations dans lesquelles il se sent obligé d'entamer des négociations au nom de son organisation » ³⁵

Afin d'assumer tous ces rôles, le DS s'applique à définir sa stratégie pour manager l'équipe d'encadrement supérieur en effet « *une équipe est d'autant plus efficace qu'elle dispose d'une vision claire des actions qu'elle a à conduire et du sens que revêtent ces actions en s'inscrivant dans un cadre général.*»³⁶

Le terme stratégie est dérivé de la fonction de stratège qui étymologiquement est « celui qui conduit l'armée » dans la Grèce antique. Par extension c'est un « *ensemble d'actions coordonnées, d'opérations habiles, de manœuvres en vue d'atteindre un but précis* » (Dictionnaire Larousse) ; ainsi la stratégie renvoie à l'action de conduire ou de guider.

Il s'agit pour le DS dans ses missions de management des équipes d'encadrement et de gestion des projets, de donner du sens à l'action, de déterminer les objectifs à atteindre, d'organiser le travail, d'animer et de communiquer, d'évaluer l'efficacité et de développer les compétences de ses collaborateurs.

La notion de stratégie renvoie à la notion de planification. « *La planification désigne une tentative de prévision et un effort de rationalisation de l'action vers un objectif, le mot*

³⁵ Mintzberg H., Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre, 2^{ème} édition, Éditions d'organisation, Eyrolles, 2010

³⁶ Prat L et Prat Y., Apprendre à manager une équipe, Collection 100 questions pour comprendre et agir, Editions Afnor , 2019, 154 pages

« *management* » recouvre l'ensemble des actes que doivent produire des responsables pour que les choses fonctionnent. »³⁷

L'hôpital est une organisation complexe soumise à de nombreux changements et de nombreuses contraintes et turbulences comme en témoigne la crise sanitaire qui l'impacte depuis de nombreux mois.

Il est donc essentiel pour le DS de veiller à l'ajustement de sa stratégie managériale en fonction des situations afin de pouvoir agir et ainsi de permettre à l'ensemble des acteurs d'agir à leur tour pour que l'organisation continue à fonctionner et à remplir ses missions .

« *L'action est stratégie. Le mot stratégie ne désigne pas un programme déterminé qu'il suffit d'appliquer ne variatur dans le temps. La stratégie permet, à partir d'une décision initiale d'envisager un certain nombre de scénarios qui pourront être modifiés selon les informations qui vont arriver en cours d'action et selon les aléas qui vont survenir et perturber l'action* ». ³⁸

1.3.3 Les objectifs de la stratégie managériale du directeur des soins

- **L'articulation**

Le DS en tant que membre de la direction est garant du « *lien institutionnel qui doit fédérer l'ensemble des composantes hospitalières, à savoir la mission première des établissements hospitaliers (la prévention, l'enseignement universitaire, la recherche, la qualité des soins et la sécurité), ce « ciment symbolique » dont parle Strauss.* »³⁹

Si les pôles reposent sur la délégation de gestion et de la contractualisation interne qui confèrent aux acteurs de l'exécutif du pôle une part d'autonomie et de marge de manœuvre au sein du pôle, pour autant ils se situent au sein d'un établissement public de santé qui demeure l'entité juridique qui répond des missions de service public, qui s'engage sur un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et qui est responsable de la qualité et de la sécurité des soins.

Comme nous l'avons décrit précédemment le pôle est un élément de la structure organisationnelle de l'établissement, c'est le lieu de pilotage opérationnel des activités et un échelon de déclinaison de la politique institutionnelle qui doivent s'inscrire dans la politique de l'établissement. Si la transversalité des logiques d'actions (médicales ; soignante et administratives) semblent exister au niveau des pôles, il s'agit d'opérer une

³⁷ Genelot D., 2017, Manager dans (et avec) la complexité. Eyrolles p 298 pages

³⁸ Morin E., Introduction à la pensée complexe, Collection Points Essai. Edition Seuil, 2005, 158 pages

³⁹ Havard C., L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? @GRH, vol. 16, no. 3, 2015, p. 91-125

articulation inter polaire qui vise à établir une logique et une cohérence au niveau de l'établissement en effet, « *le pôle n'est pas une fin en soi, l'enjeu est l'inter polaire.* »⁴⁰

Dans ce contexte il s'agit pour le DS d'assurer un management des CSS de pôle visant à la cohérence institutionnelle et à l'alignement des différentes entités polaires. Il doit pouvoir s'appuyer sur eux pour que les pôles interagissent entre eux, en cohérence avec la finalité de l'établissement. « *Le travail d'articulation passe par une intense communication entre les acteurs. Ceux-ci exercent des « fonctions de médiation, de traduction et de problématisation, d'anticipation et d'organisation, de mise en cohérence et de décision, de contrôle et d'évaluation.* »⁴¹

Pour le DS, les enjeux de l'articulation sont multiples :

- intégrer la dimension systémique
- partager des valeurs communes et des objectifs communs, donner du sens,
- structurer, , simplifier, coordonner, rendre cohérent
- mobiliser l'intelligence collective et collaborative
- répondre aux besoins des usagers
- rendre lisible, permettre la concertation et communiquer
- déployer une vision prospective
- atteindre la performance et l'efficacité
- promouvoir l'innovation

L'articulation entre le management stratégique et le management opérationnel est également essentielle au regard de leur complémentarité et de leur dépendance. En effet, le management opérationnel s'inscrit dans un cadre d'action défini par le management stratégique et ce dernier est lui-même influencé par le management opérationnel.

Ainsi la vision stratégique doit être alignée et cohérente avec sa mise en œuvre afin que les équipes opérationnelles aient suffisamment de repères dans la réalisation de leurs activités pour rester motivées et aller dans le même sens.

« *Un hôpital ne peut être performant - quelle que soit la définition de la performance - que si ses acteurs joignent leurs forces pour atteindre un jeu d'objectifs communs* »⁴²

⁴⁰ LE BORGNE G. Directeur de cabinet à la Direction générale CHU Rennes Table ronde sur la Gouvernance. EHESP 2021

⁴¹ Grosjean M., Lacoste M., Communication et intelligence collective, Le travail à l'hôpital, Paris : Presses Universitaires de France, 1999, p191

⁴² Guisset A-L., Sicotte C., Leclercq PD'Hoore W., Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux, Sciences sociales et santé 2002, 20(2), pp. 65-104

- **Une culture partagée de la performance par les acteurs**

« La performance de l'hôpital est fondée sur l'organisation interne et la capacité du dirigeant à aligner les intérêts à agir autour d'un but commun, en partie imposé et encadré par l'institution, en partie produit par l'adaptation et la mise en contexte de ce but par le dirigeant ». ⁴³ Au sein de l'hôpital organisé en pôle, c'est la culture de la performance qui doit être partagée entre les différents professionnels.

La performance est le résultat ultime de l'ensemble des efforts d'une organisation. En référence à la définition de l'organisation mondiale de la santé, elle s'apprécie selon trois dimensions complémentaires et d'égale importance :

- qualité et sécurité du service rendu aux usagers et à leur entourage ;
- qualité de vie au travail des professionnels ;
- efficacité qui se définit comme la qualité d'un processus permettant de réaliser un objectif avec l'optimisation des moyens engagés.

Selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, « la performance doit encore et surtout répondre à un objectif de qualité du service rendu à chaque usager du système. Cet objectif est à la confluence des points de vue de l'utilisateur, du producteur, du payeur, et du régulateur et constitue leur plus grand dénominateur commun. La valeur mobilisatrice de la qualité pour chacun des acteurs, l'effet levier de cette convergence, permettent de proposer une approche centrée sur le patient et peut constituer le fil rouge de l'évolution du système hospitalier ».

Pour autant, le concept de performance n'est pas toujours compris de la même manière par tout le monde. Pour les acteurs de terrain qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, la notion de performance s'oppose parfois à la qualité des prises en charge à laquelle ils sont très attachés. Ils associent souvent la maîtrise des dépenses à la restriction des moyens et des personnels qui s'impose parfois à eux. De notre expérience, nous avons pu observer de vives réactions du corps médical mais aussi des équipes paramédicales lors de décisions de fermeture de lits, de mutualisation de service et d'optimisation de moyens. Ces décisions sont synonymes de perte d'activité ou du moins représentent un obstacle à l'injonction d'augmentation de l'activité et génèrent l'incompréhension et l'interrogation. Leur opposition est souvent très vive vis à vis de "l'administration" qui porte atteinte à leur "service" et qui remet en cause leurs capacités.

⁴³ Laude L., Gouvernance et organisation interne des hôpitaux publics français, In Louazel M., Mourier A., Ollivier E., Roland O., Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2018, p 170

Nous sommes en présence de deux logiques qui s'affrontent et s'opposent parfois. Le défi est de les concilier et de faire émerger une stratégie claire et partagée. En effet, *« le moteur du changement n'est pas la simple maîtrise de dépenses de santé mais s'inscrit dans une stratégie globale de l'établissement visant à améliorer la qualité des prises en charge, qualité et optimisation des dépenses étant envisagées de façon emboîtée »*.⁴⁴

L'hôpital doit donc aujourd'hui améliorer la qualité de la prise en charge du patient et des conditions de travail des professionnels en maîtrisant les dépenses dans une logique d'objectifs et de résultats. Les acteurs doivent intégrer la qualité dans ses différentes composantes que sont l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès et l'efficience et se fédérer autour de valeurs et d'objectifs communs qui contribuent à l'optimisation de la prise en charge du patient.

Il est donc indispensable d'accompagner les acteurs opérationnels dans les changements que représentent les évolutions organisationnelles. Le pilotage des changements et des projets organisationnels doit intégrer la mise en œuvre d'actions visant à diminuer les barrières sociologiques (comportements, pratiques) pouvant constituer de véritables freins et changer les perceptions génératrices de résistances.

En effet, *« pour que l'organisation hospitalière fonctionne de façon optimale sans les contraintes qui sont les siennes, il faut qu'existent en son sein les principes d'actions partagées qui assurent la cohésion et la cohérence des différents acteurs au sein de l'organisation et permettent de remplir ses objectifs. »*⁴⁵.

⁴⁴ Acker D., Dr Bensadon AC., Legrand P., Membres de l'inspection générale des affaires sociales., Mounier C., Conseillère générale des établissements de santé. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Rapport de l'IGAS., Avril 2012

⁴⁵ Lombrail P., Naiditch M., Baudeau D., Cases C., Cuneo Ph., Qu'appelle-t-on performance hospitalière ? Dossier Solidarité Santé, 2001, 2 ; pp. 3-20

2 Les enseignements du terrain

Afin de confronter les concepts à la réalité, la théorie à la pratique, il nous a semblé primordial d'interroger les professionnels concernés par notre sujet pour connaître leur vision et leur ressenti quant à notre questionnement initial.

2.1 Méthodologie de l'enquête

Au démarrage de notre travail, nous avons réalisé une phase exploratoire en menant des entretiens lors de notre premier stage effectué dans un CHU auprès de deux CSS de pôle, d'une CSS missionnée à la direction des soins qui a antérieurement occupée un poste de CSS de pôle, de la CGS et de deux directeurs référents de pôle. Cette étape nous a permis d'étayer notre réflexion, de préciser nos attentes et de définir un cadre congruent entre les problématiques rencontrées par les professionnels de terrain et notre projet de mémoire.

2.1.1 Choix de l'outil de recueil

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire pour mener notre enquête dans l'objectif de privilégier la réflexion à la spontanéité des réponses qui auraient pu être données lors d'un entretien. Cet outil permet aux personnes d'avoir un temps de réflexion et de recueillir des éléments de réflexion riches. Il évite également l'interprétation lors de la retranscription. Nous pouvons reprocher à ce choix qu'il n'ait pas permis de relancer et de recentrer la personne interrogée en fonction des réponses apportées pour autant les réponses apportées se sont révélées riches et précises.

Les questionnaires ont été transmis par mail après une sollicitation téléphonique de notre part.

2.1.2 Profil de la population enquêtée

Le choix de la population pour notre enquête s'est rapidement imposé à nous au regard de notre thématique qui s'intéresse aux DS et au management des CSS de pôle.

Nous avons interrogé au total 14 personnes :

- 7 Directeurs des Soins dont 5 CGS et 2 DS adjoints au CGS
- 7 Cadres supérieurs de santé de pôle : 6 CSS de filière infirmière et une CSS maïeutique

Nous avons choisi d'interroger 2 CGS et pour chacune d'elle des CSS de pôle qui composent sa ligne managériale afin de confronter les perceptions et points de vue des deux parties dans le même cadre organisationnel avec les mêmes pratiques managériales. Les 2 CGS sont en poste sur leur établissement depuis 3 ans et demi. Les 7 CSS de pôles sont en poste sur leur pôle depuis 2 ans et demi à 7 ans

Interviewés	CHU 1	CHU 2
CGS	1	1
CSS pôle	4	3
Composition ligne managériale		
Nombre DS adjoints	0	1
CSS rattachés à la CGS	2	4
CSS pôle	5	3
Nombre CSS de pôle	9	12
Nombre de CDS	88	140
Nombre de paramédicaux	2000	4600

Nous avons souhaité élargir notre échantillon en interrogeant 5 autres DS afin :

- d'obtenir un échantillon plus important de DS au regard de notre question centrale qui concerne le management du DS
- de ne pas limiter notre recherche aux CHU en interrogeant des DS en poste dans des centres hospitaliers non universitaires

Interviewés	CHU3	CHU 4	CH A	CH B	CH C
DS/ CGS	1 DS adjoint	1 DS adjoint	1CGS	1 CGS	1 CGS
Nombre DS adjoints	3	2	0	0	0
Composition ligne managériale					
Nombre CSS de pôle	19	14	6	7	7
Nombre de CDS	220	110	43	45	42
Nombre de paramédicaux	7000	6500	1680	1300	1700

Tous les établissements choisis sont structurés en pôles d'activité et engagés dans l'organisation polaire. Au sein de chaque établissement, chaque pôle comprend :

- Un chef de pôle
- Un cadre supérieur de pôle
- Un cadre administratif de pôle
- Un directeur référent de pôle

2.1.3 Élaboration du questionnaire

Nous avons élaboré deux questionnaires : un questionnaire à destination des DS et un questionnaire à destination des CSS de pôle.

Chaque questionnaire comprend des questions ouvertes et des questions fermées.

Les questions fermées demandent aux participants d'effectuer un ou plusieurs choix parmi des réponses prédéfinies, tandis que les questions ouvertes demandent aux participants de donner leur réponse en utilisant leurs propres termes.

2.1.4 Limites et points forts de l'enquête

Les limites

- Notre enquête réalisée auprès d'un nombre limité de professionnels et dans un nombre restreint d'établissement ne prétend pas être une recherche exhaustive et scientifique.
- Notre échantillon restreint limite la généralisation et l'interprétation des réponses obtenues.
- La contrainte de gestion du temps à consacrer à ce travail a aussi été un facteur limitant pour solliciter un nombre plus conséquent de CSS de pôle et DS
- Il est nécessaire de prendre en compte une possible subjectivité dans l'élaboration des questionnaires et dans l'analyse du recueil même si nous avons essayé de rester neutre.
- Il faut aussi tenir compte que nous étions en stage comme élève DS dans l'un des CHU enquêté, ce qui a peut-être limité la liberté d'expression des CSS de pôle

Les points forts

- Les personnes sollicitées ont toutes répondu au questionnaire.
- La qualité et la richesse des informations recueillies démontrent combien notre sujet intéresse les professionnels de terrain.
- La possibilité d'avoir un temps de réflexion avant de répondre a été appréciée par l'ensemble des personnes sollicitées.

2.2 Des résultats de l'enquête à l'analyse

2.2.1 L'organisation polaire perçue comme une gestion de proximité performante par les directeurs des soins

Le pôle : une structuration claire et facilitatrice

De manière unanime, les DS considèrent que l'entité pôle représente un niveau de gestion et de management optimal. En effet, le pôle permet :

- d'optimiser et de mutualiser les moyens
- de piloter l'activité
- de développer l'interdisciplinarité
- de faciliter le travail des dossiers
- de faciliter la mise en œuvre des projets et des changements sur le terrain
- de centraliser les informations
- de simplifier les circuits de décisions

L'organisation en pôle permet également de définir des périmètres de gestion clairs qui se situent en proximité des organisations de soins et des professionnels de soins. Elle permet d'identifier et de responsabiliser des acteurs de terrain médicaux, administratifs et soignants qui seront les interlocuteurs privilégiés de la direction.

Un membre de la direction des soins positionné en proximité

Le CSS de pôle, membre de la ligne managériale de la direction des soins, se trouve positionné au sein du trio de pôle, ce qui lui confère un rôle prépondérant dans le pilotage stratégique du pôle et la gestion « au plus proche des activités de soins ».

Ainsi le CSS de pôle représente « un maillon plus qu'essentiel », sur lequel le DS peut s'appuyer pour obtenir des informations issues du terrain et pour avoir un suivi en temps réel de l'activité mais aussi pour faciliter la co-construction de la stratégie de la direction des soins et sa diffusion au niveau des cadres de proximité du pôle.

L'organisation polaire semble bien intégrée dans le fonctionnement de l'hôpital. Les DS la considèrent comme facilitatrice et optimale pour assurer une gestion en proximité au sein des établissements.

Le positionnement d'un CSS membre de sa ligne managériale au sein des pôles est stratégique pour les DS, il représente un véritable relai fonctionnel en termes de management des paramédicaux et d'information sur lequel ils doivent pouvoir s'appuyer.

2.2.2 Les attentes des directeurs des soins envers les cadres supérieurs de pôle

Les rôles du CSS de pôle selon le DS

Les DS considèrent que les CSS de pôle ont à la fois un **rôle stratégique et un rôle opérationnel** de par les missions et les activités qui leurs incombent.

Le **rôle stratégique** se situe au niveau du pilotage du pôle. En tant que membre du trio ou du quatuor managérial du pôle, le CSS de pôle contribue à la politique stratégique du pôle. Il participe activement et en principale responsabilité pour tout ce qui concerne les soins à l'élaboration du projet de pôle, à la contractualisation et aux prises de décisions. Il s'agit pour le CSS de garantir la déclinaison de la politique institutionnelle, du projet de soins et du projet d'établissement au sein du pôle.

Le **rôle opérationnel** se réalise par la gestion des ressources humaines de la filière de soins et l'organisation des activités de soins, en supervision et coordination des cadres de proximité. Il anime et accompagne le collectif de cadres de santé de proximité du pôle dans la conduite des projets et l'accompagnement des équipes aux changements.

Les compétences et qualités des CSS de pôle attendues par les DS

Les DS attendent des CSS de pôle qu'ils combinent des compétences stratégiques, techniques et managériales dans l'exercice de leurs missions.

Le CSS de pôle doit être en capacité de se positionner en leader en influençant les décisions au sein du trio de pôle et « en impulsant sa vision ». Ce positionnement que lui confère le DS détermine intrinsèquement son autorité sur le périmètre du pôle et lui permet d'être légitime et reconnu.

Au sein du pôle, le CSS de pôle dispose d'une autonomie de gestion et d'un véritable « positionnement managérial » qui le responsabilise et l'engage. Une CGS exprime que c'est « facilitant » de manager des CSS « autonomes et responsables » qui influencent et assument les décisions, qui sont forces de proposition dans les réorganisations, qui opèrent pour mettre en œuvre les projets et faire adhérer les équipes au niveau du pôle.

En tant que manager, le CSS de pôle doit faire preuve d'aptitudes relationnelles en termes d'écoute, de négociation, de concertation et doit allier autorité et bienveillance. Son management doit être basé sur la collaboration et la communication afin d'instaurer la transversalité et un climat de confiance pour fédérer les équipes du pôle autour d'une vision commune.

Il doit disposer de compétences techniques comme la réglementation en lien avec la gestion des ressources humaines, la maîtrise des outils de pilotage de l'activité et la conduite de projet pour assurer une gestion efficace du pôle en cohérence avec la politique institutionnelle.

Pour un DS la compétence essentielle du CSS de pôle est « l'intelligence de situation ». De par sa position essentielle au niveau du pôle et également au niveau de la direction des soins, le cadre supérieur de pôle doit être un collaborateur avec « une grande hauteur de vue et une analyse fine des enjeux ».

Tous les DS attendent des CSS de pôle qu'ils fassent preuve de loyauté vis-à-vis de l'institution. Le CSS de pôle fait partie intégrante de la ligne managériale de la direction des soins, dans le cadre de cette structure organisationnelle son engagement et sa responsabilité sont essentiels. Ils doivent assurer le portage des sujets transversaux comme la qualité des soins et le management des soignants et la déclinaison du projet de soins. Une DS considère que le CSS de pôle « doit être loyal à l'institution et à ses valeurs qui doivent être très solidement ancrées », cette loyauté étant la condition indispensable pour établir une relation de confiance.

Les DS confirment le positionnement et les rôles des CSS de pôle énoncés dans notre cadre conceptuel. Les CSS de pôle doivent assurer à la fois un rôle opérationnel et un rôle stratégique au sein du pôle. Au niveau opérationnel, ils sont garants du bon fonctionnement des organisations des activités de soins et du management de l'encadrement et des projets.

Il occupe un rôle stratégique de par leur place au sein de l'exécutif du pôle qui leur permet de contribuer à la stratégie du pôle. Cette place leur confère également une responsabilité ainsi qu'une autonomie au sein du pôle que les DS attendent qu'ils assument pleinement. Ainsi ils doivent mobiliser des capacités managériales et techniques pour exercer leur fonction et se positionner.

Toutefois leurs rôles ne doivent pas être seulement centrés sur le pôle. Les DS comptent sur les CSS de pôle, en tant que membre de la direction des soins, pour diffuser la politique de l'établissement et faire preuve de loyauté institutionnelle.

2.2.3 La perception de leur propre fonction par les cadres supérieurs de pôle

Une fonction « polaire » prédominante

De façon unanime les CSS de pôle situent d'emblée leur fonction centrée sur le pôle. Ils sont responsables du pilotage et de la gestion du pôle au regard des missions décrites dans leur profil de poste.

Ils se qualifient comme le collaborateur du chef de pôle dans le pilotage du pôle et comme membre du trio ou du quatuor de pôle pour atteindre les objectifs du pôle dans une recherche constante d'amélioration de l'activité et de la qualité et d'efficience des organisations paramédicales au sein du pôle.

C'est au sein de ce trio de pôle qu'ils situent leur rôle stratégique par leur participation à l'élaboration du projet de pôle, aux prises de décisions et à l'initiation de différents projets. Les CSS considèrent qu'ils ont un « rôle majeur dans la gestion quotidienne du pôle » et dans la mise en œuvre des projets. Ainsi ils assurent la gestion des personnels paramédicaux qui représente une part importante de leur activité et sont garants de l'organisation et du fonctionnement des services de soins, de la qualité des soins et des prises en charge au niveau du pôle.

Mais aussi une place à l'interface entre la direction et le terrain

Les CSS de pôle confirment faire partie intégrante de la direction des soins à laquelle ils sont hiérarchiquement rattachés sauf la CSS de pôle sage-femme et être fonctionnellement rattachés au chef de pôle. Cette double appartenance n'est pas qualifiée de difficulté par aucun des CSS de pôle mais comme un mode de fonctionnement établi au sein duquel ils ont « leur rôle à jouer ».

Ils évoquent les termes « d'interface », « d'interface active », de « relais », de « conciliateur », « d'interlocuteur », « de place entre le directeur des soins et les équipes médico-soignantes », « grand rôle de mise en musique ».

De par leur appartenance à la direction des soins ils assurent la coordination et l'animation des cadres de santé de leur pôle dont ils sont les « managers directs ». Ils les accompagnent dans la réalisation des projets et la compréhension des enjeux et des contraintes.

De par leur profession initiale, ils estiment apporter leur expertise en termes de connaissance et d'analyse concernant les organisations de soins, les prises en charges des patients. Leur expertise semble être un atout apprécié et qui les légitime au sein du trio de pôle et des équipes médicales. Un CSS estime d'ailleurs « être un maillon dans les prises de décisions pour apporter l'éclairage des problématiques au plus près des patients », un autre CSS se qualifie de « bras armé » de la direction des soins dans son périmètre polaire et dans certains travaux transversaux.

Les CSS de pôle perçoivent bien leur rôle majeur dans la déclinaison du projet de soin au sein du pôle et dans « la mise en œuvre d'une démarche qualité au sein du pôle à la fois pour garantir la qualité de prise en charge et la gestion des risques pour les professionnels ». D'ailleurs pour la totalité des CSS le projet de soins est décliné dans le pôle.

Des difficultés identifiées par les CSS de pôle dans l'exercice de leur fonction

La principale difficulté rapportée par les CSS de pôle est leur positionnement vis-à-vis du chef de pôle et des équipes médicales lors de situation où ils pensent devoir garantir la

qualité et la sécurité des soins et des prises en charge et les conditions de travail des soignants. La confrontation des logiques soignantes et médicales semble encore persister dans plusieurs situations. Un CSS de pôle exprime que « l'arbitrage de décisions qui impactent les soignants et les soins n'est pas toujours facile à porter ».

L'application de décisions institutionnelles et la mise en œuvre de projets institutionnels au sein des pôles sont des difficultés mises en évidence par les CSS de pôle. Ils évoquent le « manque de connaissance de la réalité du terrain » par la direction, « des prises de décisions qui ne sont pas toujours en adéquation » avec les moyens et les besoins du terrain et « des injonctions parfois paradoxales à porter ».

Si le manque de cohérence est évoqué par les CSS pour caractériser le projet d'établissement et les décisions de la direction avec le pôle. A contrario, la notion de cohérence émanant du pôle vis-à-vis de l'institution n'est pas mentionnée par les CSS.

Les CSS évoquent également la difficulté de la mutualisation des personnels entre les services pour faire notamment face à l'absentéisme qui se heurte encore à l'appartenance par service et qui leur demande encore beaucoup de négociation et de persuasion pour mobiliser les professionnels. Cette mutualisation est encore plus complexe « lorsqu'il s'agit de s'entraider entre pôles où la résistance commence au niveau de l'encadrement supérieur ». Il existe aussi un manque de collaboration et de communication entre les pôles perçu par les CSS de pôle comme « dommageable » et parfois « délétère pour assurer la continuité des soins et le parcours patient, la faisabilité des projets ». Un CSS exprime également « qu'il n'y a pas toujours de solidarité entre CSS de pôle » pour gérer certaines situations.

Les CSS de pôle considèrent que leurs missions sont essentiellement centrées sur le pôle. En tant que collaborateur du chef de pôle, ils doivent se consacrer au pilotage et à la gestion effective du pôle.

Ils reconnaissent le DS comme leur supérieur hiérarchique et de par leur appartenance à la ligne managériale de la direction des soins, ils assurent le management de l'équipe d'encadrement et des paramédicaux du pôle.

Ainsi ils estiment occuper une place singulière et centrale avec un rôle d'interface entre la direction et le terrain.

Même s'ils sont légitimés par leur expertise soignante au sein du pôle, ils expriment des difficultés dans l'exercice de leur fonction notamment leur positionnement vis-à-vis du corps médical lors de situations impactant les soignants, un manque de cohérence entre les décisions institutionnelles et la réalité du pôle ainsi qu'un manque de collaboration des pôles entre eux.

2.2.4 Une vision commune des cadres supérieurs de pôle et des directeurs des soins de leurs relations de travail

De manière unanime les DS et les CSS de pôle considèrent que leurs relations de travail et les pratiques managériales sont basées sur la **confiance**. Cette valeur semble fondamentale pour tous, elle est synonyme de respect et de bienveillance. Elle permet à chacun de pouvoir s'exprimer et échanger et ainsi de « pouvoir construire ensemble » en toute « transparence et authenticité ».

La confiance est le précepte d'un climat de travail nécessaire à la responsabilisation et l'engagement des CSS de pôle et constitue un des piliers du management des DS.

Il s'agit donc pour tous de **travailler ensemble**, en collaboration et en coopération et de favoriser la co-construction de la politique et des projets.

La communication apparait comme essentielle dans les relations de travail. Elle se manifeste par l'écoute, « le retour et le partage d'informations » et permet de parvenir à « une compréhension mutuelle ». L'ensemble des DS structurent la communication avec les CSS de pôle par la planification régulière de temps individuels qualifiés de « **reporting** » qui correspondent à des temps formels de remontée d'informations. Ils sont d'ailleurs organisés de manière régulière par tous les DS dans le management des CSS de pôle. Pour les CSS, ces temps permettent de transmettre des informations du terrain, « les difficultés mais aussi les réussites obtenues par les équipes », mais aussi des moments pendant lesquels ils peuvent s'exprimer et échanger « en tête à tête ».

Pour les DS ils représentent un temps indispensable pour écouter et échanger, « La qualité des échanges avec les CSS permettent au DS d'affiner sa contribution à la stratégie globale de l'établissement ». Une DS ajoute « qu'il doit aussi se rendre disponible et rester à l'écoute afin de permettre au CSS de pôle de « casser le rythme », de se poser et de réfléchir dans l'échange sur les situations avec le DS, ce qui permet de questionner, de solidifier les décisions et de dénouer des points d'achoppement. »

Les CSS de pôle et les DS ont une vision identique de leurs relations de travail. Elles reposent sur une confiance mutuelle et la communication afin de faciliter les échanges et pour travailler ensemble.

2.2.5 Des attentes des cadres supérieurs de pôle envers le directeur des soins

- **Leurs perceptions du management du DS**

L'ensemble des CSS de pôle considèrent que le management des DS est basé sur la collaboration et la coopération qui semblent indispensables pour réaliser un travail ensemble et co-construire suivant des objectifs communs.

La moitié des CSS considèrent que le management des DS est basé sur la délégation. La délégation est inhérente à l'organisation polaire mais ne semble pas pour tous émaner directement du DS.

La supervision du DS dans leur management semble légitime pour les CSS de pôle en effet le DS est le supérieur hiérarchique de la ligne managériale soignante et il est aussi responsable des pratiques managériales et de la qualité des soins de l'ensemble de l'établissement. Pour 4 CSS de pôle, le contrôle n'est pas ressenti dans le management des DS.

- **De réelles attentes envers le DS**

Les CSS de pôle reconnaissent le management nécessaire du DS au niveau institutionnel pour autant ils considèrent pour 4 d'entre eux que les DS n'ont pas de rôle direct sur le fonctionnement du pôle.

Au-delà , de « la collaboration et coopération selon les sujets et projets » , l'ensemble des CSS de pôle attendent un accompagnement du DS dans l'exercice de leur fonction.

Cet accompagnement est exprimé par un besoin d'aide. Cette aide est signifiée en terme « d'aide méthodologique », « d'aide à une attitude réflexive au quotidien et dans la gestion de projets ». Les CSS de pôle comptent sur les conseils et les avis du DS notamment des « conseils dans certaines prises de décision », « d'être confortée dans mes décisions ».

Les CSS de pôle reconnaissent les compétences et l'expertise des DS en termes de management, de connaissances des organisations de soins et de l'environnement qu'ils doivent pouvoir solliciter quand ils en ont besoin. « A la demande du pôle, le DS peut éclairer sur les pratiques et la réglementation qui régit les soignants ».

Un besoin de soutien dans leur pratique quotidienne est également exprimé par une « attention portée aux difficultés et un soutien lorsque c'est nécessaire », « un soutien auprès de la direction de l'établissement pour les projets portés par le pôle ». Comme nous l'avons déjà évoqué le positionnement du CSS de pôle ne semblent pas toujours aisé et le soutien du DS dans leur management et leurs décisions est essentiel.

Trois CSS attendent également un accompagnement dans « la professionnalisation de la fonction » et dans « la montée en compétences. ».

Les CSS attendent également du DS qu'il se positionne au sein de l'établissement et comme leader de la ligne managériale à laquelle ils appartiennent. C'est le DS qui doit « nous donner la direction », « des lignes claires ». Le DS « définit la politique des soins et des lignes stratégiques et directrices de la direction des soins » , il est garant « des **valeurs** soignantes dans la dynamique stratégique de l'établissement », de « la cohérence des

pratiques soignantes au sein de l'établissement », il a « la capacité à porter la voix des soignants.

Pour les CSS de pôle, le DS a aussi un rôle de **régulation** et d'**arbitrage** notamment au niveau des CSS eux-mêmes et mais aussi entre les CSS et les équipes médicales quand les situations le nécessitent, « le DS est garant de l'équilibre pour travailler entre personnels médicaux, paramédicaux et administratifs »

Les CSS reconnaissent comme légitime et indispensable le management du DS au niveau institutionnel. Il doit être le leader de la ligne managériale soignante et son positionnement institutionnel doit permettre de garantir les valeurs soignantes, l'équilibre et la cohérence institutionnelle.

Les concernant, ils attendent du DS un accompagnement, une aide, des conseils et avis. Le DS représente une personne ressource par son expertise et ses connaissances des organisation soignantes qu'ils doivent pouvoir solliciter.

Ils sont également en attente de son soutien dans leur positionnement par un DS se positionne lui-même.

2.2.6 La vision des directeurs des soins : l'organisation en pôle impose un management adapté

Le pôle d'activité : Une organisation qui comporte des risques

Comme nous l'avons déjà relaté, les DS perçoivent plusieurs avantages à l'organisation polaire mais ils identifient aussi plusieurs risques avérés qui induisent des vigilances de leur part dans leur management.

L'ensemble des DS identifient un risque de cloisonnement de l'hôpital induit par la structuration polaire . Ils emploient les termes de « balkanisation », de fonctionnement en « silos organisationnels » qui s'apparentent parfois à la constitution de « mini établissements ». Ce cloisonnement se manifeste par les comportements des acteurs du pôles avec des prises de décisions parfois « médico-centrées », « trop centrées sur le pôle », « isolées » et qui privilégient « les intérêts locaux » et qui ne prennent pas toujours en compte le fonctionnement de l'établissement et la qualité des prises en charge des patients.

Ce cloisonnement ne facilite pas la circulation de l'information et la communication. Les DS évoquent « certaines opacités » , « des difficultés à obtenir des informations », « un manque d'information » qui entravent la supervision des pôles par les DS. Ces derniers doivent alors s'inscrire dans une fonction qualifiée de contrôle de « manière plus intrusive

au risque d'être mal vécue par le CSS de pôle ». Ces fonctionnements cloisonnés rendent parfois difficile l'intervention des DS qui interviennent en « pompier » pour gérer des situations dont « les signaux étaient connus depuis longtemps au sein du pôle ».

Une vision parcellaire de l'institution par les CSS de pôle

Pour plusieurs DS, les CSS de pôle voient l'institution d'abord « sous le prisme du pôle ce qui est déjà une vision institutionnelle mais qui reste partielle ». Les DS ont conscience que le positionnement en proximité des CSS de pôle est parfois difficile face aux équipes du pôle et plus particulièrement face aux équipes médicales qui les amène parfois à privilégier le pôle et les empêche de s'inscrire dans une vision institutionnelle.

Les DS perçoivent « une perte d'appartenance à l'établissement » et « une gestion à court terme » qui ne favorisent pas la collaboration et le travail collectif. Même si le CSS de pôle est autonome et responsable sur son périmètre de gestion, il doit s'inscrire dans la « politique institutionnelle » et la « dynamique institutionnelle » de l'établissement auquel il appartient et y contribuer alors que « les projets émanant du pôle sont souvent priorités et les problématiques institutionnelles laissées pour compte ».

Ces risques imposent aux DS d'adapter leur management

Il s'agit pour les DS « d'adapter leur management à l'organisation en pôle ». Ils doivent « recentrer les CSS de pôle sur la cohérence institutionnelle, la culture du soin », « être dans la transversalité et le partage » afin de les inscrire dans une dynamique institutionnelle. Le DS doit « **redonner le cap, rappeler les essentiels, se positionner** ». L'ensemble des DS citent la **cohérence** intrinsèque comme valeur de leur management.

Cinq des DS spécifient d'emblée qu'ils doivent « veiller à la cohérence du fonctionnement des pôles en termes de management des cadres de proximité, de règles de remplacement et de respect des effectifs cibles ». L'ensemble de l'encadrement est garant du respect du cadre réglementaire et de la politique institutionnelle dans sa gestion du personnel quel que soit le service ou le pôle. Au-delà de la gestion opérationnelle des ressources humaines, les CSS doivent pouvoir mettre en œuvre le management de la direction des soins dont ils sont les représentants au plus près du terrain.

L'alignement des CSS de pôle sur la politique et les valeurs de la direction des soins mais aussi le respect et l'application des décisions ressortent également comme indispensables à la **cohérence** et à la **cohésion** de la ligne managériale de la direction des soins. Une DS indique qu'au sein des pôles, « les choix organisationnels et les propositions doivent être partagés et s'intégrer dans une cohérence globale ». Ainsi le DS favorise avec le CSS « Le partage des réalités et des projets de la direction, ce qui doit l'aider à s'ouvrir sur l'institution

et à accompagner le management du pôle dans le respect des projets institutionnels ». Il apporte son aide au CSS de pôle et doit « reprendre les sujets épineux en réunion de direction et être une ressource dans l'accompagnement des projets des différents pôles ». Un des DS considère qu'il est de son rôle de « stimuler la créativité et l'innovation dans les organisations et dans le management afin d'impulser une dynamique qui soit porteuse d'idées nouvelles, de transparence et de motivation au niveau des CSS de pôle pour les diffuser eux-mêmes au niveau des cadres de santé dans le contexte actuel de perte de repères ». Le DS « anime le collectif des cadres supérieurs dans le but d'innover, d'impulser une dynamique au niveau des cadres de santé afin que ces derniers se sentent portés par la direction des soins vers des objectifs partagés soutenus par les valeurs du soin et du mangement soignant. »

Ainsi le DS doit mobiliser et fédérer les CSS autour de valeurs partagées et portées par la direction des soins, impulser le travail collaboratif et la réflexion commune. « Les sujets transversaux comme la qualité et la sécurité des soins, le management des soignants sont des sujets de fond. Ils deviennent des priorités portées par la direction des soins qui doivent traverser et influencer les projets de pôle ». Ce collectif doit construire et faire vivre le projet de soins et le projet managérial au plus près du terrain.

Ainsi le rôle principal dans la **coordination des CSS de pôle** est « la construction et la pérennisation d'un **collectif CSS** solidaire, partageant les outils et les réflexions ». « Des réunions d'un collectif CSS qui partage ses réalités est un outil au service du maintien des CSS de pôle dans la réalité globale de l'institution » et qui par leurs actions et réflexion doivent contribuer à la dynamique institutionnelle.

Le DS doit aussi s'employer à mettre en place « une direction des soins **positionnée** au niveau de la direction, forte de ses convictions et de sa place dans l'institution afin de soutenir l'encadrement de pôle» et de consolider leur positionnement.

Malgré plusieurs avantages, les DS perçoivent l'organisation polaire comme génératrice de cloisonnement qui se manifeste par des fonctionnements et des comportements des acteurs centrés sur leur pôle respectif. Dans cette organisation les CSS de pôle ont tendance à privilégier le pôle dans leurs actions et décisions et à ne pas toujours contribuer à la politique institutionnelle.

La cohérence et la cohésion est au cœur du management des DS.

Le DS doit donc adapter son management pour redonner « le cap institutionnel », pour mobiliser et fédérer les CSS autour de la politique et des valeurs partagée de la direction des soins.et ainsi favoriser un management fondé sur la collaboration et le collectif pour une cohérence institutionnelle.

3 Préconisations à mettre en œuvre par le directeur des soins dans le management des cadres supérieurs de pôle

L'analyse de notre enquête nous amène à constater que si le CSS de pôle est bien le collaborateur du médecin chef de pôle pour assurer le management du pôle, il doit aussi être le collaborateur et un relai stratégique du DS pour assurer le management de l'encadrement et des paramédicaux et des projets en cohérence avec la politique institutionnelle. Nous tenterons donc de formuler des préconisations pour un management des CSS de pôle par le DS corrélé à l'organisation en pôle d'activité.

3.1 Les principes du pôle appliqués au management du directeur des soins

Comme nous l'avons décrit, l'organisation en pôle d'activité repose sur plusieurs principes visant à la décentralisation notamment la subsidiarité et la contractualisation. Ces deux principes pourraient s'appliquer pour structurer et ainsi clarifier le management des CSS de pôle par le DS.

- **Le principe de la subsidiarité**

« La subsidiarité, c'est la capacité d'imaginer que le « N » est capable de faire mieux que le « N+1 » parce que la décision qu'il prendra sera plus proche du terrain et moins sujette à la question de l'asymétrie d'information, si réelle dans le monde hospitalier. Ce principe nécessite un capital confiance entre les décideurs de « base » et le « top management. »⁴⁶

La subsidiarité repose sur la responsabilisation. L'entière responsabilité des décisions est confiée à celui qui se situe au niveau directement concerné par ses impacts et celui-ci doit en assumer les conséquences.

Ainsi le CSS de pôle se voit confier par le DS, la responsabilité du management de l'encadrement et des paramédicaux sur le périmètre du pôle.

Ce mode de management implique que le DS crée les conditions pour que le CSS de pôle puisse agir en lui reconnaissant son autonomie en termes de marge de manœuvre, d'autorité et de prise de décision concernant le management au niveau du pôle.

⁴⁶ Vallet G. Préface in Nobre ., Le management de pôles à l'hôpital (pp. III - VIII). Paris: Dunod. 2012

Elle sous-tend des relations de travail établies dans la confiance. Cette confiance n'exclut pas le contrôle par le DS, il aura pour objectif d'accompagner et de s'assurer qu'ils avancent ensemble dans la même direction.

Il suppose également en amont l'existence d'une vision partagée et des valeurs fortes de la politique managériale institutionnelle pour que les CSS de pôle puissent la mettre en œuvre au sein de leur pôle respectif.

Dans la mise en œuvre de ce management, le DS se met au service des CSS de pôle qu'il considère comme ses collaborateurs, il répond à leur sollicitation, les accompagne et les soutient dans la résolution de problème.

- **Le principe de la contractualisation**

Ce principe repose sur la formalisation d'un contrat. Le contrat permet de définir les objectifs et les moyens, d'engager les parties prenantes dans le respect de son exécution.

Il permet aussi de décrire dans un langage clair et accessible les processus mis en œuvre, le rôle de chaque acteur, sa relation avec les autres acteurs et services ainsi que les actions à réaliser. Le contrat peut être un véritable outil de communication en tant que support fiable et pouvant constituer une véritable référence.

Cette contractualisation doit définir des objectifs clairs en lien avec la contribution attendue alors que l'évaluation des acteurs est souvent faite sur leurs résultats propres et non sur leur contribution à des objectifs et succès communs.

Ainsi une contractualisation pourrait être établie entre le DS et CSS de pôle concernant la mise en œuvre de leur management au sein du pôle, permettant ainsi de définir clairement leurs responsabilités et de les responsabiliser à l'égard des résultats attendus. Elle serait corrélée à des axes spécifiques du projet de soins et du projet managérial qui permettrait de formaliser des objectifs définis en commun et des plans d'actions précis pour un engagement et une responsabilisation des CSS de pôle dans leur management.

Ce contrat pourrait constituer un volet du contrat de pôle afin de lui donner de la lisibilité et l'inscrire dans la logique de résultat déjà intégrée par l'exécutif des pôles.

3.2 Un management privilégiant l'accompagnement

Le management des CSS de pôles par le DS oriente de plus en plus vers des fonctions de conseil et d'appui. Il conduit le DS à s'investir dans un rôle d'accompagnement des CSS de pôle dans leur fonction managériale pour qu'ils accomplissent et réussissent leurs missions et leurs actions.

Ce rôle d'accompagnement pourrait s'apparenter à celui de mentor. « *Le mentorat désigne une relation interpersonnelle de soutien, d'aide, d'échanges et d'apprentissage. Une personne d'expérience - le mentor - offre sa sagesse acquise et son expertise à une autre personne - le mentoré - dans le but de favoriser son développement professionnel. Le mentoré a des compétences ou des connaissances à acquérir, et des objectifs professionnels à atteindre. Le mentorat vise donc l'accompagnement d'une personne dans la mobilisation de ses ressources, la recherche et la mise en application de ses solutions propres, et le développement de son autonomie, y compris vis-à-vis du mentor.* »⁴⁷

Ainsi le DS par son positionnement, son expertise managériale et des organisations soignantes soutient les CSS de pôle et contribue au renforcement et développement de leurs compétences professionnelles sans se substituer à eux.

Ponctuellement il peut les éclairer et les soutenir dans la recherche et la mise en œuvre de solutions adaptées aux problématiques qu'ils rencontrent. Il peut aussi être amené à les soutenir auprès du reste de l'équipe de direction et des équipes médicales. « *Au-delà du soutien ponctuel qu'il est susceptible d'offrir, l'accompagnement managérial doit en toute hypothèse être perçu comme un signe de reconnaissance envoyé par la hiérarchie, comme une marque de confiance dans les qualités professionnelles démontrées jusqu'alors* »⁴⁸

Si l'accompagnement garantit un bénéfice individuel au CSS de pôle, c'est aussi un processus interactif qui constitue un moyen pour le DS d'inscrire les CSS de pôle dans une dynamique institutionnelle. Lors des moments d'échanges, le DS peut amener les CSS de pôle à intégrer et à s'approprier les valeurs et la politique de la direction des soins et de l'établissement. Les échanges sont l'occasion de réajuster les perceptions des CSS de pôle. L'accompagnateur est aussi un guide, il connaît souvent les chemins possibles, fournit des repères, rappelle le cadre et donne le cap.

3.3 Un management visant la cohérence et la cohésion

*« Cohérence et cohésion sont les maîtres mots de la création de valeur et de la pérennisation de l'organisation (...) La survie de l'organisation est possible à la condition que son leadership mette en cohérence les composantes suivantes : son environnement, son activité, son projet stratégique, sa structure, sa culture et ses hommes. Les organisations sont dynamiques, non linéaires, complexes et pleines d'interconnexions. »*⁴⁹

⁴⁷ Ministère de la fonction publique., Guide de l'accompagnement à la fonction managériale dans la fonction publique de l'Etat, Edition 2017

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ Huet JM., et Lensen-Gillette S., La cohérence au cœur de la performance, L'Expansion Management Review, vol. 145, no. 2, 2012, pp. 32-40

Le DS contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement doit veiller au respect de la cohérence institutionnelle. Ses orientations stratégiques phares doivent permettre de guider l'action des CSS de pôle sur qui il doit pouvoir compter et s'appuyer pour coordonner et mettre en œuvre sa politique de soins et managériale au plus près du terrain.

L'enjeu du DS est que la cohérence ne soit pas antinomique avec la délégation du management au CSS de pôle. La cohérence et délégation sont « *deux concepts parfaitement compatibles, et quand cette compatibilité a été acquise, elle constitue un atout majeur pour un établissement de santé. Toutefois, comme indiqué, de nombreuses conditions sont nécessaires pour y parvenir : stabilité des règles, continuité des acteurs, synergie et complémentarité médico-directoriale... et de nombreuses étapes sont à franchir pour parvenir à ce mode de pilotage.* »⁵⁰

Il s'agit pour le DS de mettre en cohérence l'orientation des pôles avec les orientations institutionnelles et de combiner les stratégies individuelles dans une stratégie d'ensemble. Par son leadership le DS doit fédérer et faire converger les forces de sa ligne managériale au service de l'institution en s'appuyant sur la complémentarité et en créant la cohésion au sein de la direction des soins. La cohésion est indispensable au maintien et à la pérennité des valeurs et des fonctionnements communs.

Le DS donne du sens et de la perspective pour que chacun contribue par sa posture et ses pratiques à la même vision. Il anime son équipe d'encadrement et fait réfléchir collectivement l'ensemble des CSS de pôle au sens de leur action en augmentant l'intelligence collective et en favorisant la synergie pour agir en cohérence avec les grandes orientations institutionnelles.

Si la cohérence doit être établie au sein même de la direction des soins, elle doit aussi préalablement l'être entre les différentes directions fonctionnelles au niveau de l'établissement. Une « *absolue nécessité de faire partager la direction stratégique entre tous et de mettre en cohérence la structure organisationnelle, les compétences humaines et la culture de l'entreprise avec les objectifs stratégiques choisis* »⁵¹

Ainsi la coopération qui vise à « prendre part, concourir à une œuvre commune » (Dictionnaire Larousse) devra être de mise entre les différentes directions.

La finalité poursuivie par l'établissement doit être définie et l'explication des grandes orientations et des objectifs à atteindre sont indispensables pour pouvoir assurer le pilotage des actions à mettre en œuvre.

⁵⁰ Lachenaye-Llanas C., Délégation de gestion et cohérence institutionnelle. Une impérative obligation, mais une construction pas à pas. In Nobre T et al., Le management de pôles à l'hôpital, Dunod, « Santé Social » 2012, | pages 179 - 198

⁵¹ Huet JM., et Lensen-Gillette S., Op. Op.cit. p 37

3.4 Le projet médico-soignant et le projet managérial en appui de la cohérence institutionnelle

La cohérence peut s'appuyer sur une dynamique de projets, « *le projet oblige à la recherche de sens. Le projet est soumis à une exigence : les résultats attendus doivent être formulés, expliqués. Ils donnent la raison d'être au projet. Il s'agit d'exprimer une intention pour chacune des initiatives et d'expliquer la valeur qu'on attribue à leur mise en œuvre (...)* En fixant un sens, un but et surtout un cadre, le projet rend possible une liberté d'action orientée, donc une chance pour plus d'autonomie. Le projet aura plus de chance d'aboutir s'il stimule l'autonomie, la provoque et la révèle. »⁵²

La dynamique de projet est mobilisatrice, elle est initiatrice de co-construction et de cohésion. Elle donne l'occasion aux acteurs de se coordonner, de se réguler et de s'aligner vers des objectifs communs identifiés et fixés.

Il s'agit pour le DS d'impulser et d'accompagner des projets inter polaires et transversaux visant à améliorer les parcours de prise en charge, à optimiser les ressources et à permettre une plus grande transversalité. Par sa force de conviction et son leadership, le DS mobilise les professionnels autour de la dynamique de projet pour les inclure dans la stratégie d'établissement et agir en toute transversalité.

Le projet médico- soignant

Le DS est porteur du projet de soins qu'il élabore dans une démarche participative et articule avec le projet médical dans le cadre du projet d'établissement. De plus en plus souvent les établissements définissent un Projet Médico-Soignant (PMS), ce dernier se décline dans la complémentarité et la pluri professionnalité autour du projet médical qui met en œuvre une stratégie médicale de prise en charge commune et graduée des patients, et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui intègre à cette stratégie l'ensemble des dimensions du soins.

Le projet médico-soignant est par nature fédérateur car il associe les équipes de soins pluridisciplinaires concernées par la démarche et leur permet de partager leurs pratiques et d'optimiser l'organisation des modes de prise en charge des patients et des conditions de travail des professionnels. Il a pour ambition la transversalité entre pôles et services avec des projets partagés et l'organisation de parcours plus fluides pour le patient. Il s'intéresse et développe des thématiques transversales comme la continuité des soins, la

⁵² Raynal S., et al., « De la pédagogie de projet à la conception de projet. Construction d'un bateau pour la compétition transatlantique », *La Revue des Sciences de Gestion*, vol. 231-232, no. 3-4, 2008, pp. 53-63

qualité et la sécurité des soins, la télémédecine, la prévention et la précarité par exemple. Ainsi les organisations médico-soignantes dans une logique de parcours patient participeront à une démarche qualité permanente et partagée.

Le « *projet de soin médico-soignant viendrait ainsi offrir la possibilité d'acquérir une culture globale, facteur d'intégration et de gestion des diversités. La notion de performance collective, de mise en cohérence des compétences et des moyens au service de la personne soignée serait alors fédératrice.* »⁵³

Le projet managérial

Le projet managérial décliné dans le cadre du projet d'établissement permet de définir le corpus des valeurs qui engagent et animent les managers de l'établissement. Leur déclinaison managériale permet d'établir un plan d'action et de donner une ligne de conduite commune. Il permet aussi de clarifier et de rendre visible les rôles et les missions de chaque acteur.

L'élaboration de cette démarche se veut participative et collective, en effet elle repose sur la concertation et la co-construction. Elle participe à l'instauration et la pérennisation d'une cohérence managériale. Elle permet d'harmoniser les pratiques managériales au sein de l'institution pour que tous évoluent vers un objectif commun. Elle constitue un socle de compétences pour aboutir à une culture commune du management institutionnel.

Le DS peut articuler le projet managérial « *autour de trois axes. Le premier et le principal, le socle, est une - organisation efficiente des soins - associant pertinence de la prise en charge du patient et ses proches, sécurité et performance des soins, optimisation des ressources. Le premier axe est renforcé par un second - implication des professionnels - visant l'obtention d'une efficacité collective. Un troisième axe - communication et information - consolide les deux premiers* ».⁵⁴

3.5 Un management qui favorise la communication :

La communication est un enjeu stratégique à l'hôpital, en effet « *communiquer c'est partager le pouvoir, le positionnement de la communication managériale est par définition multiterritorial et implique plusieurs acteurs aux intérêts parfois divergents* ».⁵⁵

⁵³ Inthavong K., « Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle [*] », Recherche en soins infirmiers, vol. 91, no. 4, 2007, pp. 29-60

⁵⁴ Pruvot N., La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle, Soins cadres n°86, Mai 2013, pp' 43-46

⁵⁵ Imbert M, 2015, La communication managériale, 1^{ère} édition, Paris, Duodi, p 47

L'organisation en pôle d'activité favorise la communication et facilite le dialogue interne au sein du pôle mais elle complexifie la communication entre l'information ascendante, descendante et horizontale au sein de l'établissement. Le DS se situe à l'intersection de ces trois flux d'informations et il est primordial qu'il instaure la communication pour plus de transversalité et de partage car « *la communication est vectrice de sens et de cohésion à travers l'élaboration d'un langage commun.* »⁵⁶

Le DS pour fédérer les CSS de pôle doit communiquer régulièrement avec eux sur sa vision et donner du sens aux actions. Il favorise l'échange et la concertation pour mieux la partager et ainsi croiser sa vision avec celle de ses collaborateurs pour établir une vision commune indispensable à la mise en œuvre d'actions pour forcer et rendre lisible la cohésion et la cohérence. La communication permet de construire une relation et d'assurer le lien avec ses collaborateurs.

Il s'agit pour le DS de structurer et de formaliser cette communication. Il est essentiel d'échanger régulièrement et formellement. Ainsi plusieurs temps d'échanges seront instaurés :

- Des temps individuels planifiés et réguliers entre le DS et les CSS de pôle . Ces temps sont l'occasion de reporting, de dialogue et d'échanges facilitant la coordination
- De même des temps collectifs entre le DS et les CSS de pôle avec des ordres du jour établis et un temps d'échanges prévu
- Des réunions planifiées et régulières avec l'ensemble des cadres de l'établissement en présence du DS et des CSS du pôle ou d'autres partenaires et interlocuteurs pourront intervenir
- La présence ponctuelle du DS à des réunions internes aux pôles : bureau de pôle, réunion d'encadrement du pôle
- La CSIRMT doit être promue comme un lieu de partage et d'échanges institutionnels

La communication est fondée sur l'échange, elle suscite la compréhension et l'adhésion. Elle permet d'expliquer la politique et les projets pour permettre aux acteurs de comprendre, de s'approprier les décisions institutionnelles et de les responsabiliser dans la mise en place des actions qui en découlent. La présentation de la finalité permet aux acteurs de donner un sens aux projets et de se projeter dans les actions à mener. La communication est synonyme de continuité et de cohérence entre la stratégie et les actions menées sur le terrain.

⁵⁶ Acker D., Dr Bensadon AC., Legrand P., Membres de l'inspection générale des affaires sociales., Mounier C., Conseillère générale des établissements de santé. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Rapport de l'IGAS., Avril 2012

Il est important de favoriser l'expression par l'écoute et la confrontation des points de vue, de gérer au mieux les incompréhensions et les résistances au changement.

Informier, rassurer, impliquer sont des enjeux très importants car souvent les objectifs semblent de plus en plus difficiles à atteindre dans un contexte d'incertitude et de changement quasi permanent. La communication n'atteindra ces objectifs que dans la mesure où elle sera associée le plus tôt possible aux projets et au plus près du terrain.

*« La communication doit être adaptée mais surtout partagée entre les différentes strates organisationnelles pour créer de la cohésion institutionnelle »*⁵⁷

En effet, *« il est essentiel d'associer les personnels, de leur faire partager les enjeux, de fixer les règles du jeu pour que chacun, quel que soit son grade, se sente partie prenante dans le présent et l'avenir de l'établissement. Ceci suppose de construire une communication simple, rapide, régulière et suffisante pour que les faits marquants de la vie et les perspectives de l'institution soient connus, compris et appropriés par le plus grand nombre »*.⁵⁸

3.6 Le management par et dans la confiance

La confiance a été régulièrement utilisée comme leitmotiv par le législateur pour promouvoir les politiques hospitalières. Jean François Mattei en 2004 déclarait *« Hôpital 2007, c'est surtout restaurer la confiance des établissements en eux-mêmes, en leur capacité à évoluer vers plus de qualité dans le service rendu aux patients »*. En 2012, la mission confiée par la ministre en charge de la santé à Édouard Couty visait à recréer un pacte de confiance avec l'hôpital public. Très récemment dans la droite ligne de la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, la loi du 26 avril 2021 vise à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

La confiance est une valeur fondamentale, en tant que socle des relations humaines et professionnelles, elle est un des facteurs clefs du management. Lorsque la confiance est évoquée, elle l'est dans les deux sens, le manager doit pouvoir avoir confiance en son collaborateur et inversement. *"La confiance et des normes de réciprocité doivent s'installer afin de favoriser la coopération et les membres de l'organisation doivent avoir le sentiment que leurs destins sont interdépendants"*⁵⁹.

⁵⁷ Lachenaye-Llanas C., Délégation de gestion et cohérence institutionnelle. Une impérative obligation, mais une construction pas à pas. in Nobre T et al., Le management de pôles à l'hôpital, Dunod, « Santé Social » 2012, pages 179-198

⁵⁸ Toupillier M et Yahiel., Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 9/12/2010, p 9

⁵⁹ Thieyre S., Changements organisationnels impliquant une évolution structurelle : les symptômes et raisons de l'échec, Centre de ressource en Economie Gestion, 2009, pp 1-4

La confiance se construit et s'instaure, elle se démontre dans les relations interpersonnelles mais doit aussi se traduire dans les pratiques managériales.

La confiance repose notamment sur cinq conditions qui tissent les relations professionnelles :

- « *La crédibilité métier, à savoir la reconnaissance du niveau d'expertise d'une personne,*
- *L'authenticité, c'est-à-dire la sincérité dans la relation,*
- *Le respect des engagements,*
- *La transparence des informations,*
- *L'engagement individuel et collectif. »*⁶⁰

Outre ces conditions pour établir la confiance qui peuvent paraître évidentes, la confiance est le résultat d'un positionnement. Le DS se doit de l'incarner et de l'accorder à sa ligne managériale afin de soutenir la performance de l'équipe d'encadrement. Il est essentiel pour le DS de faire preuve d'intégrité et de congruence dans ses propos et ses actions.

Ainsi il s'agit pour le DS de promouvoir la transparence dans son management par le partage d'information avec les CSS en considérant qu'ils sont responsables, de favoriser et de tisser des liens avec le terrain par l'intermédiaire et avec sa ligne managériale.

Le management par la confiance permet de responsabiliser et de rendre plus autonomes ses collaborateurs. Dans l'accompagnement et dans la mise en œuvre des projets, il est à la cohésion et l'implication, il favorise l'engagement, la co-responsabilité, l'innovation et la performance.

Il est aussi important de créer une dynamique de confiance entre les membres de son équipe pour que chacun puisse partager, ose se confronter aux autres, s'engager, tenir sa place de manière responsable et partager les apprentissages.

La confiance est un socle fragile, que le DS doit en permanence entretenir par une vigilance et un respect des règles explicites ou implicites adoptées dans son management.

⁶⁰<https://www.innovationmanageriale.com/confiance/les-secrets-des-entreprises-ou-regne-la-confiance/>

Conclusion

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, la nouvelle gouvernance vise à simplifier l'organisation interne afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficience de l'établissement. L'une des mesures phare de la nouvelle gouvernance est l'organisation hospitalière en pôles d'activité médicale instaurée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 confortée par la loi HPST.

L'organisation polaire s'appuie sur la décentralisation qui responsabilise les acteurs de terrain et la délégation de gestion qui les implique dans le pilotage médico-économique du pôle et introduit une logique d'objectifs et de résultats.

La mise en place des pôles a façonné le management hospitalier actuel et a fait évoluer les rôles et les responsabilités des acteurs hospitaliers.

Chaque pôle d'activité médicale est sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle et piloté par le trio de pôle qui intègre un CSS de pôle.

Le CSS de pôle est sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et sous l'autorité hiérarchique de la direction des soins, ce qui lui confère une double appartenance et une double responsabilité; celle de contribuer à la mise en œuvre du projet et du contrat de pôle et celle de décliner le projet de soins institutionnel au sein du pôle. Force est de constater que l'entité pôle lui confère également une place importante dans l'organisation hospitalière.

A partir d'une enquête réalisée auprès de directeurs des soins et de cadres supérieurs de pôles il ressort que si le cadre supérieur de pôle a effectivement un rôle opérationnel et stratégique, il est aussi le relai du DS au sein du pôle pour mettre en œuvre la politique de soins et managériale de la direction des soins.

Le DS, membre de l'équipe de direction et du directoire, contribue à la définition de la politique et de la stratégie de l'établissement et garantit le maintien d'une cohérence institutionnelle et managériale. Ce passage à une dimension plus politique et stratégique du DS a renforcé sa place et son rôle de coordination de sa ligne managériale

Le management des équipes d'encadrement et plus particulièrement des cadres supérieurs de pôle repose sur sa stratégie qu'il définit et incarne.

Le DS s'appuie sur sa ligne managériale pour mettre en œuvre les décisions et les projets institutionnels. Pour se faire, il mobilise ses qualités de leadership et de congruence pour « embarquer » l'encadrement, il impulse une dynamique de collaboration et de co-construction afin de fédérer les CSS de pôle autour de valeurs et d'objectifs communs qui contribuent à l'optimisation de la prise en charge des patients au-delà des organisations structurelles.

Sa stratégie managériale pourra s'appuyer sur les principes du pôle en utilisant la subsidiarité et la contractualisation afin de garantir la cohérence institutionnelle.

Ce management nécessitera d'accompagner et de fédérer les CSS de pôle par une communication facilitant les échanges et de renforcer la confiance dans les relations de travail. Il nous semble également primordial de veiller à la contribution active des CSS à l'élaboration et la déclinaison du projet de médico-soignant soins et du projet managérial pour tendre à une vision partagée.

Comme en témoigne le guide qui vient d'être élaboré par le Pr Claris « *Mieux manager pour mieux soigner* », le management de l'hôpital est perpétuellement au cœur des préoccupations et constitue un véritable enjeu pour tenter « *de faire évoluer l'organisation et les fonctionnements de l'hôpital autour de deux priorités : la qualité de vie au travail et la qualité des soins.* »⁶¹

La gestion de la pandémie Covid-19, nous a démontré que l'hôpital pouvait être en capacité de se transformer et de s'adapter face aux turbulences auxquelles il peut être confronté. Il s'agit de capitaliser les pratiques managériales de coopération, d'innovation, de co-construction et de coordination déployées par les professionnels de santé pour permettre à l'hôpital d'évoluer et tendre à l'agilité et à la performance.

Tout l'art du directeur des soins sera par son accompagnement et son management de « *réagir, créer, transformer* »⁶² pour maintenir l'équilibre institutionnel.

⁶¹ Veran O., Introduction au guide « *Mieux manager pour mieux soigner* », août 2021

⁶² 19^{èmes} journées nationales d'étude des directeurs des soins, AFDS, octobre 2021

Bibliographie

Ouvrages

Bergeron H., Borraz O., Castel P., Dedieu F., Covid-19 : une crise organisationnelle, Presses de Sciences Po, 2020, 131 pages

De Kerrvasdoue J., L'Hôpital, Que sais-je ?, 2015, 128 pages

Drucker P., Devenez Manager, Librairie Eyrolles 2006, 352 pages

Genelot D., Manager dans (et avec) la complexité. Eyrolles, 2017, 298 pages

Imbert M, La communication managériale, 1^{ère} édition, Paris, Dunod , 2015 , 272 pages

Louazel M., Mourier A., Ollivier E., Roland O., Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé. Presses de l'EHESP, 2018, 548 pages

Mintzberg H., Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre, 2^{ème} édition, Éditions d'organisation, Eyrolles, 2010, 295 pages

Nobre T et Lambert P (Dir)., Le management de pôles à l'hôpital - Regards croisés, enjeux et défis, Dunod, 2012, 305 pages

Morin E., Introduction à la pensée complexe, Collection Points Essai, Edition Seuil, 2005, 158 pages

Prat L et Prat Y., Apprendre à manager une équipe, Collection 100 questions pour comprendre et agir, Editions Afnor , 2019, 154 pages

Articles et revues

Bréhat PH., Rymer R., Grenouilleau MC., Jourdain A., Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007, Santé publique 2008, volume 20, n° 6, pp. 611-621

Contandriopoulos, A-P., La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance , Santé Publique, vol. 20, no. 2, 2008, pp. 191-199

Coulaud M., Cadre paramédical de pôle : déjà plus de 10 ans, défi relevé ! Soins Cadres, n°98, mai 2016, p 40-43

Estric F., Organisation polaire et direction des soins, retour sur les faits marquants, Soins Cadres n°98 , mai 2016, p 28-30

Fray,A M,. Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs, Management & Avenir, vol. 28, no. 8, 2009, pp. 142-159.

Glouberman S., Mintzberg H., Managing the care of health and the cure of disease, Health Care Management Review, Vol 26, n°1, 2001 p 58

- Grosjean M., Lacoste M., Communication et intelligence collective, Le travail à l'hôpital, Paris : Presses Universitaires de France, 1999, p191
- Guisset A-L., Sicotte C., Leclercq PD'Hoore W., Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux, Sciences sociales et santé 2002, 20(2), pp. 65-104
- Havard Christelle., « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? », @GRH, vol. 16, no. 3, 2015, pp. 91-125
- Hoarau, G., Dumas C., « Le cadre paramédical de pôle. Un acteur pionnier dans le changement hospitalier », Fermon B., éd., Performance et innovation dans les établissements de santé. Dunod, 2015, pp. 333-352
- Huet JM., et Lensen-Gillette S., La cohérence au cœur de la performance, L'Expansion Management Review, vol. 145, no. 2, 2012, pp. 32-40
- Inthavong K., « Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle », Recherche en soins infirmiers, vol. 91, no. 4, 2007, pp. 29-60
- Lombrail P., Naiditch M., Baudeau D., Cases C., Cuneo Ph., Qu'appelle-t-on performance hospitalière ? Dossier Solidarité Santé, 2001, 2, pp. 3-20
- Louazel M., La gouvernance interne et les pôles d'activité en établissement de santé. Revue juridique de l'Ouest, N° Spécial 2015. 20 ans de législation sanitaire. Bilan et perspectives. Colloque organisé par l'Association des Étudiants en Droit de la Santé (AEDS) pour les 20 ans du Master "Droit, Santé, Éthique" (1994-2014), pp. 47-58
- Mendel, Ariel, et Manuela Bardet. « Quelle gouvernance pour les pôles de compétitivité constitués de PME », Revue française de gestion, vol. 190, no. 10, 2008, pp. 123-142
- Michaud S., Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé, Soins Cadres, n° 98, mai 2016, p 27
- Nobre T., Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche action : le cas du changement à l'hôpital, Finance Contrôle Stratégie, volume 9 (4), décembre 2006, pp 143-168
- Pruvot N., La collaboration entre le directeur des soins et le cadre paramédical de pôle, Soins cadres n°86, Mai 2013, pp' 43-46
- Raynal S., et al., « De la pédagogie de projet à la conception de projet. Construction d'un bateau pour la compétition transatlantique », La Revue des Sciences de Gestion, vol. 231-232, no. 3-4, 2008, pp. 53-63
- Robert B., Covid-19 et DS un engagement stratégique et opérationnel, Soins cadres n°122, octobre 2020, pp 10-13
- Routelous C., L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs, Revue Quaderni n° 82, 2013
- Saint Marc T., Fischlerl M., Tillon-Faure O., Bilan à deux ans de la mise en place de pôles d'activité, Gestions hospitalières n° 494, mars 2010
- Thieyre S., Changements organisationnels impliquant une évolution structurelle : les symptômes et raisons de l'échec, Centre de ressource en Économie Gestion, 2009, pp. 1-4

Rapports

Acker D., Dr Bensadon AC., Legrand P., Membres de l'inspection générale des affaires sociales., Mounier C., Conseillère générale des établissements de santé. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Rapport de l'IGAS., Avril 2012

Toupillier M et Yahiel., Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 9/12/2010

Zeggar H et Vallet G., Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport Inspection générale des affaires sociales, Février 2010

Textes législatifs et réglementaires

Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

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

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Autres

Déclaration de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur les grandes lignes du plan hôpital 2007, Paris le 20 novembre 2002

Veran O., Introduction au guide « Mieux manager pour mieux soigner », août 2021

19^{ème}s journées nationales d'étude des directeurs des soins, AFDS, octobre 2021

Fiche métier Cadre soignant de pôle, FPH, 2009

EHESP, Référentiel de compétences des directeurs de soins, Mise à jour 2017

LE BORGNE G. Directeur de cabinet à la Direction générale CHU Rennes Table ronde sur la Gouvernance. EHESP 2021

Ministère de la fonction publique., Guide de l'accompagnement à la fonction managériale dans la fonction publique de l'Etat, Edition 2017

Vallejo J., Sampieri-Teissier N., Baret C., La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision ? 6ème congrès de L'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé (ARAMOS) " L'impact de la recherche en management des organisations de sante " Cité Internationale Universitaire, Paris, 25 Mai 2018

Vallet JC., Le positionnement du directeur des soins dans l'équipe de direction, Cours EHESP du 21 mars 2021

Site internet

<https://www.innovationmanageriale.com/confiance/les-secrets-des-entreprises-ou-regne-la-confiance/>

Liste des annexes

QUESTIONNAIRE DS / CGS

Élève Directrice des soins, je souhaiterais vous interroger dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui a pour question centrale : **En quoi la stratégie managériale du DS peut-elle garantir une articulation entre le fonctionnement polaire et le fonctionnement institutionnel au service de la performance de l'établissement ?**

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à répondre à mon enquête et de votre contribution à mon mémoire professionnel.

Depuis combien d'année êtes-vous DS/ CGS ? :

Depuis combien d'année êtes-vous sur votre poste actuel :

Organisation de la direction des soins

CGS et ... DS adjoint et ...CSS

CGS et ...CSS

Dimension de l'établissement

Intitulé : CH / CHU

Établissement mono site ou multi site*

Nombre de lits :

Nombre de service :

Nombre de paramédicaux :

Nombre de CDS :

Nombre de CSS (CSS de pôle compris) :

Nombre de CSS de pôle :

Nombre de CDS de pôle :

***Merci de rayer la mention inutile**

- Participez-vous au recrutement des CSS de pôle* : oui / non

- Quels sont les avantages et les inconvénients de l'organisation en pôle pour votre management ?
 - - Avantages :
 - Inconvénients :
- Considérez-vous que les CSS de pôle ont *
 - - Un rôle stratégique
 - Un rôle opérationnel
 - Les deux

Pourquoi :
- Quelles sont les principales missions des CSS de pôle ?
- Quelles sont les compétences que vous attendez d'un CSS de pôle ?
- Quelles sont les qualités que vous attendez d'un CSS de pôle ?
- Votre management des CSS de pôle est basé sur * :
 - Délégation
 - Collaboration
 - Coopération
 - Supervision
 - Contrôle
 - Confiance
 - Autres :
- Quels moyens utilisez-vous pour articuler vos relations de travail avec les CSS de pôle
- Comment qualifieriez-vous les relations de travail avec les CSS de pôle ?
- Pensez-vous que les CSS de pôle aient toujours une vision institutionnelle ?
- Quels sont vos rôles dans la coordination des CSS de pôle

- Dans votre management de l'encadrement des CSS de pôle, est-ce un objectif que ces derniers soient alignés sur*
 - votre management
 - sur la performance institutionnelle
 - autres :

Si vous souhaitez ajoutez des commentaires :

QUESTIONNAIRE CSS de pôle

Élève Directrice des soins, je souhaiterais vous interroger dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui a pour question centrale : : **En quoi la stratégie managériale du DS peut-elle garantir une articulation entre le fonctionnement polaire et le fonctionnement institutionnel au service de la performance de l'établissement ?**

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à répondre à mon enquête et de votre contribution à mon mémoire professionnel.

Depuis combien d'année êtes-vous CSS ?

Depuis combien d'année êtes-vous CSS de pôle?

Depuis combien d'année êtes-vous sur votre poste ? actuel

La gouvernance du pôle est-elle assurée par un trio de pôle ou un quatuor de pôle (Trio + un directeur référent)*

Dimension du pôle :

Intitulé du pôle :

Nombre de lits :

Nombre de service :

Nombre de paramédicaux :

Nombre de CDS :

Présence d'1 autre CSS / 1 adjoint CSS / 1 adjoint CDS sur le pôle*

* **Merci de rayer la mention inutile**

- Que signifie pour vous, être cadre supérieur de pôle?

- CSS de pôle : est-ce une fonction ? oui / non*
- CSS de pôle : Est-ce un statut ? oui / non*
- CSS de pôle : Est-ce une responsabilité ? oui / non*
- Considérez- vous que vous ayez*
 - un rôle stratégique
 - un rôle opérationnel
 - les deux

Donnez un exemple :

- Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de votre fonction ?
Oui / Non
Si oui lesquelles :
- Ou situez-vous votre rôle au niveau de l'institution ?
- Considérez-vous que vous fassiez partie de la direction des soins ?
Oui / Non*
Commentaire :
- Reconnaissez-vous au DS un lien ? *
 - Hiérarchique
 - Fonctionnel
- Considérez-vous que le management des CSS par le DS/CGS est basé sur*
 - Délégation
 - Collaboration
 - Coopération
 - Supervision
 - Contrôle
 - Confiance
 - Autres :
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du DS pour l'exercice de votre fonction

- Quels moyens utilisez-vous pour articuler le fonctionnement du pôle avec la DS :
- Quel est selon vous le rôle du directeur des soins dans le fonctionnement de pôle
- Pourriez-vous citer des valeurs que portent le DS
-
- Le projet de soins est-il décliné dans le projet de pôle : oui / non

Si vous souhaitez ajoutez des commentaires :

DAILLER

Fabienne

Novembre 2021

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Edgar Morin 2021

Le management des cadres supérieurs de pôle par le directeur des soins : un management à l'aune de l'organisation polaire

Résumé :

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, la nouvelle gouvernance vise à simplifier l'organisation interne afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficacité de l'établissement. L'une des mesures phare de la nouvelle gouvernance est l'organisation hospitalière en pôles d'activité médicale instaurée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 confortée par la loi HPST.

La mise en place des pôles a façonné le management hospitalier actuel et a fait évoluer les rôles et les responsabilités des acteurs hospitaliers.

Le cadre supérieur de pôle a acquis une place importante dans l'organisation hospitalière de par son rôle opérationnel et stratégique au sein du pôle.

Le directeur des soins contribue à la définition de la politique et de la stratégie de l'établissement et garantit le maintien d'une cohérence institutionnelle et managériale. Ce passage à une dimension plus politique et stratégique a renforcé sa place et son rôle de coordination de sa ligne managériale.

Les cadres supérieurs de pôle sont les relais du DS au sein des pôles, ainsi le DS doit s'appuyer sur eux pour diffuser la politique de soins et managériale de la direction des soins au sein des pôles et mettre en œuvre les décisions et les projets institutionnels.

Son management repose sur une dynamique de collaboration et de co-construction afin de fédérer les cadres supérieurs de pôle autour de valeurs et d'objectifs communs qui contribuent à l'optimisation de la prise en charge des patients au-delà des organisations structurelles.

Ce management nécessite d'accompagner et de fédérer les cadres supérieurs de pôle par une communication facilitant les échanges et de renforcer la confiance pour viser la cohérence institutionnelle et l'alignement des différentes entités polaires.

Mots clés :

Pôles d'activité médicale - Nouvelle Gouvernance - Management - Directeur des soins - Cadre supérieur de pôle - Cohérence - Collaboration - Stratégie

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.