



EHESP

Filière des élèves directeurs de soins

Promotion : **2021**

Date du Jury : **Décembre 2021**

**Le management de l'encadrement par
le directeur des soins : un levier pour
l'atteinte des objectifs stratégiques de
l'établissement**

Guillaume GOURDIN

Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à...

Madame Paula Christofalo et Monsieur Jean Claude Vallée, mes référents mémoire pour leurs précieux conseils, leur guidance m'a permis de trouver puis de garder le cap ;

Aux professionnels qui ont accepté de me consacrer de leur précieux temps et de partager leur expérience ;

A Céline Dogna et Pascale Lannoy, tutrices de stage avec qui les échanges ont été formateurs et riches en transmissions de savoirs ;

A Laetitia Goubet-Fauqueur, tutrice de positionnement, pour ses conseils et ses encouragements ;

Mes remerciements vont aussi à mes collègues de la promotion « Edgar Morin » pour les moments de solidarité et de partage, ;

Au groupe « mémoire » qui a favorisé le partage d'expérience et permis un soutien mutuel ;

A ma famille qui a été d'un soutien indéfectible, particulièrement à mon épouse Alison et à mes enfants Lily et Tom.

Sommaire

Introduction	1
1 L'étude du cadre conceptuel, un éclairage nécessaire	7
1.1 De la Loi HPST vers le rapport Claris : une évolution de la gouvernance	7
1.1.1 La loi HPST	7
1.1.2 Le rapport CLARIS	8
1.1.3 La loi RIST	9
1.2 Les leviers managériaux	9
1.2.1 Le principe de contractualisation	10
1.2.2 Le principe de délégation	11
1.2.3 Le principe de responsabilisation	14
1.3 Le changement de culture managériale.....	16
1.3.1 Le concept de compétence	16
1.3.2 Le concept d'autonomie	20
1.3.3 Le concept de légitimité.....	22
1.4 La politique managériale dans la gouvernance.....	24
1.4.1 La bureaucratie professionnelle	25
1.4.2 Le principe de subsidiarité.....	27
1.4.3 Le management situationnel	28
2 De l'enquête du terrain vers des pistes de réflexions.....	31
2.1 Méthodologie de l'enquête	31
2.1.1 Choix de l'outil et méthode de travail.....	31
2.1.2 Elaboration de la grille d'entretien	31
2.1.3 Présentation du centre hospitalier, lieu de l'enquête	32
2.1.4 Population enquêtée	33
2.1.5 Points forts et limites de l'enquête	33
2.2 Résultats et analyse thématique.....	34
2.2.1 Identification des potentiels leviers managériaux.....	34
2.2.2 La reconnaissance : la base de la culture managériale	36

2.2.3	La stratégie du directeur des soins, catalyseur d'échanges	38
2.3	Synthèse de l'analyse	41
3	Des préconisations pour le directeur des soins	43
3.1	D'un point de vue stratégique	43
3.1.1	Le projet de soins qui tend à devenir le projet médico soignant	43
3.1.2	Le développement de la commission de soins, un lieu reconnu d'expression et d'échange avec les professionnels et les différents partenaires	44
3.2	D'un point de vue managérial	44
3.2.1	Favoriser la responsabilisation	44
3.2.2	Développer la délégation	45
3.2.3	Fédérer autour d'un management par projet pluri coopératif.....	46
3.2.4	Soigner la communication et le transfert d'information en favorisant le décloisonnement.....	46
3.3	D'un point de vue opérationnel	47
3.3.1	Détecter les talents, formaliser les procédures de détection et d'accompagnement	47
3.3.2	Monter en compétence	48
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

CDS	Cadre De Santé
CME	Commission Médicale d'Établissement
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DG	Directeur Général
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
PCME	Président de la Commission Médicale d'Établissement
RH	Ressources Humaines

Introduction

L'élaboration de ce mémoire repose sur des constats locaux basés sur mon expérience de « faisant fonction » directeur des soins dans un établissement de santé. Il me permet d'aborder des questions personnelles mais représentatives de la fonction que je suis amené à exercer.

En effet, je pense que mon parcours professionnel est atypique ou du moins singulier. Demain, je vais être amené à manager, diriger et accompagner les personnes qui étaient mes collègues hier encore.

Mon parcours professionnel s'est réalisé dans un unique centre hospitalier, d'infirmier à faisant fonction de directeur des soins.

Diplômé infirmier en 2001, j'ai intégré le service des urgences. Après l'obtention du diplôme cadre de santé en 2011, je suis revenu dans ce même service. Je n'avais pas effectué de période de faisant fonction. Cette phase de prise de fonction, associée à la difficulté d'adopter une posture nouvelle dans ce service, a été riche en enseignement. J'ai pu percevoir les difficultés pour un jeune cadre, novice, à manager ses anciens collègues. Il n'était pas toujours aisé de sortir d'un registre historique où l'affectif pouvait prendre une place non négligeable. J'ai peu à peu cheminé vers une autre pensée, un autre positionnement, celui de donner un sens à ma fonction.

En 2014, pour élargir mon champ de compétences et de compréhension de l'institution, j'opte pour un changement de service et j'intègre le service de pneumologie et l'unité de chimiothérapie ambulatoire.

Au fil des années, j'assume de nouvelles responsabilités : gestion du service des hôpitaux de jour, plateau d'endoscopie, pool des secrétaires des services de Médecine...

Durant ces années, je mets une distance plus importante entre les équipes et moi, sans pour autant détériorer les relations professionnelles. Cette distance me permet d'être plus efficace et rapide dans mes choix, le poids des décisions me semble moins lourd. La charge de travail le nécessitait, mais je pense également que je cherchais à me protéger. Je ne souhaitais pas appliquer un management affectif.

En 2018, je suis nommé cadre supérieur du pôle de médecine et du service des urgences, j'encadre donc mes anciens collègues. Epanoui dans mon travail, je suis reconnu par mes pairs comme un professionnel possédant l'expertise nécessaire dans la gestion du pôle. Cette prise de fonction s'accompagne d'une formation théorique assez brève concernant ma nouvelle fonction. Cette décision est bien accueillie par mes collègues et par la communauté médicale. Ce nouveau poste me permet également de découvrir davantage l'organisation de l'établissement et de participer plus activement aux prises de décisions.

En octobre 2019, assurant les fonctions de directeur de soins, toujours dans le même établissement, j'encadre une nouvelle fois mes anciens collègues, cela pour la 3ème fois. Cette fois, cela est plus compliqué. Certains collègues cadres supérieurs de pôle, plus anciens dans la profession, expriment clairement leur mécontentement et leur incompréhension sur ce choix institutionnel. Les mots échangés sont forts et le refus de reconnaissance clairement exprimé.

En mars 2020, la crise sanitaire de la COVID19 me permet de prendre une place très importante dans la dimension stratégique. Je pense démontrer toute ma légitimité et l'ensemble de mes compétences dans cette fonction. Je m'interroge cependant sur le relationnel à mettre en œuvre avec mes collègues cadres supérieurs de pôle. Cette interrogation va jusqu'à porter sur leur devoir de loyauté.

Le choix de la direction a été de ne pas promouvoir au mérite sur le critère de l'ancienneté, mais sur le critère des compétences acquises. Cette décision, visait implicitement à engager un changement dans la culture managériale de l'établissement, et a provoqué de l'incompréhension chez certains cadres supérieurs.

Je suis actuellement élève directeur des soins durant toute cette année 2021. Cela me permet de prendre de la distance et d'analyser la stratégie à adopter dès mon retour dans l'établissement. Les échanges durant cette formation sont riches et me permettent de comparer les styles de management ou les modalités d'organisations différentes en fonction des contextes. Pendant mes 20 années d'exercice professionnel, je n'ai pu observer qu'un seul modèle, n'ayant connu qu'un seul directeur des soins.

Le premier axe de problématisation est donc basé sur celui des relations entre acteurs institutionnels dans un contexte contraint par le peu de mobilité ou de changement de personne. Les acteurs sont figés dans des rôles et ils peuvent difficilement changer leur positionnement, même si le contexte l'exige.

Cet ancrage peut être généralisé à l'ensemble des catégories professionnelles de l'établissement.

En plus de ces questions managériales, de posture ou de légitimité, il est important de contextualiser ce questionnement dans mon établissement.

J'ai travaillé dans un centre hospitalier où la mise en place des pôles est récente (2015), voici sa présentation ainsi que celle du groupement Hospitalier de territoire :

Il s'agit d'un établissement public de santé répondant aux besoins sanitaires de la population d'un bassin de vie, qui recense environ 170 000 habitants.

Il dispose d'un plateau technique très conséquent (opérateur et radiologique) qui permet de mettre la qualité des soins au cœur de ses priorités. De plus, il est en constante évolution pour répondre à ses missions de service public hospitalier au regard de l'égalité d'accès aux soins pour tous. Cet hôpital a une capacité de 571 lits et places d'hébergement et compte environ un millier d'employés.

Afin d'adapter l'offre de soins au plus près des besoins de santé de la population sur un territoire donné, il couvre un large panel de spécialités.

À partir de 2009, pour répondre à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire », cet établissement a centralisé toutes ses activités sous un même et seul pôle médical. Le regroupement des activités sur un unique pôle était un choix stratégique porté par le président de la commission médicale de l'établissement. Ce pôle n'était bien entendu pas sous la responsabilité d'un trio de pôle, mais permettait de garder le type de gouvernance historique. La notion de service était très ancrée et la mutualisation des ressources entre ceux-ci était très limitée. Le choix était de répondre à la loi sans provoquer de changements.

En 2014, avec l'arrivée d'une nouvelle direction et conformément à la nouvelle loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui réaffirme l'organisation polaire des établissements de santé, le directoire et les instances ont validé la constitution en pôles d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement. Chaque pôle est dirigé par un trio managérial composé d'un directeur, d'un médecin chef de pôle et d'un cadre supérieur de pôle.

Cela répondait également à une expertise de la chambre régionale des comptes qui pointait une gouvernance atypique. Le centre hospitalier a mis en place 5 pôles d'activités cliniques et médicotechniques. Ce changement a provoqué des réactions diverses chez les différents acteurs mais globalement cette mesure a été bien accueillie. Il est vrai que le rapport de la chambre régionale des comptes sonnait comme une injonction et non comme un libre choix; injonction suffisante pour lutter contre la résistance organisationnelle aux changements. Ce fut une prise de conscience forte de l'existence d'obligations réglementaires motivées par une politique de santé et de gestion, associée à des contraintes médico-économiques.

Par arrêté du 1er juillet 2016 en rapport à la modernisation du système de santé, l'Agence Régionale de la Santé (ARS) a fixé le périmètre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), conformément aux dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016. Il comprend 12 établissements.

Le GHT couvre un territoire de près de 800 000 habitants et il représente une capacité d'accueil de 3000 lits pour plus de 12 000 professionnels (médicaux et non médicaux).

Le projet médical partagé (PMP) du GHT a été adopté le 03 juillet 2017 et le projet de soins partagé, le 14 décembre 2017.

Nous pouvons ainsi noter que la constitution des pôles est relativement tardive par rapport à la publication de la loi. La création des postes de cadres supérieurs de pôle est associée à cette modification organisationnelle. L'expérience est donc récente.

Durant les derniers mois avant mon entrée en formation, une nouvelle équipe de direction est arrivée (Directeur, Directeur des ressources humaines, directeur financier...). Cette équipe a pour objectif de développer l'esprit de la nouvelle gouvernance, de développer l'autonomie polaire en responsabilisant les équipes. Elle favorise l'expression du pouvoir de proposition de chaque acteur, et encourage les projets. Elle ne prône pas la vision pyramidale dans la prise de décision ou la résolution de problématiques.

Il s'agit donc pour moi de manager des cadres de pôles, anciens collègues, dans une stratégie polaire récente qui tend encore à évoluer par l'arrivée de cette nouvelle direction. Je dois faire en sorte que le fait de revenir dans mon établissement soit une force par la compréhension rapide des enjeux et la connaissance des acteurs.

Je cherche alors à étendre mon questionnement au contexte plus général du pilotage des établissements de santé et l'exercice de la fonction de directeur des soins, coordonnateur général des soins.

Ce contexte nécessite des changements ou des adaptations internes car l'évolution des politiques de santé et des textes réglementaires s'enchaînent, avec le risque de cumuler du retard.

Le décalage entre les injonctions nationales et des enjeux d'acteurs internes amène les dirigeants à piloter le changement. Il s'exprime alors un développement de la stratégie aux différents niveaux (direction générale, coordonnateur général des soins, cadres supérieurs de santé, cadre de santé...).

Cette stratégie passe par un changement de culture à intégrer pour une structure bureaucratique (**bureaucratie professionnelle** d'après Mintzberg), avec **autonomie (subsidiarité)**, logique de **compétence** et logique de **contractualisation**.

Enfin, il est nécessaire d'expertiser les nouvelles relations, entre coordonnateur général des soins et les cadres de pôle, induites par la loi HPST, ou encore analyser l'évolution du management par rapport à l'évolution sociétale (critique de l'autorité, demande de participation...)

C'est de ce contexte que ma toute première question concernant la proposition du thème de mémoire émergeait :

« Quel management de la part du Directeur des soins envers les cadres de pôles ? »

Mes objectifs sont le développement des activités des différents pôles, favoriser l'accompagnement et créer une unité institutionnelle. La première reformulation aboutit à : « En quoi le management des cadres de pôle par le directeur des soins peut favoriser le développement de leur pôle ? »

Un écart d'objectifs (ou des enjeux) existe entre le directeur des soins et les cadres supérieurs de pôle. Le DS est centré sur l'atteinte des objectifs stratégiques institutionnelles en tant que membre de la direction. Les cadres supérieurs de pôle peuvent être focalisés sur l'atteinte des objectifs du pôle et la loyauté ou la dépendance au chef médical de pôle. Cette dualité d'appartenance peut se révéler compliquée pour assurer ses missions au quotidien. Entre rattachement hiérarchique à la direction des soins et collaboration fonctionnelle avec les médecins au sein des pôles, les cadres de pôle sont parfois en instabilité dans ce positionnement particulier, quand ce ne sont pas des injonctions paradoxales qui viennent perturber cet équilibre difficile entre les attentes des uns et des autres. Il n'est ainsi pas rare que situé dans cet entre-deux, le cadre supérieur de pôle soit confronté à un conflit de valeurs (entre ses propres valeurs, notamment la transparence et la confiance), voire à un conflit de loyauté (entre sa ligne hiérarchique et sa ligne fonctionnelle).

À la suite de cette prise de conscience, d'échanges et de réflexions, j'intègre le fait que l'historique ne doit pas influencer mes décisions et prises de positions managériales.

La prise de recul provoquée par cette année de formation, associée aux textes réglementaires régissant ma future profession, m'oriente assez rapidement sur la recherche d'une modalité de management spécifique à une telle situation.

L'organisation des pôles vise à éviter les phénomènes de cloisonnement nuisant à la prise en charge globale du patient et à la qualité des soins.

A partir de 2005, la création des pôles d'activité médicale a permis d'en faire le mode d'organisation de référence au sein des établissements. Il s'agissait d'un changement culturel profond en termes de management hospitalier, la mise en place des pôles a vu s'instaurer une véritable collaboration entre praticiens et gestionnaires.

Le directeur des soins occupe aujourd'hui une place centrale dans la dynamique de l'hôpital¹ en tant que manager de la politique des soins. En raison de ses fonctions, il est directement confronté aux professionnels paramédicaux qu'il encadre. Il est chargé de la cohérence institutionnelle de l'établissement et participe à la définition de sa stratégie.

¹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 4

Le directeur des soins est l'animateur et le coordinateur de l'équipe de cadres supérieurs de santé et des cadres de santé. Il est le garant de l'harmonie institutionnelle de l'équipe soignante. Il possède un rôle stratégique, politique, il doit favoriser une approche par processus (chemin clinique). Cette démarche répond aux objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles, de recherche de la performance et de l'efficacité de l'institution. Au niveau du Directoire, il participe à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est responsable et organise la formalisation du projet de soins qui se doit d'être « fédérateur et stratégique », et surtout lisible de tous.

Pour répondre pleinement à ces objectifs et toujours rester associé à mon constat, la question de départ repensée est :

« En quoi le management de l'ensemble de l'encadrement par le directeur des soins favorise l'atteinte des orientations stratégiques de l'établissement de santé ? »

Je compléterai cette question principale en trois sous questions afin de répondre à tous les champs évoqués précédemment :

« En quoi la politique managériale du directeur des soins s'inscrit dans la gouvernance de l'établissement (position DG, PCME, DRH...) ? »

« En quoi le management du directeur des soins peut favoriser le changement de culture managériale de l'ensemble de l'encadrement (CSS et CDS) ? »

« En quoi des leviers managériaux peuvent favoriser le management des cadres de pôle par le directeur des soins ? »

Afin de préciser le contexte de cette étude, une analyse du cadre législatif puis de différents concepts est nécessaire

1 L'étude du cadre conceptuel, un éclairage nécessaire

Cette première partie a pour objectifs d'apporter des éclairages ou des apports théoriques concernant des concepts évoqués dans notre introduction,

Dans un premier temps, nous contextualiserons, par l'étude des réorganisations hospitalières souhaitées et le rappel de la législation. Puis nous aborderons successivement trois chapitres émanant des sous questions évoquées précédemment : les leviers managériaux, le changement de culture managériale, et enfin les éléments relatifs à la politique managériale dans la gouvernance de l'établissement.

1.1 De la Loi HPST vers le rapport Claris : une évolution de la gouvernance

Le contexte hospitalier actuel est particulièrement difficile en cette sortie de crise sanitaire majeure. Nous pouvons mettre en exergue une volonté de moderniser son fonctionnement depuis de nombreuses années avec des propositions très récentes relatives à la gouvernance hospitalière.

1.1.1 La loi HPST

Les réformes du système de santé et, en particulier du système hospitalier sont nombreuses et régulières. L'une des dernières à la fois innovante et bouleversante pour les institutions est celle mise en place par l'ordonnance du 2 mai 2005² et par la loi HPST³ du 21 juillet 2009.

La Loi « Hôpital, Patients, Santé et territoire » instaure une « Nouvelle gouvernance hospitalière » : les établissements se réforment et se rénovent vers une organisation hospitalière plus autonome, un management axé sur la motivation et la responsabilisation des acteurs et tendent vers une politique de Ressources Humaines empreinte de plus de démocratie.

On retrouve parmi ces mesures l'instauration de la nouvelle gouvernance hospitalière, avec l'amélioration de la concertation direction / médecins dans la prise de décisions stratégiques ainsi que le développement de la souplesse de fonctionnement et de la responsabilité médico-économique des services (création des pôles d'activité) ;

² Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
³ Loi HPST (Hopital, Patients, Santé et Territoire) n° 2009-879 du 21 juillet 2009

Elle a trois objectifs :

- Responsabiliser le personnel soignant et non soignant ;
- Elargir l'autonomie de l'établissement ;
- Instaurer des contrats entre les différents acteurs de la santé.

En parallèle, la loi instaure également la tarification à l'activité visant à lier les moyens d'un établissement (dépenses) à son activité (recettes tirées des tarifs nationaux par pathologies) ; c'est-à-dire qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

Nous pouvons rappeler l'esprit de cette réforme : « *Elle n'est pas seulement un regroupement purement géographique de services. Elle initie un mouvement de déconcentration de gestion vers le corps médical, et de décloisonnement des logiques médicales, soignantes et administratives, pour que les décisions soient prises sur le terrain au plus près des patients. La réforme a ainsi pour objectifs d'améliorer la prise en charge du patient et de responsabiliser les équipes soignantes en les initiant à la gestion médico-économique dans la perspective de la réforme de la T2A [...] Dès lors, le pôle étant devenu l'échelon pertinent de la gestion médico-économique, il n'y a plus d'autres choix que d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension* ». ⁴

Dans cette réforme hospitalière, il y avait donc initialement deux éléments très importants : les regroupements de services d'une part, qui doivent permettre une délégation de gestion et la mutualisation des moyens, et le nouveau système de financement à l'activité d'autre part, qui permet à ces pôles de générer eux-mêmes leurs recettes.

1.1.2 Le rapport CLARIS

Il s'agit du rapport concernant la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière confiée au Professeur Olivier CLARIS, en juin 2020.

Dans le cadre de « Ma santé 2022 », une mission d'expertise sur une évaluation de la gouvernance hospitalière vers davantage de médicalisation a été confiée par le ministre de la Santé en décembre 2019 au professeur Olivier Claris, président de la CME des Hospices Civils de Lyon. Après enquêtes, rencontres avec les professionnels et auditions d'experts ainsi que la diffusion massive d'un questionnaire auprès de cadres et de praticiens, il formule 56 recommandations, dont 20 principales et recommande 27 bonnes pratiques managériales à généraliser.

⁴ EHESP, 2012, *Les pôles d'activités : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management*.

Le constat principal est celui d'une perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public pour les médecins et les soignants, lié à des rémunérations jugées insuffisantes, mais aussi un travail difficile, une faible implication des acteurs de terrain dans la gouvernance, des cloisonnements entre services, ainsi qu'une dévalorisation du service, considéré pourtant par les équipes comme le niveau de référence de l'action.

Parmi les propositions, nous pouvons noter :

- le renforcement du binôme président de CME/Directeur avec une extension des prérogatives de la CME dans la gestion, notamment un avis préalable sur le budget de l'établissement,
- une plus grande délégation vers les pôles avec une participation plus importante du service dans cette délégation. Cette délégation porterait sur « les ressources humaines, les petits travaux et une enveloppe d'équipements courants ».

Le rapport met en exergue une insatisfaction des soignants, avec peu d'informations et d'explications sur les décisions (fermetures de lits, modification de l'organigramme, système informatique inadapté), une opacité sur l'affectation des crédits, notamment ceux qui sont fléchés, la lourdeur des procédures, des centres de décision de plus en plus lointains (direction commune, GHT), et survolant les problèmes à distance, un sentiment de coupure soignants/directions croissant.

1.1.3 La loi RIST

La loi RIST⁵ du 26 avril 2021, fondé sur le rapport du Professeur Olivier Claris, concrétise les mesures non budgétaires issues des conclusions du Ségur de la santé de juillet 2020. Selon son exposé des motifs, l'objectif est de poursuivre la modernisation du système de santé, par une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation pour les établissements, et une réhabilitation du service de soins. Elle vise à l'amélioration du quotidien des soignants et de la prise en charge des patients.

1.2 Les leviers managériaux

Nous aborderons dans ce chapitre, trois thèmes émanant de cette actualité. Le premier est celui de la contractualisation, largement évoquée depuis la mise en place des pôles en 2005, suivi de celui de la délégation puis de la responsabilisation.

⁵ LOI N°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

1.2.1 Le principe de contractualisation

La contractualisation interne constitue une étape dans le processus de modernisation de l'hôpital, en introduisant une méthode de gestion axée sur la qualité et la participation, dans un contexte de démocratisation du management hospitalier. Elle avait été instituée par l'ordonnance de 2005. La contractualisation a été supprimée au profit du contrat de pôle par la loi HPST. Le responsable de pôle devenant ainsi le chef de pôle.

L'article L.6146-1 alinéa 8 du code de la santé publique dispose que « le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle ».

Ainsi dans les pôles d'activités cliniques et médico-technique, le président de la CME contresigne le contrat de pôle et atteste de la conformité du contrat de pôle avec le projet médical d'établissement.

Dans les pôles hospitalo-universitaires, c'est le directeur de l'unité de formation qui contresigne le contrat de pôle (ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical en cas de pluralité d'unités).

Le chef de pôle « met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle⁶ ». Il est également de son pouvoir d'organiser 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, prévu par le projet de pôle (avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement).

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

L'article L.6146-8 du code de santé publique issue du décret du 11 juin 2010 apporte cinq précisions au contrat de pôle :

- Le contrat de pôle « *définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de ces objectifs* »⁷;
- Il définit « *le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans différents domaines* »⁸;
- Il « *précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants* »⁹ :
 - gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle,
 - gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux,

⁶ CSP, art. L.6146-1, al 11.

⁷ CSP, art. R.6146-8, I.

⁸ CSP, art. R.6146-8, II.

⁹ CSP, art. R. 6146-8, III.

- définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière,
 - proposition au directeur du recrutement du personnel non titulaire du pôle,
 - affectation des personnels au sein du pôle,
 - organisation de la continuité des soins,
 - participation à l'élaboration du plan de formation des personnels et au DPC.
- « Il précise le cas échéant les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion ¹⁰ » ;
 - « Il est conclu pour une période de 4 ans¹¹ ».

La contractualisation est donc une méthode de gestion visant à se développer davantage. Cependant, la mise en opérationnalité peut être très tributaire des différents acteurs. Cette volonté de développer le participatif au sein de la gouvernance, doit s'associer à des modes de management adaptés. Nous allons ainsi poursuivre sur le principe de la délégation.

1.2.2 Le principe de délégation

Afin d'étayer le constat initial qui décrit une volonté d'éviter un fonctionnement pyramidal, il est légitime de se référer au concept de la délégation. Nous pourrions nous poser la question : « La délégation est-elle une nécessité managériale ? »

Etymologiquement, la délégation renvoie au vocable procuration.

Dans leur ouvrage¹² Didier Retour et Thierry Pick repèrent la définition suivante « la délégation consiste à donner à autrui l'autorité nécessaire pour agir à votre place en lui confiant une mission et en le rendant responsable des résultats qu'il obtiendra ».

Parfois la délégation est vécue de façon inéquitable car associée au fait de se voir confier le travail non souhaité par le délégataire. Toutefois, la délégation doit être un accord formel de transfert de tâches relevant de la responsabilité d'un responsable hiérarchique et qu'il confie sur un temps donné avec le pouvoir décisionnel y afférent à un collaborateur. Cela nécessite une évaluation des compétences et de la capacité d'autonomie.

¹⁰CSP, art. R. 6146-8, IV.

¹¹CSP, art. R. 6146-8, V.

¹²RETOUR D, PICQ T ; 2006, *La délégation managériale : levier de la responsabilisation croissante La mobilisation des personnes au travail*. In : Gestion, Collection Racines du savoir, Montréal. pp.440-463

Appliquer ce mode d'organisation met en évidence des enjeux managériaux : Cela est souligné par Annick Renaud Coulon¹³ :

- Meilleur pilotage de son équipe,
- Majoration des compétences des collaborateurs,
- Evaluation des compétences des collaborateurs (pilotage, autonomie...),
- Gain de temps,
- Optimisation de ses fonctions.

Les délégations sont confiées à un collaborateur qui peut ainsi évaluer ses compétences et affiner son projet professionnel. La valorisation apportée par cette délégation amène un enrichissement dans l'investissement auprès de l'équipe et de ce fait dans la qualité du service rendu.

De plus, cela permet au responsable de dégager du temps pour optimiser les missions qu'il aurait négligé. Matthew W Hind¹⁴ aborde le fait que le temps dégagé permet de se consacrer à des activités à plus forte valeur ajoutée mais aussi de développer des réflexions novatrices au service de l'institution et de pouvoir maintenir une veille professionnelle. Souvent l'opérationnalité empiète sur la dynamique de réflexion et de prise de distance pourtant nécessaire. La délégation permet donc une optimisation de l'organisation.

Cependant on peut s'interroger sur les freins à la dynamique de délégation.

Du côté du collaborateur recevant la délégation des raisons d'ordre psychologique peuvent être causes de refus. En effet, Christian Doyon¹⁵ souligne que prendre la responsabilité d'une délégation est associé à la prise de conscience des risques humains, juridiques et nécessite un engagement, une dynamique ambitieuse et une exposition de ses compétences (savoirs, savoir-faire et savoir être).

Le fait de se différencier des autres membres de l'équipe peut amener aussi un risque d'isolement et de rupture avec le groupe d'où l'importance pour le manager de déléguer de façon équitable auprès des membres de son équipe. Il est important de communiquer sur cette répartition en fixant pour chaque personne des objectifs personnalisés en fonction des compétences de chacun.

Les freins peuvent aussi provenir du délégataire, de sa personnalité et de ses compétences.

¹³ RENAUD-COULON A, 1992, *La délégation de pouvoir et ses multiples dimensions*, Paris, Dunod, 188 p.

¹⁴ HIND M-W, *Effective délégation*, In : Management décision, vol 29 n°5, pp 59-63

¹⁵ DOYON C, 1997, *La délégation. Responsabilisez votre personnel*, Paris Nouvelles Editions 2ème édition, 95 p

Toutefois ils peuvent être en lien aussi avec le contexte (culture, ressources).

Autant il est difficile d'agir sur le contexte, cependant explorer les freins liés à la personne est judicieux.

Les principales causes sont :

- Conserver des activités car elles ont un attrait voire une passion

En faire le deuil est une étape douloureuse non souhaitée ou impensable.

- Ne pas formaliser la délégation

Le fait de ne pas établir des objectifs clairs (méthode SMART), mais aussi de ne pas prévoir des moments de suivi et contrôle, de ne pas communiquer à l'ensemble de l'équipe favorise l'inefficacité de la délégation.

- Trop formaliser la délégation

A contrario, un excès de formalisme avec par exemple une impossibilité d'adapter la fiche de poste d'un collaborateur empêche la délégation.

- Rechercher l'assurance

La prise de risques lors de la délégation n'est pas toujours assumée par le délégant (acceptation du droit à l'erreur, principe de précaution).

Il convient de distinguer les risques objectifs et subjectifs mais aussi ce qui relève de l'erreur et de la faute.

La préoccupation qui accompagne la délégation est naturelle ; elle est un baromètre pour quantifier la délégation (absence = marge de délégation possible).

- Avoir des ressources humaines insuffisantes

L'organisation interne et/ou les ressources limitées peuvent influencer sur la capacité de délégation. Un diagnostic est utile pour justifier d'une proposition de réorganisation ou un renfort humain.

- Évaluer les compétences des collaborateurs insuffisamment

Une évaluation objective est nécessaire pour déterminer une incapacité à réaliser des délégations (tâches liées au métier et tâches liées à la fonction).

- Refuser de ne plus maîtriser

La perte de pouvoir vécue par le délégant peut restreindre les délégations. L'éloignement de décisions, de projets n'est pas supporté et empêche une disponibilité pour d'autres.

- Refuser de perdre le lien avec le terrain

La délégation est vécue comme un risque de fragilisation de la légitimité par une perte de crédibilité. Cela serait lié au fait de la distanciation et de la déconnexion face à l'évolution ou aux modifications des techniques.

- Évoquer le manque de temps

La délégation est décrite comme chronophage : expliquer et suivre. Il est alors privilégié de le faire soi-même.

- Avoir un comportement protectionniste

La délégation est alors pensée comme des épreuves incommodes voire contraignantes pour les collaborateurs. Le manager maintient les autres dans leurs zones de confort et ne favorise pas l'épanouissement et l'évolution professionnels.

La délégation possède des points faibles. Elle doit être précédée d'une phase importante de formalisation et de description des processus. Elle est également très dépendante des acteurs, la délégation pouvant être appréciée différemment. Dans la continuité de la délégation, nous pouvons aller plus loin, en abordant la responsabilisation.

1.2.3 Le principe de responsabilisation

C'est le principe donnant plus de flexibilité à une personne tout en imposant une obligation de résultat et de justification.

Dans ce cas, le rôle principal du manager est alors de permettre à ses collaborateurs d'exercer des responsabilités (responsabiliser) en leur confiant, par une série de comportements délégués progressifs, des activités, des missions et des projets adaptés à leurs capacités et susceptibles de les faire progresser, et en s'assurant de la bonne réalisation de ceux-ci. Plus largement, il est aussi possible de définir progressivement ce qui sera sa principale contribution pour confier à l'équipe le plus possible la « marche courante » de l'activité et se concentrer sur les questions clés et la préparation de l'avenir. C'est en cela que la délégation pose cependant question lorsque les structures comprennent plusieurs niveaux d'encadrement. Quel mode de management adopter dans chacune des entités dirigées par un membre d'une équipe elle-même gérée dans un mode de responsabilisation ?

Autrement dit, lorsque celui ou celle qui délègue largement vers les membres de l'équipe dirigeante s'adresse à des personnes qui sont elles-mêmes managers, faut-il leur demander le même engagement envers le management responsabilisant ou les laisser libres de leur choix en fonction de leur contexte ? Quelles vont être les conséquences pour les autres, pour l'encadrement intermédiaire, pour les personnes de l'organisation ?

Dès lors, il existe 2 options :

-Le dirigeant considère que c'est l'affaire de chacun. Il décide de laisser chaque membre de l'équipe choisir selon son environnement, considérant, à juste titre, qu'il est notablement différent. Certains ont avec eux des débutants, d'autres des personnes plus expérimentées, certains travaillent dans un univers très réglementé, d'autres non. Nous restons alors en

mode « délégation », des différences de modes de management vont apparaître au sein des différentes entités, il peut donc y avoir des échanges sur le mode de management entre secteurs, certainement une incitation, des outils, des visites croisées pour suggérer d'aller vers un management le plus responsabilisant possible. Mais cela présente des limites, le dirigeant incite et anime mais sans imposer.

-La seconde option est celui du manager désireux de faire partager son idéal de la responsabilisation. Le dirigeant décide de demander à tous les managers de passer dans ce mode dans un délai rapproché. Il choisit, fort de son expérience et de ses convictions de transformer l'organisation en « laboratoire de management responsabilisant ». Mais cette responsabilisation devient alors un projet qui le ramène en mode de leadership, porteur de la dynamique « responsabilisation pour tous » et dans un mode plus directif, puisqu'il va falloir mettre en place des modes de fonctionnement, des règles du jeu dans ce nouveau contexte. Il s'agit alors de mettre en place les prérequis de cette nouvelle culture et préparer les managers à cette politique de responsabilisation.

Nous pouvons faire le constat que la responsabilisation est plus ambitieuse que la délégation. En tant que but vers lequel tendre, en tant que position acquise temporairement, elle est probablement la posture de direction et de management la plus novatrice, la plus performante en termes d'énergie collective. Elle est aussi la plus instable et la moins durable dans le temps.

Le mode responsabilisation pour une organisation est :

- une organisation qui repose sur des équipes de taille limitée, fortement connectées aux autres équipes ;
- des équipes dans lesquelles chacun joue un rôle pour le collectif en plus de son poste habituel ;
- des décisions de vie d'équipe qui sont prises en commun ;
- une croissance de l'organisation qui se fait en créant des nouvelles équipes de taille comparable (pas en faisant grandir la taille des équipes) ;
- des services supports qui sont intégrés autant que possible aux équipes de manière à permettre à celles-ci la plus grande autonomie sur les décisions courantes. Un centre commun demeure, le plus petit possible ;
- des équipes qui contribuent par la voix d'un représentant au management de l'équipe de niveau supérieur et à la construction des décisions majeures de l'organisation ;
- des équipes, des personnes dans les équipes, qui ont vocations à proposer des innovations en consultant de façon transverse les parties prenantes de la décision associée ;
- une organisation de l'espace adaptée ;

-des processus et des modes de fonctionnement revus selon la « nouvelle donne » pour écrire les « règles du jeu » de l'organisation.

La recherche de la responsabilisation des acteurs est alors à prioriser. Celle-ci est plus ambitieuse que la simple délégation. L'association de la contractualisation et de la responsabilisation est un objectif principal dans la logique de la gouvernance hospitalière.

1.3 Le changement de culture managériale

Avant d'aborder le concept de l'autonomie et de la légitimité, nous reviendrons sur le concept de compétences.

1.3.1 Le concept de compétence

Remplir des missions d'encadrement requiert des compétences spécifiques que seul le métier initial ne permet plus de mettre en évidence.

La seule expertise métier ne suffit plus. Il est indispensable de posséder des compétences en communication, en gestion et en organisation.

La qualification du cadre de santé est certes légitimée par un diplôme, mais ce sont ses compétences dans l'action qui le positionne au regard des équipes.

Claude Lévy-Leboyer écrit : « *Les compétences concernent la mise en œuvre d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi des connaissances acquises pour mener à bien une mission complexe. Les compétences sont un ensemble de conduites organisées, au sein d'une structure mentale, elles sont aussi organisées et relativement stables et mobilisables à la demande. Elles impliquent une expérience et une maîtrise réelle d'une tâche ou d'un ensemble d'activités.*¹⁶ »

Guy Le Boterf, auteur de *Construire les compétences individuelles et collectives*¹⁷ s'est beaucoup intéressé au concept de compétences.

Il dit que « *La compétence n'est pas un état ou une connaissance [...] des personnes qui sont en possession de connaissances ou de capacités ne savent pas les mobiliser de façon pertinente et au moment opportun [...] L'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte*

¹⁶ LEVY-LEBOYER C, 2009, *La gestion des compétences*, collection ressources humaines, 144p, Eyrolles

¹⁷LE BOTERF G, 2001, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'organisations

singulier... est révélatrice du passage à la compétence. Celle-ci se réalise dans l'action. Elle ne lui préexiste pas... Il n'y a de compétence que de compétence en acte ».

Dans cet ouvrage, Le Boterf évoque également la transférabilité : « *elle n'est pas à rechercher dans les compétences, les savoirs faire ou les connaissances du professionnel, mais dans sa faculté à établir des liens, à tisser des fils, à construire des connexions entre deux situations* ».

Guy Le Boterf distingue « être compétent » et « avoir des compétences » pour savoir agir avec compétence en situation¹⁸.

Il précise « Être Compétent », c'est agir avec compétence, c'est-à-dire mettre en œuvre des pratiques professionnelles et des combinatoires de ressources pertinentes ; « Posséder des compétences », c'est avoir des ressources pour agir avec compétence.

Guy Le Boterf stipule que pour agir, il y a trois conditions qui se combinent : le vouloir agir, le pouvoir agir et le savoir agir.

-Le vouloir agir qui se réfère à la motivation, à l'implication de la personne.

-Le pouvoir agir renvoie au contexte et à l'environnement qui rendent ou non possibles la prise de décisions, de responsabilité

-Le savoir agir renvoie à la combinaison des ressources, de la situation et des résultats attendus (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...).

✓ **Le vouloir agir**

Le vouloir agir dépend uniquement de l'individu. Nous supposons que son épanouissement professionnel influe directement sur son implication dans l'institution, sa légitimité et sa reconnaissance également. L'institution doit lui donner envie d'agir.

✓ **Le savoir agir**

Le professionnel doit non seulement savoir exécuter ce qui est prescrit mais doit savoir aller au-delà du prescrit. Face aux aléas, face aux imprévus, face à la complexité des systèmes et des logiques d'action, le professionnel sait prendre des initiatives et des décisions, négocier et arbitrer faire des choix, prendre des risques, réagir à des aléas, des pannes ou des avaries, innover au quotidien et prendre des responsabilités. Le savoir agir ne consiste pas seulement à savoir traiter un incident, mais également à savoir l'anticiper.

Il sait choisir dans l'urgence, l'instable ou l'éphémère. Le professionnalisme se prouve par la mise en œuvre régulière et non pas accidentelle. Il en va de même pour l'incompétence.

¹⁸ Conférence les journées de l'ARSI (Association pour la Recherche en Soins Infirmiers) Paris la Défense, 26-27 janvier 2006

Ce n'est pas parce qu'une personne « échoue » de façon exceptionnelle qu'elle peut être caractérisée d'incompétente.

Le savoir agir, c'est « savoir interpréter » et « savoir quoi faire » en contexte exceptionnel dégradé et de crise.

Notons que le savoir agir signifie parfois ne pas agir. Peut-être conviendrait-il mieux de parler de savoir réagir. Une bonne réaction peut parfois être de ne pas intervenir.

✓ **Le pouvoir agir**

Le professionnel n'est pas celui qui possède des savoirs ou des savoir-faire, mais celui qui sait les mobiliser dans un contexte professionnel.

La compétence est toujours « *compétence pour* ».

Un bon professionnel sait non seulement maîtriser une technique, mais il sait la mettre en œuvre dans un contexte de compétitivité et de stress. Toute action a lieu dans un contexte, dans une situation déterminée.

Le professionnel fait ses preuves dans l'action. La pratique régulière est une garantie de confiance. La recherche de la difficulté est une occasion d'apprendre mais également de rechercher la reconnaissance d'autrui.

La compétence en situation, c'est prendre la mesure et s'y adapter.

Les acteurs sont toujours « situés ». Ils sont insérés dans un contexte d'action qui constitue leur environnement de travail immédiat.

On observe 3 types d'activités représentant un ordre croissant dans le coût de mobilisation des ressources à savoir :

- des activités de routine fondées sur des habitudes,
- des activités régies par des règles et qui exigent en conséquence un contrôle permanent de leur respect,
- des activités qui doivent se baser sur les connaissances et un ensemble de concepts.

A) Mobiliser les ressources d'un réseau

Le professionnel ne peut pas tout savoir mais il n'est pas seul.

Il doit savoir mobiliser en temps opportun, non seulement ses propres connaissances et savoir-faire, mais également ceux de ses réseaux professionnels.

Le savoir et le savoir-faire d'un professionnel ne se situent pas que dans sa personne. Ils sont reliés à tout un réseau de relations personnelles, de personnes-ressources, de banques de données, de carnets de notes. Le professionnel n'est pas compétent tout seul. Les compétences sont toujours contextualisées. Les savoirs et savoir-faire n'acquièrent le statut de compétence que lorsqu'ils sont communiqués et échangés.

La compétence de l'expert est toujours le fruit d'une combinaison nouvelle obtenue par confrontation avec d'autres savoir-faire individuels mis en commun.

B) La combinaison des ressources

Les savoirs et savoir-faire sont divers, hétérogènes, et multiples.

Le professionnel doit savoir sélectionner les éléments, les organiser et les employer pour réaliser un projet. Il ne se limite pas à une simple addition de savoirs partiels.

Donc le bon manager n'est pas celui qui applique en toute circonstance le même comportement : il sait moduler sa stratégie de management en fonction des situations qu'il rencontre.

Être compétent c'est savoir enchaîner et même savoir improviser des enchaînements qui ne peuvent se décrire qu'une fois réalisés. Il ne peut être figé a priori.

Nous avons montré que « la » compétence du professionnel n'est assimilable ni aux connaissances, ni aux procédures ou aux règles, ni à la performance. Elle est dans ce « savoir combiner » qui les dépasse.

La compétence est « ce quelque chose » qui rend possible de faire...

Savoir combiner, c'est aussi savoir improviser face à l'imprévu.

Il apparaît donc que la compétence est un processus qui permet de mobiliser des connaissances adaptées à une situation particulière. C'est un savoir en actes qui permet de mettre en œuvre une stratégie pour résoudre un problème donné. Les connaissances, à elles seules, ne permettent pas de dire qu'une personne est compétente encore faut-il que celle-ci puisse les utiliser à bon escient. La compétence ne se résume pas seulement à la somme d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir être mais c'est un savoir agir donc une combinaison de ces savoirs pour un raisonnement adéquat dans une situation particulière.

Mais une fois les compétences acquises, comment développer l'autonomie qui est nécessaire comme nous l'avons vu précédemment au principe de responsabilisation.

1.3.2 Le concept d'autonomie

L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix.¹⁹

A l'hôpital, elle peut se définir comme la combinaison de la compétence et de l'engagement d'une personne ou d'un groupe dans le cadre d'un objectif, d'une mission, d'un projet. Elle est relative à une situation précise, ce qui signifie qu'une même personne possède des degrés d'autonomie professionnelle variés selon les situations qu'elle rencontre.

L'autonomie n'est pas l'indépendance, qui serait alors l'exercice d'un métier dans un cadre libéral ou autoentrepreneurial.

Quand les personnes arrivent dans une nouvelle structure, c'est toute une trajectoire individuelle qui se trouve confrontée à un cadre organisé et à « une culture ». C'est à dire des environnements physiques, à des manières d'être et de faire, à des interdits et des non-dits, à des managers plus ou moins adaptés aux particularités de chacun, à des collègues plus ou moins accueillants, plus ou moins aidants pour expliquer les essentiels du métier et les comportements attendus.

A) Première dimension de l'autonomie professionnelle : **la situation**

L'autonomie dont il s'agit ici est celle qui se manifeste dans le cadre d'une organisation, mais dans un endroit précis : un poste, un rôle, une mission, un projet. C'est-à-dire un périmètre défini, à un moment dans le temps : une situation.

Or la situation est aussi liée aux perspectives qu'offre la situation : à partir de cet endroit où je travaille aujourd'hui, de ce lieu qui est devenu le mien, puis je me projeter ? Quelle serait la prochaine étape possible ? L'individu construit ou capitalise-t-il sur ses connaissances, ses compétences, ses expériences ?

La situation, c'est à la fois un lieu, le travail effectué, les relations interprofessionnelles, mais aussi la projection rendue possible.

B) Deuxième dimension de l'autonomie professionnelle : **la compétence**

Le terme compétence est employé ici dans un sens « macroscopique » consistant à regarder l'ensemble de ce que la personne est capable de mobiliser pour atteindre un but. La compétence se définit par une combinaison du « savoir », « savoir-faire », et « savoir-être », pour un savoir agir dans une situation particulière.

Il est dès lors important de réaliser régulièrement une estimation globale du niveau de compétence de chacun, afin de définir les progrès nécessaires pour accomplir les tâches ou missions demandées. Une partie de ces progrès se fera de façon formalisée, par

¹⁹ WARCHOL N, 2012, *Dans Les concepts en sciences infirmières*, pages 87 à 89

apprentissage en salle, par Self-Learning, par tutorat. Une autre partie se fera seule par l'exploration et l'expérimentation ; L'accompagnateur bienveillant de ces progrès peut être le manager, un tuteur, un formateur...

Une vigilance sera apportée sur les tâches répétitives sans ou avec peu de progrès de compétences, qui conduisent à cristalliser des routines et rendent tout changement ultérieur très difficile. Ces activités doivent être identifiées et si possible faire l'objet de rotations régulières.

C) Troisième dimension de l'autonomie professionnelle : **l'engagement**

S'engager, c'est déployer dans une situation avec le niveau de compétence acquis, l'énergie nécessaire pour l'accomplissement d'une tâche, d'une mission d'un projet. C'est aussi avoir envie de cela, envie de ce succès, envie d'exercer son métier, envie d'entraîner les autres. Ainsi, il existe un engagement global envers son institution, composante de l'autonomie globale mais aussi un engagement plus spécifique, plus précis, plus limité, pour un objectif, un projet, une mission.

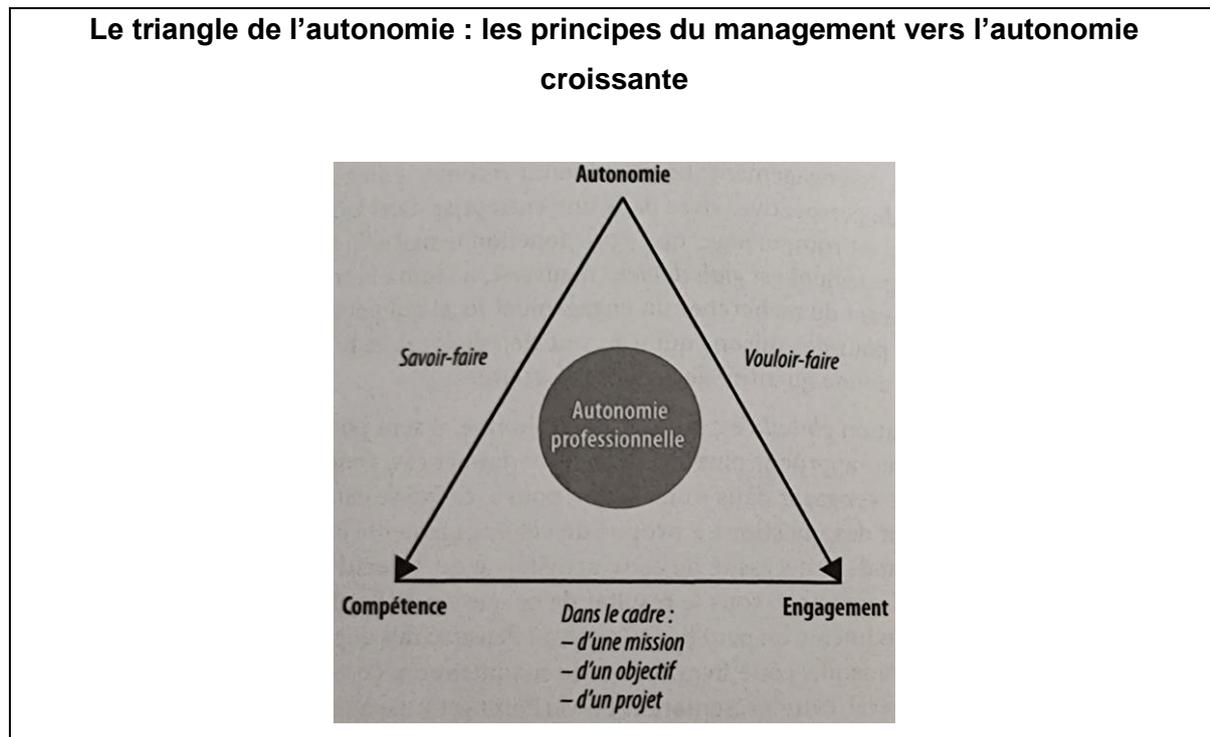
L'engagement global est la toile de fond de l'engagement local et s'il est altéré, celui-ci le sera également. Didier Noyé²⁰ rappelle les principales causes du désengagement : ne pas se sentir reconnu, constater une absence de perspective, vivre dans une entreprise dans laquelle le lien social est rompu, juger que cela fonctionne mal. Si la situation d'engagement est globalement mauvaise, il faudra la traiter en priorité avant de rechercher un engagement local qui peut être en difficulté pour des raisons plus profondes.

A contrario, si la situation globale est suffisamment bonne, il sera possible de passer à une approche plus locale. Dans ce dernier cas, s'engager, ce sera « une action pour » ce qui suscite immédiatement des questions à propos de cet engagement : êtes-vous convaincu de la nécessité de cette activité, de cet objectif ? de son intérêt ? connaissez-vous le résultat de ce que vous allez faire ? En serez-vous fier ? Content ? Pensez-vous que cette commande est utile à quelqu'un, quelque part ? Voire nécessaire ? Aimez-vous faire cela ? Faites-vous ce que vous aimez faire ? Qu'en ait-il de l'objectif que l'on cherche à atteindre ?

Pour de nombreuses personnes, des niveaux différents d'engagement seront de fait à considérer selon les objectifs, activités, missions, puisque la réponse à ces questions sera variable, et parce que tous ne peuvent pas faire uniquement ce qui les engage le plus. Il y aura donc des niveaux d'engagement différents selon les activités, tout comme il y a des niveaux différents selon les activités, tout comme il y a des niveaux différents de compétences.

²⁰ NOYE D, 2014, *Restaurer la motivation et l'engagement*, Insep Consulting, 2014

Il est à apporter une vigilance sur l'engagement, qui est à la fois global et local, et un examen attentif de l'engagement pour chaque activité, chaque mission.



L'autonomie professionnelle est donc la résultante de ces trois dimensions :

- dans une situation ;
- un niveau de compétences ;
- un niveau d'engagement.

Pour développer l'autonomie des personnes et des équipes, il est nécessaire de considérer l'autonomie professionnelle avec le recul de la construction de la personne et tenir compte des trois composantes mentionnées ci-dessus.

Pour poursuivre, nous aborderons le concept de légitimité. En effet, comme évoqué durant l'introduction, la légitimité peut être un facteur favorisant à la prise de décision et dans le positionnement. Etayer ce concept peut être un gage de compréhension.

1.3.3 Le concept de légitimité

La légitimité est un accord tacite subjectif et consensuel axé selon des critères éthiques et de mérite quant au bien-fondé existentiel d'une action humaine. La légitimité s'entend comme un droit d'agir concédé au détenteur du pouvoir par ceux qui le subissent. Dans une relation hiérarchique, la légitimité fonde l'autorité et donne à celle-ci la justification de son acceptation.

La reconnaissance et la légitimité sont deux choses différentes. Nous le comprendrons en étudiant successivement ces deux concepts même si d'emblée, nous pouvons dire que la légitimité est fondée de droit tandis que la reconnaissance est un jugement extérieur.

Etymologiquement, la légitimité est un pouvoir conféré par la loi. La personne légitime est habilitée à prendre des décisions, à prononcer des arbitrages qui seront ensuite appliqués par d'autres personnes. La légitimité ne garantit par la justesse (au sens de justice) ou l'objectivité de ces décisions mais seulement que la personne qui les prend en ait le droit.

C'est cette légitimité qui nous permet de mettre fin à des conflits, de prendre les décisions collectives. Elle nous permet de trancher.

Elle nous est utile et nécessaire dans nos fonctions.

Elle évoque ici l'origine du pouvoir, notre capacité à décider.

Elle est une manière d'asseoir son autorité sur l'équipe mais sur un fondement juridique, éthique ou morale. Elle permet de recevoir le consentement de son équipe.

Le pouvoir pourrait se définir par «*la capacité qu'a un individu ou un groupe d'individus d'affecter concrètement le fonctionnement ou les résultats d'un autre individu ou groupe d'individu* ²¹». Nous précisons que l'autorité n'est que la composante formelle du pouvoir, la dimension informelle étant l'influence.

Ainsi, le pouvoir est l'association de l'autorité et de l'influence.

Nous comprenons bien que le pouvoir et la légitimité sont liés.

Selon M. Weber²², dans son ouvrage « Le savant et le politique », il existe trois grands types de légitimité au sein de la société :

-La légitimité du pouvoir rationnel légal

C'est le cas quand la légitimité de quelqu'un est fondée sur la reconnaissance de ses titres, diplômes et ordonnances pour assurer ses fonctions. De ce fait, elle s'identifie à la légalité. Cependant, on peut présumer que si le pouvoir légal est le pouvoir légitime, c'est parce que la loi qui le fonde est elle-même légitime. Il s'agit d'un pouvoir de droit.

La qualification, élément qui rentre dans la conception de l'identité professionnelle évoquée préalablement est de ce type. : c'est la légitimité acquise par le Cadre de Santé à la fin de ses études en Institut de Formation des Cadres de Santé.

²¹ MARECHAL M, 2010, *Institut de Formation des Cadres de Santé*, CHU Lille

²² WEBER M, 1959, *Le savant et le politique*, Paris, Edition Plon

-La légitimité du pouvoir traditionnel

Elle existe quand la légitimité de quelqu'un repose sur le caractère sacré des traditions. Elle est définie comme l'usage ou la manière de faire ou d'être auquel on s'attend. L'autorité fait référence à la culture traditionnelle. C'est le pouvoir de la compétence ou de l'expertise. Le respect permet l'application de la légitimité. C'est un pouvoir naturel.

C'est ici le terme du vécu, de l'historique qui est abordé. Le cadre de santé sera d'autant plus légitime qu'il sera reconnu expert des pratiques de son équipe.

-La légitimité du pouvoir charismatique

L'individu doit sa légitimité au dévouement hors norme qu'autrui lui porte. Il doit à son charisme, sa force ou sa personnalité hors du commun.

C'est peut-être ce type de légitimité qui est le plus difficile à acquérir. Certaines personnes doivent uniquement leur position à leur charisme ou comme une récompense à une loyauté ou à leur façon d'être.

Ces trois types de pouvoirs légitimes ne sont pas indissociables les uns des autres, mais peuvent se combiner chez l'individu. Pour le cadre de santé, il s'agirait même d'une obligation.

Ainsi l'addition de ces trois pouvoirs constitue le pouvoir réel.

Nous pourrions faire ici un parallèle avec le Savoir (la légitimité du pouvoir rationnel légal), le savoir-faire (légitimité du pouvoir traditionnel) et le savoir être (le pouvoir charismatique).

Le décideur (manager) est légitimé par l'obtention de son diplôme mais il lui faut aussi acquérir de la reconnaissance auprès de son équipe.

Nous noterons également que si la légitimité est associée au pouvoir et à l'autorité, elle l'est tout autant à la responsabilité. C'est-à-dire qu'elle entraîne l'obligation de répondre de ses décisions, de ses actions devant les autres.

1.4 La politique managériale dans la gouvernance

Avant de traiter les principes du management situationnel ou de la subsidiarité, nous aborderons le concept de la bureaucratie professionnelle. Cette description revient sur les types d'organisations et nous éclaire sur le positionnement des acteurs, notamment le monde administratif et le monde médical.

1.4.1 La bureaucratie professionnelle

C'est une organisation dotée :

- D'une ligne hiérarchique limitée,
- D'un sommet stratégique disposant de peu de pouvoirs pour défendre ses options,
- Et d'une base opérationnelle pour tout ou partie dotée d'un haut niveau de compétence lui permettant de se dispenser de toute formalisation. En effet, grâce à leur haut niveau de compétence, les professionnels possèdent une large autonomie et détiennent un pouvoir substantiel sur la réalisation de leur travail.

Henri Mintzberg, en 1982 dans « *Structures et dynamiques des organisations* »²³ décrit une organisation de base du travail, qui est constituée de cinq parties :

- un centre opérationnel,
- un sommet stratégique,
- une ligne hiérarchique opérationnelle,
- une technostructure,
- des fonctions de support logistique.

Il peut aussi être rajouté la culture ou l'idéologie qui caractérise les traditions et croyances de l'organisation et contribue ainsi à sa spécificité.

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

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

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

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

²³ MINTZBERG H, 1982, *Structures et dynamique des organisations*, 1ère édition, Paris : Éditions d'organisation, 434 p.

charge des finances) et des fonctions de support logistique (filiale administrative et technique), et surtout deux lignes hiérarchiques distinctes.

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

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

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

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

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

Si la base sociologique de l'organisation du travail à l'hôpital reste et demeure depuis longtemps, le fonctionnement hospitalier et l'organisation de sa structure ont été examinés régulièrement par le politique dans le but d'une meilleure organisation, plus efficace et plus efficiente.

Cette différenciation traduite par la confrontation administration/monde médical est à prendre en considération dans les relations interdisciplinaires et interprofessionnelles.

Une incompréhension peut survenir du fait du niveau de prise de décisions, souvent perçu comme trop éloigné du terrain.

Pour un éclairage concernant cette thématique, nous allons maintenant aborder le principe de subsidiarité.

1.4.2 Le principe de subsidiarité

Le principe de subsidiarité est une maxime politique et sociale selon laquelle la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, revient à l'entité compétente la plus proche de ceux qui sont directement concernés par cette action. Lorsque des situations excèdent les compétences d'une entité donnée responsable de l'action publique, cette compétence est transmise à l'entité d'un échelon hiérarchique supérieur et ainsi de suite. Le principe de subsidiarité veille à ne pas déconnecter la prise de décision publique de ceux qui devront la respecter. C'est en somme la recherche du niveau hiérarchique pertinent auquel doit être conçue une action publique.

La subsidiarité est une notion complexe, son intérêt réside dans ses applications pratiques. Pour Pierre COULANGE « *la subsidiarité ne s'identifie pas à la délégation ; elle suppose en effet que l'initiative des tâches revienne au niveau le plus décentralisé et que les échelons supérieurs s'abstiennent d'intervenir inutilement*²⁴ ». La subsidiarité favorise le développement de l'homme. Pour que l'homme s'épanouisse il doit être capable de créer. La reconnaissance des employés permet l'efficacité et l'autonomie. Les employés deviennent des acteurs de l'entreprise.

L'auteur Dominique PELJAK²⁵ indique « *Cela signifie qu'il existe une opposition entre les objectifs principalement qualitatifs des centres opérationnels que sont les unités de soins et les objectifs essentiellement quantitatifs et économiques de la direction stratégique et des unités logistiques. De surcroît, l'organisation hospitalière est soumise à des tendances au cloisonnement et à l'éclatement, en particulier en raison de l'existence de multiples logiques professionnelles, parfois contradictoires.* » Pour cet auteur la notion de subsidiarité prend tout son sens avec l'organisation polaire. « *La notion de subsidiarité permet de conduire une réflexion sur les décisions qui peuvent être déconcentrées à l'échelon d'un pôle médical ou médico-technique à la tête duquel se trouveraient un médecin, un cadre gestionnaire et un cadre infirmier. Des moyens financiers et humains seraient attribués au pôle en fonction d'objectifs mesurés par des indicateurs de suivi (délai d'attente des patients, taux d'infections nosocomiales, etc.).* »

Pour Raoul ARDOUIN²⁶ « *la subsidiarité se définit comme une ligne directrice pour définir un comportement légitime de l'Etat* ».

²⁴ BICHOT J, LECAILON J, NAUDET JY, et al., 2014, *la subsidiarité*, presses universitaires d'Aix Marseille p.49

²⁵ PELJAK D, 2002, *La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIe siècle*, Gestion 3/ 2002 (Vol. 27), p. 138

²⁶ BICHOT J, LECAILON J, NAUDET JY, et al., 2014, *la subsidiarité*, presses universitaires d'Aix Marseille p.49

La subsidiarité s'impose comme le seul moyen d'être performant. On accorde de la confiance dans la conduite de projet et de l'autonomie aux cadres de proximité par exemple.

Pour Pierre COULANGE la subsidiarité n'est pas opposée à l'autorité.

Selon PELJAK « *Les quelques expériences hospitalières en ce domaine montrent que la réponse à ce défi a porté ses fruits dans les établissements en cause : satisfaction accrue des malades, réduction de la durée moyenne du séjour, amélioration de la productivité, et ainsi de suite. Au vu de ces résultats, les professionnels médicaux et paramédicaux, souvent réticents à l'exercice d'un quelconque pouvoir gestionnaire, se sont progressivement engagés dans la gestion de leur service.*²⁷ »

La responsabilité d'une action doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même et ne pas faire à un niveau plus élevé ce qui peut l'être avec plus d'efficacité à une échelle plus faible. Il faut alors rechercher quel peut être le niveau d'action le plus pertinent : le service est parfois trop petit, l'établissement souvent trop grand. La bonne taille peut être le pôle qui présente le dimensionnement idéal pour disposer à la fois d'une gestion de proximité et d'une mutualisation de moyens dans un établissement important.

Cet exercice de la subsidiarité se décline dans le cadre plus large du management adopté et des relations interpersonnelles, qui encore une fois, peuvent varier selon le contexte. C'est pourquoi, nous aborderons maintenant le management situationnel.

1.4.3 Le management situationnel

Le management situationnel est une méthode permettant de prendre du recul par rapport à ses pratiques, à être plus souple et plus en accord avec son environnement. Il donne un cadre pour construire par étapes une plus grande autonomie des personnes et des équipes.

Pour cela, il donne un cadre précis pour mettre en mouvement une organisation et construire par étapes, une plus grande autonomie des personnes et des équipes.

Il s'agit pour chaque manager :

-d'évaluer les situations qu'il rencontre pour adopter les modes de management les plus appropriés sans en privilégier un plus qu'un autre en reconnaissant que des situations variées appellent des modes de management variés ;

²⁷ PELJAK D, 2002, *La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIe siècle*, Gestion 3/ 2002 (Vol. 27), p. 138

-de tracer cependant un chemin vers le management collaboratif et responsabilisant qui est aujourd'hui clairement attendu des personnes dans les organisations, et qui correspond au besoin « d'agilité » des organisations, c'est-à-dire de plus d'initiative, de responsabilité et de succès collectif.

Il s'agit de donner aux managers les moyens de construire une posture nouvelle, à partir de ce qu'ils sont, de leur expérience, mais aussi à partir de leur perception de la nouvelle donne.

Cette posture exige plus que jamais d'articuler un management qui « pose le cadre », donne envie, rassure, entraîne et un management qui tient compte de chacun, construire des équipes, leur donne les moyens de réussir et laisse des marges importantes d'initiatives individuelles et collectives.

C'est là où le management situationnel a toute sa place, non pas comme la réponse au contexte exigeant et contraint actuel, parce que les réponses ne peuvent se construire que sur le terrain, organisation par organisation, équipe par équipe, personne par personne, mais comme guide et outil de travail pour la construction d'un chemin vers un management correspondant au besoin de l'institution et des personnes.

Le management situationnel repose sur :

-la nécessité pour les équipes dirigeantes de donner en appui sur des valeurs, un « cap managérial » suffisant large, tout en laissant à chaque manager une marge de manœuvre suffisante pour aller dans cette direction selon le rythme propre à son secteur ;

-la reconnaissance d'avoir à adopter pour conduire un secteur, des approches variées et évolutives, adaptées à la maturité des personnes, des équipes et des organisations ;

-l'engagement de chaque manager à construire un chemin vers un management plus collaboratif et responsabilisant.

Le directeur des soins confie à l'encadrement la capacité à atteindre ses objectifs. Il a une fonction d'accompagnement pédagogique, sa mission est de faire grandir les cadres vers plus d'autonomie. L'exercice de la subsidiarité renforce le capital confiance. En étant issue du monde soignant avant son intégration dans un corps de direction, il est un acteur majeur du management hospitalier. Sa connaissance des organisations de soins et sa transversalité renforcent sa légitimité. Il est l'interface entre la direction et les services de soins.

Dans une seconde partie, nous nous efforcerons de confronter ces apports théoriques à la réalité du terrain.

2 De l'enquête du terrain vers des pistes de réflexions

Pour faire suite à l'analyse conceptuelle, et confronter le réel au prescrit, nous irons à la rencontre de professionnels sur le terrain hospitalier pour mener une enquête et réaliser une analyse descriptive.

2.1 Méthodologie de l'enquête

2.1.1 Choix de l'outil et méthode de travail

La méthodologie retenue sera la réalisation d'une enquête de terrain réalisée sur un seul centre hospitalier afin que les professionnels questionnés soient positionnés dans un même paradigme de logique polaire.

Comme outils de recueil, j'adopterai l'analyse documentaire et les entretiens semi-structurés.

Ce type d'entretien permet de formaliser un temps de rencontre individuel, une approche facilitée de la thématique, et la possibilité d'ouvrir ou de refermer le champ des questions en fonction des réponses recueillies. Il permet l'approche qualitative sur un panel limité de personnes rencontrées.

Chaque entretien était organisé sur la même méthodologie :

- Entretien individuel enregistré, anonyme et confidentiel,
- Initialement, la durée d'entretien annoncée était environ de 30 minutes,
- L'entretien est mené par le recours à une grille d'entretien pour aborder l'ensemble des points prévus, et pour faciliter l'analyse thématique,
- Ce type d'entretien laisse libre la possibilité de relance pour la recherche de précisions.

2.1.2 Elaboration de la grille d'entretien

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

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

- d'évoquer avec les personnes rencontrées l'ensemble des thèmes nécessaires pour notre travail,
- d'avoir la perception des acteurs de terrain sur le sujet choisi,
- de laisser la possibilité aux personnes interrogées d'élargir leurs réponses, au-delà des seules questions formulées,

-de faciliter l'analyse des entretiens à l'issue des rencontres avec les professionnels, en permettant une analyse thématique.

2.1.3 Présentation du centre hospitalier, lieu de l'enquête

Il s'agit d'un établissement de 905 lits et places regroupant des activités diversifiées dans le secteur du sanitaire et du médicosocial.

Son implantation est au coeur d'une communauté d'agglomération de plus de 70000 Habitants. Il emploie plus de 2300 agents et 328 médecins. Son budget annuel est d'environ 205 millions d'euros. C'est un établissement important sur le territoire mais également sur la région. Son rayonnement est large, en particulier sur certaines activités comme la radiothérapie. Il possède également un département de recherche clinique.

Un institut de Formation en Soins Infirmiers est localisé sur le site du Centre Hospitalier.

Il est l'établissement support du groupement hospitalier du territoire, le troisième plus important en taille de sa région. Il regroupe onze établissements, implantés sur un bassin de vie d'environ 400 000 habitants. En cette qualité, il pilote des fonctions transversales (achats, systèmes d'information, formation, qualité...).

Ses services cliniques et médico-techniques sont organisés autour de huit pôles d'activité.

Le pilotage des pôles est assuré par le binôme Médecin chef de pôle et le cadre de pôle. Les cadres de pôles sont exclusivement des cadres supérieurs de santé. Ils assurent la gestion et l'organisation des activités.

La direction des soins est sous la responsabilité d'une directrice des soins, coordinatrice générale des soins. Une cadre supérieure de santé est son adjointe possédant une riche expérience et qui assure la conduite de certains projets et la continuité sur certains dossiers. Ce binôme efficace, est renforcé par une seconde cadre supérieure de santé, en charge de missions axées sur les ressources humaines (recrutement, mouvements, gestion du pool). Cette équipe est complétée par deux secrétaires.

La coordonnatrice des soins anime la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique locale et préside la commission des soins du GHT.

L'établissement a élaboré un projet médico soignant en s'appuyant sur un travail de concertation avec les différents acteurs médicaux et paramédicaux.

Ce projet répond aux besoins du terrain et des acteurs et revêt une dimension opérationnelle importante.

Une charte du management est élaborée et reprend l'ensemble des valeurs attendues des différents managers en santé. Pour la constitution de cette charte, les cadres ont été sollicités sous la forme de groupe de travail. A l'issue de son élaboration, elle a été présentée et validée dans les différentes instances. Cette charte est affichée dans l'ensemble de l'établissement.

2.1.4 Population enquêtée

Afin de recueillir des éléments visant à étayer notre questionnement, nous avons sollicité les avis des professionnels de terrain.

Nous avons ainsi mené 12 entretiens auprès des différents professionnels : le directeur général de l'établissement, le président de la Communauté Médicale d'Etablissement, un médecin chef de pôles, la directrice des soins, 4 cadres de pôle (cadres supérieurs de santé), et 4 cadres de santé.

Dans le choix du panel, nous avons intégré la notion des filières (infirmière et médico-technique), et la notion d'ancienneté pour les cadres de santé.

Ces 12 entretiens ont été réalisés puis analysés.

2.1.5 Points forts et limites de l'enquête

A) Les limites

Reposant sur un seul établissement et un nombre restreint de professionnels, notre enquête n'est pas une recherche exhaustive et scientifique.

La taille de l'échantillon limite la généralisation et l'entière transférabilité des résultats obtenus.

Ayant réalisé mon enquête auprès d'un établissement où j'effectuais un stage, les réponses ont pu être légèrement modérées.

B) Les points forts

Je souhaite mentionner la grande disponibilité et l'intérêt porté à ce travail par les professionnels rencontrés. La qualité des informations recueillies et la richesse des échanges en sont le reflet.

2.2 Résultats et analyse thématique

Le guide d'entretien est élaboré à partir des thématiques émanant des sous questions et reprises dans la partie conceptuelle. L'analyse portera successivement sur chacun des thèmes.

2.2.1 Identification des potentiels leviers managériaux

Question 1 : Pouvez-vous me définir votre rôle et vos missions ?

Globalement, sur la question de la définition des rôles et missions, ceux-ci sont bien connus et appréhendés. Cela est facilité par une connaissance du terrain, et une structure qui permet également les échanges formels mais également informels. Cette connaissance est renforcée pour les CSS et CDS, par l'existence de fiches de poste régulièrement actualisées et de guides existants comme le guide du cadre d'astreinte, du cadre de nuit... La formalisation des missions est donc une donnée importante dans la gestion du management.

Question 2 : Considérez-vous avoir suffisamment d'autonomie dans votre gestion ?

Là encore, personne n'a exprimé de difficulté concernant cette autonomie.

Un CSS mentionne le respect de la ligne hiérarchique : « *Même si on est autonome sur des décisions, j'en rends compte toujours au directeur des soins, ou au chef de pôle, sur certains projets, j'attends une validation en amont avant de passer à l'opérationnel...* »

Finalement, l'autonomie est ressentie par les CSS et CDS mais ne semble pas développée au sens décrit dans la partie conceptuelle. Elle s'associe au niveau de la délégation, et reste assez ancrée dans un système assez pyramidal.

Question 3 : Quel est le niveau de délégation au sein du pôle ?

DG : « Les délégations restent limitées... »

« Difficultés pour les directions fonctionnelles à déléguer, il existe une crainte de perdre sa place, son rôle, en donnant tout le pouvoir aux pôles »

« La maîtrise des budgets, dans un milieu contraint, semble être un frein à l'augmentation des délégations... »

Le chef de pôle : « Je ne veux pas nécessairement gérer trop, je me consacre aux soins en binôme avec la CSS... Je ne suis pas formé au budget, je n'y connais pas grand-chose au jargon... Un médecin n'est pas à la base un gestionnaire. »

Le Directeur Général (DG) a formulé une possibilité d'augmenter le niveau de délégation mais cela nécessite un contexte favorable : une acculturation et une volonté commune des différents acteurs. Les problématiques de recrutement médicaux et paramédicaux cristallisent ainsi l'attention actuellement. Ce mécanisme peut débuter par laisser une place plus importante des pôles, voir des services au sein des instances et ainsi libérer les forces de propositions.

Question 4 : Les moyens mis à votre disposition pour manager sont-ils suffisants ?

DS : « Difficile, avec les différentes charges de travail, et la période post covid, si je devais émettre un souhait, ce serait de renforcer l'équipe d'encadrement afin de mieux assurer les missions transversales... »

CSS : « Concernant les moyens à dispositions, certains CSS valident, mais pensent qu'un levier supplémentaire sur la formation serait intéressant, mieux accompagner les jeunes encadrants afin de ne pas phagocyter du temps CSS... »

Deux CSS évoquent la possibilité de « simulation managériale... »

CDS : « On se sent seul au début, beaucoup de nouveautés, on ne veut pas déranger » ; « On souhaiterait un référent, un guide autre que notre CSS, on a peur de déranger ou de poser des questions « bêtes » ».

Concernant les différentes réponses, un besoin en formation est clairement exprimé. Dans le but de développer les compétences, un point particulier a été mis sur la nécessité de structurer la détection des talents et leur accompagnement vers la prise de fonction. L'encadrement s'en trouverait alors valorisé et reconnu.

La montée en compétence permettrait d'acquérir, selon les acteurs du terrain, une meilleure efficacité dans les tâches régulières, et ainsi, de libérer du temps pour les nouveaux projets.

Question 5 : Comment appréhendez-vous la délégation au sein du pôle ?

PCME : « Aujourd'hui, ce niveau de délégation fonctionne plutôt bien, les médecins avec la charge de travail croissante ne peuvent pas tout assurer, cependant j'ai conscience de délégation plus aboutie ou tout fonctionne mieux ... »

DS : « Personnellement, ce niveau de responsabilité me permet de garder la main sur beaucoup de choses mais le pendant est la charge de travail, et l'autonomisation possible des CSS et CDS... »

CSS : « Nous sommes en étroite relation avec les directions fonctionnelles, cela est rassurant car nous risquons de faire moins d'erreur surtout sur des thématiques comme les RH... »

CDS : « Plus de délégation, ça veut dire plus de travail, de responsabilités ? »

Concernant une possibilité de renforcer la délégation polaire, les avis recueillis sont assez unanimes pour ne pas y voir un intérêt à court terme. Le processus d'acculturation nécessaire, évoqué précédemment par le DG est bien observé. En fait, il s'agit plus d'une crainte par représentation que d'un discours bien étayé.

L'amélioration de la lisibilité de la stratégie d'établissement est une nécessité pour lever les blocages liés aux représentations. Un nouveau dynamisme est perçu comme nécessaire pour accompagner le changement. Pour cela, l'élaboration d'un projet d'établissement en y associant l'ensemble des acteurs concernés peut être une proposition, ainsi que le recours aux instances existantes, possiblement sous des formats de fonctionnement plus novateurs. Dans ce cas, le rôle du coordonnateur des soins, animateur de la CSIRMT est primordial. Il s'agit d'un de ces principaux leviers managériaux avec son siège de droit au directoire.

2.2.2 La reconnaissance : la base de la culture managériale

Question 6 : Quelles sont les compétences attendues pour cette fonction ?

CDS : « Les compétences sont nombreuses, on a l'impression de devoir tout savoir faire : de la gestion des plannings à la lecture de tableaux de bord médico-économique, en passant par les commandes de produits ménagers... »,

CSS : « ... Après réflexion, j'ai l'impression que je mobilise moins de compétences que lorsque j'étais cadre... Cependant, elle implique plus de responsabilités... »,

« Comme on accompagne les cadres, on doit toujours avoir l'expertise pour expliquer et former... »,

DS : « Je pense que les principales compétences, au-delà de celles techniques, et du management en général, sont celles de la communication, et de l'animation d'un groupe de CSS. Ce n'est pas toujours évident de mettre en marche une dynamique, de démontrer l'intérêt... ».

Un développement des compétences est uniformément perçu, en particulier celles managériales. Les plus demandeurs sont les cadres de santé qui découvrent les premiers jalons d'un nouveau métier. Cette montée en compétence doit être accompagnée par le DS qui mènera alors une politique volontariste concernant ce champ.

L'acquisition par l'expérience ne suffit pas, et doit s'accompagner de formation spécifique, de retour d'expérience... Il existe également le concept novateur de la simulation managériale.

Question 7 : Comment le CGS/DS intervient-il au sein du pôle ?

DS : « J'interviens au sein du pôle quand je sens que c'est nécessaire... ou sur sollicitation du chef de pôle ou du CSS... »,

« Plus formellement, je rencontre le CSS de pôle de façon régulière, tous les 15 jours, afin de faire un point sur les projets en cours et les problématiques éventuelles... ça me permet de créer un lien de confiance, et je possède alors la connaissance de ce qui se passe dans le pôle... Je ne veux pas aller trop souvent sur le terrain pour ne pas « discréditer » la place du CSS ou du CDS... »,

« Je rencontre également, l'ensemble des CDS en présence du CSS, et quelquefois du chef de pôle lors de réunion d'encadrement du pôle... cela permet des échanges centrés sur les problématiques de pôles, et de garder une proximité avec les CDS... »,

CSS : « Le DS répond facilement à nos sollicitations, la temporalité est plus compliquée car on aimerait bien que tout soit examiné dans l'urgence ... Malheureusement son agenda ne lui permet pas... ».

Dans cet établissement, la directrice des soins trouve sa place dans le fonctionnement polaire par un rôle de conseil, d'accompagnement et d'expertise. Elle ne gère pas en direct les projets ou problématiques d'un pôle. Elle ne doit pas se positionner trop précisément sur le pôle afin d'éviter d'évincer le CSS et les CDS. Cela nuirait considérablement à une volonté de délégation et de responsabilisation des acteurs.

Question 8 : Avez-vous le sentiment d'être reconnu dans votre fonction ?

Chef de pôle : « Quelquefois je ne perçois pas la plus-value pour moi d'être chef de pôle... A part gérer les problèmes et recevoir les doléances des confrères, c'est quelquefois compliqué... Cependant... »,

CSS : « Oui, je suis bien identifié, on vient me chercher. Cependant, quelquefois je suis entre deux feux, celui de la direction, et celui du chef de pôle [ou des chefs de service aussi...] et dans ces moments-là ça peut être compliqué... »,

CDS : « Par la hiérarchie oui, sans problème... C'est plus difficile avec les équipes, car on me voit encore comme l'ancien collègue... J'essaie de m'imposer, mais je manque de légitimité, c'est mon ressenti... ».

L'expression de la reconnaissance des acteurs est une problématique souvent évoquée par les personnels questionnés. Ils souhaitent plus de reconnaissance, mais comment traduire cela en action, au-delà de la reconnaissance salariale ? Cette reconnaissance peut s'exprimer par l'expression d'une confiance, envers les acteurs, favorable à l'autonomie et à la responsabilisation. Dans ce cas, les acteurs doivent se sentir accompagnés et soutenus par leur direction, se sentir membres à part entière de l'équipe de direction.

Question 9 : Pouvez-vous être force de proposition au sein de votre pôle ?

CSS « On est force de proposition, mais trop souvent, il est difficile de mener le projet au bout, ce n'est pas une question d'être écouté, mais je pense qu'il faut prendre la place pour être suivi... »,

CDS « Nous, force de proposition, ça se limite plutôt à l'organisation interne du service, sinon c'est les CSS... Ils relaient nos difficultés, nos besoins... ».

Principalement, l'ensemble de l'encadrement évoque un sentiment d'un faible pouvoir d'action. Ils décrivent des décisions plutôt descendantes prises par la direction. Une instance de concertation, formalisée et animée par le coordonnateur général des soins, peut-être une proposition (comité stratégique, cellule projet ?). A défaut, la commission de soins est parfaitement légitime pour tenir ce rôle.

Le positionnement dans la chaîne hiérarchique des CSS et CDS est nécessaire. Les possibilités d'expression sont à développer. Le coordinateur général des soins a la charge de l'élaboration d'une politique managériale favorisant l'expression, la formation et le développement des compétences. La résultante de tous ces thèmes exprimerait la reconnaissance institutionnelle.

2.2.3 La stratégie du directeur des soins, catalyseur d'échanges

Question 10 : Comment envisagez-vous la collaboration avec le PCME-DS

PCME : « Cette relation est extrêmement importante car elle fait le lien entre les équipes médicales et paramédicales... Le binôme créé doit se faire confiance et aller dans le même sens... »,

DS : « Je m'appuie beaucoup sur le PCME pour faire passer des messages aux équipes médicales. Je privilégie les échanges afin de partager le même niveau d'information... »

DG « Aujourd'hui, je travaille autant avec le PCME qu'avec le DS... »,

« La constitution des pôles fait que le chef de pôle est sous la responsabilité du PCME et le CSS sous la responsabilité du DS. Cependant, le chef de pôle et le CSS de pôle constituent un binôme fort, donc il doit en être de la même chose pour leurs responsables... ».

Un travail collaboratif important est indispensable. Pour cela, le coordinateur général de soins est positionné comme un membre de direction. Le trio qu'il compose avec le PCME et le DG est un élément essentiel quant à la lisibilité des acteurs des pôles.

Question 11 : Comment définiriez-vous cette relation ?

PCME : « Une relation primordiale... on se fait confiance... »,

DS : « Une relation saine, respectueuse et basée sur la confiance réciproque... »,

DG : « Une collaboration efficace, qui donne du sens ... »,

Pour que cette collaboration soit efficace, les canaux de communication sont à soigner ainsi que le partage d'informations. Des valeurs évidentes d'honnêteté et de confiance sont à mobiliser.

Question 12 : Qu'attendez-vous de la CGS en priorité ?

DG : « Qu'elle m'apporte une vision stratégique dans le domaine du soin, une cohérence générale dans les projets... »,

PCME : « Une alliée dans les projets et pour lever des difficultés, j'attends également d'elle de mettre en place un encadrement de qualité pour accompagner les équipes médicales du mieux possible... »,

CDP : « Une expertise sur certains dossiers, des conseils... »,

CSS : « ... Le cadrage, l'arbitrage quelque fois, mais principalement le conseil et l'accompagnement... »,

CDS : « Un accompagnement pour développer les compétences spécifiques nécessaires... ».

Dans ce contexte, en fonction des interlocuteurs, les attentes envers la coordinatrice générale des soins sont différentes. C'est à elle de trouver le juste positionnement, et de mesurer les apports possibles. Sa transversalité prend ainsi tout son sens avec son rôle d'interface.

Question 13 : Quel accompagnement proposez-vous aux CSS ?

Chef de pôle : « Finalement, assez peu... Des échanges pour le tenir informé des nouveautés dans le pôle, des projets... »

DS : « Des rendez-vous réguliers et formalisés, je réponds facilement à leurs sollicitations, je me positionne au service, par échange d'expertise... Les échanges permettent souvent à des solutions d'émerger spontanément. »

Le directeur des soins est l'interlocuteur privilégié des CSS. Ses missions d'animation du collectif d'encadrement sont extrêmement importantes dans l'optique de fédérer. Il est identifié comme une personne ressource.

Question 14 : Quel positionnement adoptez-vous ?

DS : « Pas uniquement hiérarchique, on est dans la même optique de travailler pour l'institution, donc un positionnement dans l'accompagnement, le conseil principalement... ».

Le directeur des soins doit se considérer comme une personne ressource, sa transversalité et son expertise doivent être mis au profit de l'institution.

Question 15 : Avec quel acteur vous sentez-vous interdépendant principalement ?

DG : « Le PCME et le DS, les directions fonctionnelles et le directoire... »,

PCME : « Le DG... »,

Chef de pôle : « Le CSS... »,

CSS : « Le Chef de pôle et le DS... »,

CDS : « Le CSS... ».

Il est intéressant de noter les nombreuses interdépendances entre les différents acteurs. Le directeur des soins est un maillon essentiel dans la transmission des informations et la gestion des projets. Sa transversalité est une plus-value notable dans l'adoption d'une vision globale d'une institution.

Le directeur des soins en qualité de membre de la direction, est un élément essentiel de la décision stratégique. Les interactions avec les autres directions fonctionnelles et avec le président de la commission médicale d'établissement lui permettent de définir une politique connue et lisible par tous. Il est un des maillons essentiels à ce transfert d'information étant au centre de cette interdisciplinarité et également en tant que « personne ressource » pour les équipes de management des pôles.

2.3 Synthèse de l'analyse

Dans un premier temps, nous pouvons noter, dans l'ensemble des thématiques, le recours assez général et systématique des acteurs aux termes de confiance, honnêteté, loyauté... A mon sens, il s'agit de valeurs mais il semble possible de les développer par une conduite managériale. Nous n'avons pas fait le choix d'aborder ce concept dans la première partie mais il semble nécessaire de s'y intéresser.

En effet les échanges interprofessionnels et inter disciplinaires sont nombreux. Nous avons vu la nécessité de poser un cadre, des objectifs communs connus de tous. Cela se complète par la nécessité d'une confiance réciproque, en particulier lors de difficultés survenant dans le quotidien ou la conduite de différents projets. Les attentes ou positions des uns peuvent différer de celles des autres. Cette situation peut générer ce qui ressemble alors à un conflit de valeurs.

Même si la loyauté ne peut se décréter, le coordonnateur général des soins peut s'assurer de la loyauté de ses collaborateurs.

Cette notion, subjective, instille les relations entre la ligne hiérarchique et les différents collaborateurs, mais plus encore entre le personnel et son institution.

La loyauté se définit comme « la fidélité manifestée par la conduite aux engagements pris... »²⁸. La loyauté est un élément essentiel, afin d'assurer des relations saines et équilibrées au sein d'une institution. Elle est basée sur l'honnêteté, la confiance et le respect.

Dans le contexte hospitalier actuel, les enjeux sont nombreux et variés. Dans ce milieu souvent contraint, concilier les objectifs fixés, les attentes et les valeurs individuelles, peut être complexe. Et certains peuvent se perdre un peu...

Alors, envers qui être loyal ? Ce qui ressort des entretiens, c'est l'expression d'une loyauté entre tous les acteurs mais particulièrement avec la ligne hiérarchique. Elle doit s'exprimer également envers les directions fonctionnelles et particulièrement entre le coordonnateur général des soins, le PCME et le DG. L'adversité peut facilement exploiter des failles et miser sur la désunion des lignes décisionnelles.

²⁸ LAGADEC AM, novembre 2018, *La loyauté, un concept actuel*, Soins Cadres, n°108, page 13
Guillaume GOURDIN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2021 - 41 -

L'ensemble de l'analyse nous confirme que le management du directeur des soins exerce une grande influence sur l'adhésion aux projets institutionnels. Il peut provoquer cette acculturation évoquée par le directeur général d'établissement. Pour cela, il doit soigner ses techniques de management, et savoir responsabiliser ses équipes.

Le positionnement affirmé de la direction des soins et du directeur des soins est nécessaire pour accompagner le changement de culture en maintenant le point d'équilibre entre les équipes de direction et les équipes de soins.

La communication occupe une place importante dans la réussite de ce projet.

Pour donner suite à l'analyse des données recueillies au cours des entretiens et des éléments conceptuels développés, nous allons dans une troisième partie, formuler des préconisations se rapportant à notre futur exercice professionnel.

3 Des préconisations pour le directeur des soins

En nous appuyant sur l'étude du cadre conceptuel, renforcée par les constats effectués auprès des professionnels, il nous est permis à ce stade de notre travail, d'élaborer des préconisations pour notre futur exercice professionnel de directeur des soins. Celles-ci peuvent également se renforcer de l'observation et des découvertes effectuées tout au long des 17 semaines de stage.

3.1 D'un point de vue stratégique

Nous avons identifié que pour les professionnels, il existe la nécessité de comprendre la stratégie qui détermine le cap, le chemin. La politique institutionnelle doit être claire et lisible par l'ensemble des acteurs. L'enjeu pour le coordinateur général des soins est fort, pour ainsi accompagner l'ensemble de son équipe d'encadrement vers ce but commun. Pour cela, l'élaboration du projet de soins est sous sa responsabilité, et la méthodologie adaptée est primordiale pour favoriser l'adhésion de chacun.

3.1.1 Le projet de soins qui tend à devenir le projet médico soignant

Le projet d'établissement est un document qui définit la stratégie et les objectifs du centre hospitalier pour les 5 années à venir. Il s'articule principalement autour du projet médical, qui en est la matrice centrale, complétée par le projet de soins.

Le projet médical est essentiellement centré sur la notion de parcours patient, fil conducteur des évolutions innovations proposées par la communauté médicale.

Le projet de soins se situe au carrefour du projet médical et du projet social. Il intègre l'amélioration des parcours de soins ainsi que l'optimisation de la qualité de la gestion des risques liés aux soins. Il vise aussi à favoriser le développement des compétences managériales et soignantes au regard de l'évolution de l'hôpital.

Associer le projet médical et le projet de soins est un objectif ambitieux mais révélateur de la volonté de tous les acteurs de travailler en collaboration et en bonne intelligence.

La formalisation d'un projet médico-soignant est la première étape d'une stratégie médico-soignante commune. Il marque la mise en œuvre opérationnelle de l'organisation de la prise en soins des patients.

Il définit également le positionnement sur le territoire de santé en précisant l'offre de soins. Il doit fédérer les personnels autour d'un objectif commun dans une culture d'établissement partagée.

Le projet de soins et le projet médical sont élaborés de manière concertée avec des représentants de la CSIRMT et de la CME pour converger vers un projet médico-soignant.

Leurs participations aux instances du groupement hospitalier de territoire assurent la conformité du projet médical et du projet de soins partagés.

Préconisation 1 :

Encourager la définition conjointe du projet médical et du projet de soins pour créer les conditions d'une dynamique médico-soignante associant également les usagers et les professionnels de ville.

3.1.2 Le développement de la commission de soins, un lieu reconnu d'expression et d'échange avec les professionnels et les différents partenaires

La loi RIST positionne la CSIRMT vers un rôle plus stratégique, en articulation avec la CME afin de conduire des projets communs. La finalité est de faciliter les échanges entre les professionnels afin de libérer les différentes forces de propositions des participants.

De plus il existe la possibilité d'étoffer la commission de soins par l'invitation des représentants des usagers ou de représentants de différentes directions fonctionnelles, de façons habituelles ou ponctuelles.

Préconisation 2 :

Développer les thématiques et les projets abordés en CSIRMT en favorisant le pouvoir d'expression, en articulation avec la CME. Il existe la possibilité d'étoffer le nombre de participants.

3.2 D'un point de vue managérial

Nous avons vu précédemment que l'évolution vers l'autonomie et la responsabilisation était plurifactoriels. Le management situationnel peut répondre favorablement à plusieurs de ces facteurs.

3.2.1 Favoriser la responsabilisation

Afin de créer un environnement de travail favorable à la responsabilisation des équipes, voici quelques propositions :

-Donner aux équipes une plus grande latitude de décision sur les points clés de leur travail : planification, répartition des activités, accueils des nouveaux arrivants, répartition des budgets ;

- Former les membres de l'équipe à des rôles « collectifs » en complément de leur mission propre et leur transférer la responsabilité sur le résultat : sécurité, qualité, planning, informatique, formation ;
- Faire progresser les équipes par la formation et l'accompagnement dans : leur construction de mesure des résultats et de pilotage des écarts, leurs prises de décisions collectives, leurs négociations avec les autres équipes ;
- Se consacrer à la préparation de l'avenir, à investiguer de nouvelles opportunités, à être force de propositions.

Préconisation 3 :

Développer un environnement de travail favorable à la responsabilisation des équipes, les faire progresser en simplifiant les organisations, en saisissant les opportunités et en écoutant les forces de propositions.

3.2.2 Développer la délégation

La délégation de gestion peut s'imposer comme un modèle. D'abord pour des raisons évidentes d'efficacité, mais aussi comme un mode de management interne. En effet, la motivation au travail est la clé de la performance. Le rôle des dirigeants consiste alors à définir des objectifs clairs pour l'institution tout en préservant un maximum d'autonomie dans leur réalisation.

C'est un levier majeur pour médicaliser les décisions en prenant appui sur les responsables médicaux et paramédicaux. Mais cela doit être précédé de pré requis concernant par exemple, l'adhésion des responsables et des directions à la délégation, la formation au management, et une réorganisation importante des circuits décisionnels.

Cette délégation peut s'appliquer dans les domaines suivants : gestion des ressources humaines, petits investissements au quotidien, formation, actions relatives à la qualité de vie au travail.

Concernant la mise en place de ces délégations, nous devons rester vigilant concernant certains principes :

- Définir ce que l'on ne veut pas déléguer, ce qui restera des pouvoirs réservés (détection des talents cadres, des personnes clés, sur les investissements, les projets...) ;
- Favoriser la prise de responsabilité des personnes proches en leur confiant progressivement plus de champ d'action ;
- Rester à la fois disponible et en retrait, aider à trouver des réponses plutôt que de fournir des réponses ;

- Ne pas intervenir immédiatement en cas de difficulté, laisser les personnes trouver elles-mêmes les solutions ;
- Démontrer sa confiance et rassurer.

Préconisation 4 :

Adopter une politique de délégation aux pôles, portée par la gouvernance de l'établissement, tout en étant vigilant aux points suivants :

- disposer d'un système d'information adapté et fiable,**
- développer une comptabilité analytique performante,**
- prendre appui sur les chefs et collaborateurs de pôles en y associant l'accès à la formation,**
- cibler progressivement les champs de la délégation.**

3.2.3 Fédérer autour d'un management par projet pluri coopératif

Nous avons perçu lors des entretiens que le service ne se sentait pas assez impliqué dans le projet d'établissement. Valoriser le projet de service et les initiatives des professionnels de terrain en adéquation avec le projet de pôle et plus encore avec le projet d'établissement est une action nécessaire. Cette valorisation passe par l'accompagnement du directeur des soins vers ses équipes et des rencontres régulières.

Préconisation 5 :

Rencontrer régulièrement les cadres de pôles sur un format formalisé : point d'étape sur les projets en cours, échanges sur les propositions de nouveaux projets, libres échanges concernant tous les points de management.

Préconisation 6 :

Rencontrer l'ensemble des cadres d'un pôle en présence évidemment du cadre supérieur de pôle afin de soigner la communication ascendante et descendante. Cela permet également de privilégier les problématiques rencontrées dans un pôle.

3.2.4 Soigner la communication et le transfert d'information en favorisant le décroisement

Un défaut de communication peut générer de la frustration ou un manque de compréhension et complexifier l'adhésion aux projets. Favoriser les temps d'échanges entre l'ensemble des acteurs institutionnels est une nécessité.

Préconisation 8 :

Inviter les directions fonctionnelles en réunions d'encadrement ou de pôle, inviter le représentant de la CME en CSIRMT à présenter les points du PMS ou du PMS partagé. Ce temps est mis à profit pour l'élaboration de propositions et favoriser des temps communs de réflexions direction-médecins-soignants.

Préconisation 9 :

Par la stratégie managériale adoptée, l'attention, la confiance et la reconnaissance portées à l'autre, le coordonnateur général des soins contribuera à insuffler un véritable sentiment d'appartenance institutionnelle par une relation interpersonnelle construite et renouvelée avec les équipes d'encadrement et l'ensemble des collaborateurs.

3.3 D'un point de vue opérationnel

Un management par la proximité et une communication managériale s'adaptent aux individus et aux situations

3.3.1 Détecter les talents, formaliser les procédures de détection et d'accompagnement

La montée en compétence de l'encadrement est une priorité. Cependant, le processus débute dès la sélection du professionnel souhaitant évoluer vers des fonctions d'encadrement. Nous pourrions définir ceci comme la détection des talents. Cela induit de cerner les potentiels et les bases des compétences attendues.

Le tutorat est l'ensemble de moyens mobilisés pour permettre l'intégration et la formation des nouveaux cadres et « faisant fonction cadre » et pour favoriser le transfert de compétences.

Le tutorat est réalisé par délégation et sous contrôle de la direction des soins, dans un dialogue constructif entre l'encadrement, le tuteur et le bénéficiaire de ce tutorat.

Les modalités de suivi et d'accompagnement sont établies.

Le tuteur est un professionnel du même métier que le nouvel arrivant, volontaire pour assurer le tutorat. Sa candidature est validée par la direction des soins. Il a la maîtrise du poste. Ses missions sont :

- d'accueillir le nouvel arrivant,
- de favoriser l'intégration du nouvel arrivant,

- d'accompagner l'évolution des compétences et des savoirs attendus en respectant les règles de pédagogie,
- de participer à l'évaluation des acquis.

Préconisation 10 :

Organiser le repérage, l'accompagnement et la valorisation des personnels d'encadrement, par la formalisation d'une procédure institutionnelle.

3.3.2 Monter en compétence

Le CDS « faisant-fonction » (ou le CDS nouvellement diplômé) arrive dans son unité avec une expérience quasiment nulle mais avec des connaissances théoriques et un savoir être initial. Il passe ainsi de statut de professionnel expert dans sa formation initiale à un statut de professionnel novice. Son objectif est de redevenir un expert mais cette fois en tant que cadre de santé.

Cette transition s'effectue en plusieurs temps.

Cette idée confirme que le cadre n'est plus l'expert technique qu'il était. Il va travailler pour se spécialiser et acquérir des connaissances et des compétences en espérant devenir un expert en management. L'expertise du cadre de santé existe mais elle a évolué de l'expertise technique vers l'expertise managériale.

L'expérience et l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, permet d'une part de passer du statut de novice à celui d'expert mais également de confronter ses modèles théoriques et ses valeurs à la mise en pratique sur le terrain et de les relativiser, de les repenser. Elle permet de se mettre en posture réflexive et d'apprenant mais plus encore d'acquérir les compétences propres à la fonction.

Dès cette prise de fonction, et tout au long de la carrière, le directeur des soins accompagne le développement de compétences basé sur les techniques de simulation. Ces simulations en management pourraient préparer le personnel d'encadrement à des nouvelles situations et se substituer au savoir expérientiel.

Préconisation 11 :

Etablir un véritable parcours managérial pour les personnels d'encadrement assurant leur formation, leur reconnaissance, leur suivi, leur montée en compétence, en y incluant une formation aux outils du management, à la gestion et aux politiques de santé. Ils doivent posséder la possibilité de s'investir dans des missions transversales.

Conclusion

L'organisation du travail à l'hôpital est singulière car elle se fait rencontrer deux mondes : une organisation administrative et une organisation soignante. Le point d'équilibre pour maintenir la cohésion est mince. Ce constat a vraisemblablement été majoré par une crise sanitaire sans précédent qui a éprouvé l'ensemble des acteurs. C'est dans ce contexte que le directeur des soins occupe ses fonctions, ses rôles et assure ses multiples missions.

Seul référent soignant de l'équipe de direction, traducteur des réalités de réglementation, de gestion et d'organisation, le directeur des soins garantit au quotidien la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Il est un acteur majeur du management hospitalier. Il doit composer avec son environnement et un contexte.

Le directeur des soins confie à l'encadrement la capacité à atteindre ses objectifs. Il a une fonction d'accompagnement pédagogique, sa mission est de faire grandir les cadres vers plus d'autonomie. Il est l'interface entre la direction et les services de soins.

Ce travail m'a permis de confirmer que le directeur des soins est un chaînon important de la ligne décisionnelle. Sa contribution à l'articulation et la diffusion de la communication dans les équipes de soins est importante.

Le recours à la subsidiarité est la manifestation la plus visible de la confiance qu'il accorde à ses collaborateurs. Cela traduit l'évolution de la gouvernance hospitalière avec la décentralisation par une délégation importante vers le pôle amenant à l'autonomie.

Cette autonomie responsabilise les équipes médicales et soignantes qui se révèlent particulièrement compétentes pour gérer au mieux leurs pôles. C'est cette complémentarité qu'il faut retenir ; chacun agissant dans son domaine respectif et en synergie.

Cette délégation doit maintenant se poursuivre au-delà du pôle, vers le service de soins.

Dans cette nouvelle organisation, le directeur des soins a renforcé sa place en ajustant son positionnement vers un rôle encore plus stratégique.

Il peut alors manifester son implication au niveau d'un territoire et participer aux développements d'innovations, en lien avec les besoins en santé de la population.

Bibliographie

Articles

- HIND M-W, *Effective délégation*, In : Management décision, vol 29 n°5, pp 59-63
- LAGADEC AM, novembre 2018, *La loyauté, un concept actuel*, Soins Cadres, n°108, page 13
- PELJAK D, 2002, *La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIe siècle*, Gestion 3/ 2002 (Vol. 27), p. 138

Ouvrages

- BICHOT J, LECAILON J, NAUDET JY, et al., 2014, *la subsidiarité*, presses universitaires d'Aix Marseille p.49
- DOYON C, 1997, *La délégation. Responsabilisez votre personnel*, Paris Nouvelles Editions 2ème édition, 95 p
- LE BOTERF G, 2001, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'organisations
- LEVY-LEBOYER C, 2009, *La gestion des compétences*, collection ressources humaines, 144p, Eyrolles
- MINTZBERG H, 1982, *Structures et dynamique des organisations*, 1ère édition, Paris : Éditions d'organisation, 434 p.
- NOYE D, 2014, *Restaurer la motivation et l'engagement*, Insep Consulting, 2014
- RETOUR D, PICQ T ; 2006, *La délégation managériale : levier de la responsabilisation croissante La mobilisation des personnes au travail*. In : Gestion, Collection Racines du savoir, Montréal. pp.440-463
- RENAUD-COULON A, 1992, *La délégation de pouvoir et ses multiples dimensions*, Paris, Dunod, 188 p.
- TISSIER D, 2018, *Management situationnel, Vers l'autonomie et la responsabilisation*, Eyrolles
- WARCHOL N, 2012, *Dans Les concepts en sciences infirmières*, pages 87 à 89
- WEBER M, 1959, *Le savant et le politique*, Paris, Edition Plon

Enseignements

- Conférence les journées de l'ARSI (Association pour la Recherche en Soins Infirmiers) Paris la Défense, 26-27 janvier 2006
- EHESP, 2012, *Les pôles d'activités : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management*.
- MARECHAL M, 2010, *Institut de Formation des Cadres de Santé*, CHU Lille
- Guillaume GOURDIN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2021 - 51 -

Textes règlementaires

DECRET n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière modifié par Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 - art. 4

ORDONNANCE n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

LOI HPST (Hopital Patients Santé et Territoire) n° 2009-879 du 21 juillet 2009

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE version en vigueur du 4 février 2016, disponible sur internet

LOI N°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Liste des annexes

Thèmes et questions émis auprès des acteurs de terrain dans le cadre de la recherche :

Guide d'entretien réalisé pour l'enquête de terrain auprès des acteurs (CDP/CGS/PCME/CP/DG)

Thème 1 : Leviers managériaux identifiés

Question 1 : Pouvez-vous me définir votre rôle et vos missions ?

Question 2 : Considérez-vous avoir suffisamment d'autonomie dans votre gestion ?

Question 3 : Quel est le niveau de délégation au sein du pôle ?

Question 4 : Les moyens mis à votre disposition pour manager sont-ils suffisants ?

Question 5 : Comment appréhendez-vous la délégation au sein du pôle ?

Thème 2 : Culture managériale

Question 6 : Quelles sont les compétences attendues pour cette fonction (CDS-CP-CSG) ?

Question 7 : Comment le CGS/DS intervient-il au sein du pôle ?

Question 8 : Avez-vous le sentiment d'être reconnu dans votre fonction ?

Question 9 : Pouvez-vous être force de proposition au sein de votre pôle ?

Thème 3 : La politique managériale dans la gouvernance de l'établissement (DG/PCME/DS)

Question 10 : Comment envisagez-vous la collaboration avec le PCME-DS (en fonction de l'interviewé)

Question 11 : Comment définiriez-vous cette relation ?

Question 12 : Qu'attendez-vous du CGS ?

CP/CDP=>Pôle

PCME=>Institutionnel

DG=>Stratégique

Question 13 : Quel accompagnement proposez-vous aux CDP ?

Question 14 : Quel positionnement adoptez-vous ?

Question 15 : Avec quel acteur vous sentez-vous interdépendant ?

GOURDIN

Guillaume

Décembre 2021

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Edgar Morin 2021

Le management de l'encadrement par le directeur des soins : un levier pour l'atteinte des objectifs stratégiques de l'établissement

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /

Résumé :

L'organisation du travail à l'hôpital est singulière car elle se fait rencontrer deux mondes : une organisation administrative et une organisation soignante. Le point d'équilibre pour maintenir la cohésion est mince. Ce constat a vraisemblablement été majoré par une crise sanitaire sans précédent qui a éprouvé l'ensemble des acteurs. C'est dans ce contexte que le directeur des soins occupe ses fonctions, ses rôles et assure ses multiples missions. Il est un acteur majeur du management hospitalier. Le directeur des soins confie à l'encadrement la capacité à atteindre ses objectifs. Il a une fonction d'accompagnement pédagogique, sa mission est de faire progresser les cadres vers plus d'autonomie. Il est l'interface entre la direction et les services de soins.

Le recours à la subsidiarité est la manifestation la plus visible de la confiance qu'il accorde à ses collaborateurs. Cela traduit l'évolution de la gouvernance hospitalière avec la décentralisation par une délégation importante vers le pôle amenant à l'autonomie.

Cette autonomie responsabilise les équipes médicales et soignantes qui se révèlent particulièrement compétentes pour gérer au mieux leurs pôles.

Afin d'étayer ce sujet, ce travail recueille l'expérience des acteurs de terrain sur un établissement de santé. A l'issue de l'analyse de celui-ci, et de notre questionnaire initial, nous formulerons des préconisations basées sur le positionnement managérial du directeur des soins.

Mots clés :

Directeur des Soins - Management Situationnel – Loyauté – Autonomie – Compétence - subsidiarité – Délégation – Responsabilisation - Légitimité

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