



EHESP

Filière Directeur(rice)s des Soins

Promotion : **2022**

Date du Jury : **1^{er} décembre 2022**

**La coopération médico-soignante :
un enjeu managérial pour le directeur
coordonnateur général des soins**

Elisabeth RAINVILLE

Remerciements

A toutes les personnes interviewées pour leur disponibilité et la richesse des échanges,
A Claudie GAUTIER, Directrice de la filière, pour son soutien,
A Philippe BOURREL, pour la richesse de son accompagnement professionnalisant tout au long de l'année,
A Virginie DEGRANGE, pour son suivi de mémoire bienveillant,
A mes maîtres de stage, qui m'ont ouvert les portes de leur vie professionnelle de directrices coordinatrices générales des soins, avec une réelle volonté de partage et de transmission,
Aux journées d'études AFDS 2022 à Rennes qui ont inspirées la fin de ce travail,
A mes collègues, élèves DS de la promotion BERTHY ALBRECHT,
A mes filles et mon conjoint, pour leur patience et leur soutien,
A mes parents, pour les valeurs qu'ils m'ont transmises,

« L'art de diriger consiste à abandonner la baguette pour ne pas gêner l'orchestre »

Karajan

Sommaire

Introduction	3
1 PREMIERS CONSTATS ET QUESTION DE DEPART	4
2 PHASE THEORIQUE :	7
ELEMENTS CONTEXTUELS ET CONCEPTUELS	7
2.1 Plus de 20 ans d'évolution néo libérale du management hospitalier (NPM)	7
2.1.1 Une volonté d'efficience marquée par l'ordonnance du 24 avril 1996.....	7
2.1.2 La loi HPST marque un second tournant	8
2.1.3 Intensification du travail, accroissement de l'absentéisme	9
2.2 Réformer un système « complexe » : la plan « ma santé 2022 », la mission CLARIS, et ses conclusions	9
2.2.1 Perte d'attractivité et conditions d'exercice	10
2.2.2 Le « top management » loin des préoccupations des acteurs de terrain.....	10
2.2.3 La place du service dans la gouvernance	10
2.2.4 Faire du binôme chef de service-cadre un « attelage managérial central »..	11
2.3 Les mesures du Ségur de la santé, et la loi RIST	11
2.3.1 Les 4 piliers du Ségur de la santé	11
2.3.2 La loi RIST, un texte qui se veut ambitieux	12
2.4 L'évolution de l'organisation de l'hôpital : une organisation hybride	14
2.4.1 Évolution du service d'une position centrale à une position subordonnée....	14
2.4.2 Les pôles : un levier managérial et médico-économique	15
2.5 Le binôme managérial chef de service – cadre de santé.....	17
2.5.1 Le chef de service	17
2.5.2 Le cadre de santé, un cadre intermédiaire	19
2.6 Coopération dans les organisations et « relation de pouvoir » comme fondements de l'action organisée.....	21
2.6.1 Le concept de coopération, une opportunité et une capacité.....	22
2.6.2 La coopération comme relation de pouvoir	23

2.6.3	Le binôme managérial ou co management : une forme particulière de coopération.....	24
3	PHASE DIAGNOSTIQUE : L'ETUDE DE TERRAIN	25
3.1	Méthodologie de l'enquête.....	25
3.1.1	Modèle d'étude et outils d'enquête	25
3.1.2	Définition de la population et du corpus.....	26
3.1.3	Lieux d'enquête	27
3.1.4	Test de l'outil, déroulement, limites et réajustements de l'enquête	27
3.2	Le choix du modèle d'analyse	28
3.3	Analyse des résultats.....	28
3.3.1	Éléments politiques, stratégiques et managériaux	28
3.3.2	Les facteurs d'influence (les facteurs de réussite et les freins)	36
3.3.3	Point de vigilance : l'encadrement paramédical	41
3.3.4	Impacts perçus de la loi RIST	42
3.4	Synthèse.....	43
4	PRECONISATIONS	47
4.1	Axe stratégique.....	47
4.1.1	Préconisation n°1 : Un alignement fort et mis en visibilité du directeur général et du PCME	47
4.1.2	Préconisation n°2 : Associer les représentants de la CSIRMT au dialogue concernant le projet médico-soignant	47
4.1.3	Préconisation n°3 : Contribuer à faire du binôme CGS – PCME un modèle de coopération médico-soignante	48
4.1.4	Préconisation n°4 : Un projet managérial co-construit avec les parties prenantes qui fixe le cadre d'exercice de la gouvernance de service partagée.....	48
4.2	Axe coordination	49
4.2.1	Préconisation n° 5 : Soutenir et accompagner les cadres paramédicaux à exercer un co-management de qualité.....	49
4.3	Axe opérationnel.....	50
4.3.1	Préconisation n° 7 : Faire du recentrage sur la conduite du ou des projets de service un élément central de la gouvernance de service	50
	Conclusion	51

Bibliographie	53
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMI : appel à manifestation d'intérêt
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ARH : Agence régionale de santé
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CDS : Cadre de santé
CGS : Coordonnateur général des soins
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CME : Commission médicale d'établissement
CMG : Commission médicale de groupement
CNG : Centre national de gestion
COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR : Compte rendu
CREF : Contrat de retour à l'équilibre financier
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, rééducateur et médico-techniques
CSP : Cadre supérieur paramédical
CSP : Code de la santé publique
CSS : Cadre supérieur de santé
DAM : Directrice/direction des affaires médicales
DG : Directeur général
DGA : Directeur général adjoint
DS : Directeur des soins
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPS : Établissement public de santé
ES : Établissement de santé
ESSMS : Établissement sanitaire et social et médico-social
GHT : Groupement hospitalier de territoire
HPST : Hôpital patients santé territoires
HUGO : GCS des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest
IFCS : Institut de formation des cadres de santé
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
MER : Manipulateur en électro-radiologie

MPR : Médecine physique et de réadaptation
MPU : médecine post-urgence
NPM : New public management
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQOS : objectifs quantifiés de l'organisation des soins
PCME : Président de la commission médicale d'établissement
PH : Praticien hospitalier
PMP : Projet médical partagé
PMSP : Projet médico soignant partagé
PNS : Politique nationale de santé
PRS : Plan régional de santé
PU-PH : Professeur des université-praticien hospitalier
RH : Ressources humaines
SNS : stratégie nationale de santé
SROS : Schéma régional de l'offre de soins
SRS : Schéma régional de santé
T2A : Tarification à l'activité
TL : Technicien de laboratoire
UF : Unité fonctionnelle
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

Introduction

Historiquement constitué en « centre de gravité du système de soins français », l'hôpital public voit converger vers lui des besoins qui ne cessent d'augmenter, et de se diversifier, avec notamment le vieillissement de la population, et la « transition épidémiologique »¹ (JUVEN et al., 2019). Les acteurs de soins sont confrontés à la prise en charge de patients de plus en plus « lourds », vieillissants, poly pathologiques et chroniques. Les hôpitaux publics ont en effet la quasi-exclusivité de la prise en charge des cas les plus complexes, des populations précaires, et de certains actes hyper spécialisés et peu fréquents. En 1^{ère} ligne en cas de crise sanitaire, les pouvoirs publics savent pouvoir mobiliser les établissements publics. Or, plus de 20 ans de politique de rigueur destinée à maîtriser les dépenses en santé et responsabiliser les établissements face à l'évolution des besoins en santé et des pratiques médicales ont profondément changé le paysage hospitalier et les organisations des soins.

Souhaitant donner un second souffle aux hôpitaux, dans le cadre du plan ma santé 2022, a été conduite en 2020, par le Pr Olivier CLARIS, la mission sur la gouvernance et la simplification à l'hôpital avec pour ambition de changer le fonctionnement interne et la gouvernance de l'hôpital public, et de capitaliser sur les bonnes pratiques mises en place durant la crise Covid-19. La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », dite loi « RIST, capitalisant sur les recommandations de la mission, vient alors poser le cadre de la nouvelle gouvernance équilibrée, liberté d'organisation, simplification du fonctionnement interne et recentrage de l'organisation à l'échelon du service.

Ainsi, face à ce nouveau paradigme, nous nous sommes interrogés sur la contribution du directeur coordonnateur général des soins à promouvoir le binôme chef de service – cadre de santé comme un « attelage central » de la gouvernance de l'hôpital.

Après avoir exploré les éléments contextuels et conceptuels du sujet, nous avons réalisé une enquête qualitative, dont l'analyse nous a permis, dans le cadre d'une démarche professionnalisante, d'émettre des préconisations.

¹ Ou Transition sanitaire. Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. <https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique>. Consulté le 4 avril 2022.

1 PREMIERS CONSTATS ET QUESTION DE DEPART

Pour faire face aux nombreux défis et enjeux de l'hôpital et de la santé actuels, dans le cadre de la Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021, dite Loi RIST, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement (PCME) d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire.

Au centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac², le chef d'établissement et le PCME ainsi que l'équipe de direction, ont saisi l'opportunité de la construction du nouveau projet d'établissement (2022-2026) pour repenser en profondeur l'organisation interne. Cette refonte structurelle s'inscrit précisément dans la lignée des aménagements de la loi RIST, et des recommandations de la mission CLARIS.

Ainsi, depuis le 1^{er} avril 2022, 37 services et 2 départements (médecine d'urgence, gériatrie) remplacent les 12 pôles d'activités médico-soignantes, qui étaient jusque-là, comme la plupart des établissements, subdivisés en services, et regroupés dans une même logique « *pseudo* » médicale. Disparaissent les chefs de pôles, restent 2 chefs de département et 37 chefs de services dont les périmètres de service ont été revus. Outre cette réorganisation des services soins, qui n'a pas pour objet d'en rendre les frontières plus étanches mais plus perméables, se structure une offre de soins (projet médico-soignant) par parcours patients et filières inter services et inter établissements du GHT (vision transversale et territoriale).

Les services, tels qu'ils sont définis dans la Loi RIST, constituent « *l'échelon de référence*³ » en matière « *d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé, ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail* ». Ils sont dirigés par un chef de service, en étroite collaboration avec le cadre de santé.

Recentrer l'organisation de l'hôpital à l'échelon du service, et renforcer la coopération chef de service-cadre de santé (CS-CS) comme « *binôme managérial de référence* », interroge la gouvernance au sens large, notamment les directeurs et les managers sur lesquels doit porter l'effort pour impulser cette évolution, mais aussi l'organisation hospitalière pyramidale en « *super structures polaires* ». « *Pourquoi ne peut-on plus manager comme avant ?* » dans les organisations de service public s'interroge

² Établissement de santé (ES) de 900 lits support du GHT Cantal (15) comprenant au total 5 ES, ayant pour CHU de référence celui de Clermont-Ferrand. Il comprend 1850 personnels (dont 145 médecins).

³ Article L. 6146-1 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification 2021 (loi RIST).

Patrick NEGARET (2021). Question centrale pour pouvoir accompagner le virage que doit aujourd'hui prendre la gouvernance hospitalière.

En ce sens, le rapport du Senat⁴ remis en mars 2022 par la commission d'enquête sur « *la situation de l'hôpital et le système de santé en France* » préconise de « *faire et redonner confiance aux hospitaliers* » en leur donnant de la « *liberté et de l'autonomie* ».

D'une part, en accordant « *une place mieux reconnue à la communauté médicale* », au sens de pilotage « *médico-administratif* » et « *médico-soignant* » équilibré. Le rapport précise la nécessité d'infléchir les pratiques en « *revivifiant le rôle des représentants des praticiens et personnels paramédicaux dans les instances* » de gouvernance et en dotant les présidents de CME des moyens matériels et humains pour exercer leurs prérogatives.

D'autre part, avec le renforcement de l'interaction entre les instances décisionnelles dans lesquelles siègent des acteurs médicaux – directoire et CME – et les services de soins, et en donnant un rôle accru à la CSIRMT. Le rapport souligne l'importance de « *médicaliser la gouvernance, et réconcilier les acteurs hospitaliers comme priorité pour donner un cap et des projets viables à l'hôpital* ».

Enfin, la souplesse et une plus grande proximité dans la gestion des hôpitaux publics doivent désormais pleinement tirer parti de la liberté d'organisation ouverte par la loi RIST d'avril 2021. La constitution des pôles n'étant plus systématique, elle doit dès lors répondre à une réelle pertinence et ne pas faire écran aux relations entre services et instances dirigeantes.

Ainsi, face à ce nouveau paradigme et l'attelage de textes normatifs et législatifs qui l'accompagnent nous nous posons plusieurs questions :

- Comment les gouvernances des ES vont-elles se saisir de cette opportunité qui leur est offerte de repenser des organisations réhabilitant l'échelon du service de soins, avec une visée simplificatrice, tout en associant les équipes médicales et soignantes, et tout en maintenant une démarche d'amélioration continue de la qualité et pertinence des soins ?
- Les feuilles de route données par les ARS aux chefs d'établissements vont-elles aussi intégrer ce changement de paradigme dans leur rôle de tutelle, d'accompagnement, et de pilotage, et si oui comment ?
- Quels choix (médico-administratifs et médico-soignants) incomberont au trinôme Chef d'établissement – PCME – CGS ? et quelle mise en pertinence avec le PMP ?
- Quels seront la place et le rôle du directeur des soins (DS), comme membre du triumvirat dans le cadre du projet médico-soignant et du projet managérial ?

⁴ Rapport n° 587 du Senat remis le 29 mars 2022 par la commission d'enquête sur « *la situation de l'hôpital et le système de santé en France* » (présidée par M. Bernard JOMIER)

-En quoi le DS CGS a-t-il un rôle particulier à jouer pour renforcer ou réhabiliter le binôme de référence cadre de santé – chef de service, sa place dans le pôle, et promouvoir son rôle « ascendant » ?

-En quoi la coopération PCME-DS peut-elle participer à l'équilibre de la gouvernance médico-soignante ?

Tel que le précise l'article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière (modifié par le Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014) le DS, coordonnateur général des soins (CGS), exerce, sous l'autorité du directeur d'établissement, les fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Membre de l'équipe de direction, président de la CSIRMT, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement portée par le triumvirat Directeur-PCME-Directeur des soins, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Afin de bien situer le questionnement dans le cadre des prérogatives du DS, comme membre de la Direction et du Directoire, au regard de la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, nous avons fait le choix de la question de départ suivante :

En quoi la stratégie managériale du directeur de soins peut-elle contribuer à promouvoir le binôme chef de service – cadre de santé comme un « attelage central » de la gouvernance de l'hôpital ?

Dès lors, nous avons retenu deux hypothèses :

1-La coopération entre le PCME et le DS dans le cadre du copilotage du projet médico soignant constitue un levier de promotion du binôme chef de service-cadre de santé

En d'autres termes la question sous-jacente est la suivante :

En quoi le niveau de coopération entre le DS et le PCME dans le pilotage du projet médico-soignant permet-il au binôme managérial du service d'exercer son rôle ascendant ?

2- Par son mode de management collaboratif avec l'encadrement, et la communauté médicale, le DS contribue à promouvoir la coopération entre le chef de service et le cadre de santé, binôme managérial de référence.

Après avoir défini les termes de la question et des hypothèses, au filtre d'une recherche bibliographique des éléments contextuels, et conceptuels, nous proposerons une méthodologie d'enquête sur le terrain.

2 PHASE THEORIQUE :

ELEMENTS CONTEXTUELS ET CONCEPTUELS

Éclairer le sujet de notre travail nous a demandé, d'une part, de le contextualiser en reprenant l'évolution historique des enjeux de gouvernance et d'organisation hospitalière aux travers des grandes réformes, d'autres part, d'approfondir la question de la place du service et du binôme managérial chef de service-cadre de santé dans cette mutation permanente des organisations hospitalières.

2.1 Plus de 20 ans d'évolution néo libérale du management hospitalier (NPM⁵)

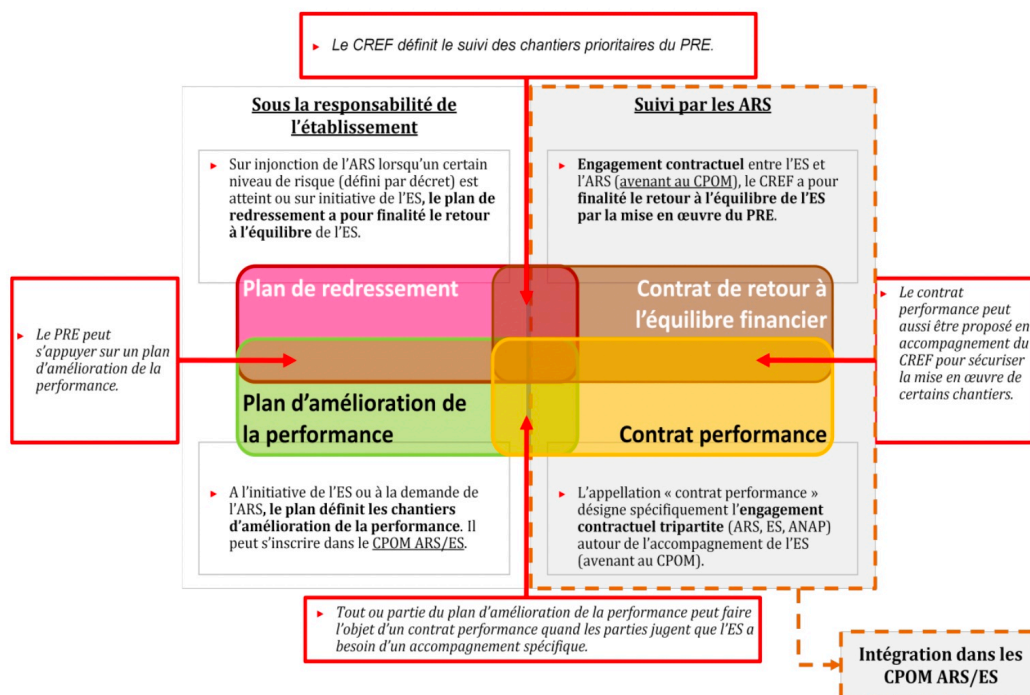
L'objectif de retour à l'équilibre des comptes de l'État et des comptes sociaux, pour lequel la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens, a mis sous tension le secteur de la santé depuis de très nombreuses années.

2.1.1 Une volonté d'efficience marquée par l'ordonnance du 24 avril 1996

Tout d'abord, la mise en place des ARH avec l'ordonnance du 24 avril 1996 (qui deviendront ARS en 2010 - décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des ARS) porte l'ambition de régionaliser la politique hospitalière définie par le gouvernement en établissant une relation contractuelle entre l'État (via les ARH) et les établissements de santé par l'intermédiaire de la création d'un CPOM (LOUAZEL et al., 2018) . Ce CPOM a alors pour objectif de définir les orientations stratégiques des ES sur la base du cadre de la planification par le SROS (SROS 2) qui participe à la réponse aux besoins en santé identifiés, mais également, dès 2010 (décret n°2010-1170 relatif au CPOM), à l'amélioration de la « *maîtrise médicalisée des dépenses et des pratiques professionnelles* ». Il peut notamment prévoir des actions d'accompagnement visant à améliorer la performance de sa gestion, il devient un des outils privilégiés du dialogue de gestion entre les ES et l'ARS. Cette période marque un **premier tournant** de la politique de restructuration et de réforme hospitalière.

Dès lors, les réformes financières de l'État, en fonction des priorités des politiques publiques (plan triennal ONDAM par ex.), introduisent de nouvelles pratiques fondées sur les principes de recherche d'efficacité et de responsabilisation des ES. Une culture de résultat se substitue à une culture de moyens pour permettre aux hôpitaux de démontrer leur efficience, d'être mis en concurrence, et de pouvoir répondre à l'évolution des exigences en santé.

⁵ Le NPM ou New Public Management ou nouveau management public est un concept anglo-saxon né dans les années 70 qui vise à améliorer l'efficacité de l'État et de l'Administration en minimisant les différences entre gestion publique et gestion privée, avec un meilleur partage des rôles entre pilotage et exécution. Il promeut la culture du résultat (vs culture de moyens).



Source : DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM, 2011.

2.1.2 La loi HPST marque un second tournant

La réforme « *Bachelot* » de 2009, dite loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (Loi HPST), consacre le chef de l'établissement en « *patron* » de l'hôpital, et marque une **deuxième étape cruciale** dans le « *tournant néolibéral* » des politiques hospitalières (SCHWEYER, 2009). Elle consacre aussi le PCME comme le « numéro deux » de l'établissement, vice-président du directoire, et comme coordonnateur médical fonctionnant en binôme avec le directeur. Le président de la CSIRMT, le directeur des soins, est lui-même membre de droit du directoire.

Avec l'entrée en vigueur du plan hôpital 2007 (suivi de celui de 2012), et la montée en charge de la T2A (introduite en 2002), les mesures d'efficacité et d'austérité portées par le NPM cherchent d'abord à rationaliser les moyens et laissent rapidement apparaître des divisions entre les « *mandarins* » (PU-PH et PH chefs de service) et praticiens hospitaliers (PH), entre spécialités médicales, entre corps médical et monde infirmier, ou encore entre soignants et administratifs (Hibou, 2013). La réforme du statut des directeurs d'hôpital (2005) et sa gestion (conjointe avec celui des médecins hospitaliers) par le CNG ou encore la création d'une Agence Nationale d'Appui à la Performance Hospitalière (ANAP) traduisent, parmi d'autres mesures, la transformation en profondeur vécue par l'hôpital (SCHWEYER, 2009). Ces réformes bouleversent les habitudes, les pratiques professionnelles ainsi que les organisations.

A cette période, les directeurs et les personnels d'encadrement, qui interrogent de plus en plus « *le sens d'un métier d'intermédiation des contraintes* », sont particulièrement

impactés par la « *bureaucratization dite néolibérale de l'hôpital* » (au sein des pôles médico-gestionnaires où ils se sentent de plus en plus éloignés du terrain). Ils se trouvent être les « *artisans* » du déploiement de la rationalité managériale sans en être toujours de « *fervents partisans* », parfois même avec une certaine forme de résignation (JUVEN et al., 2019).

2.1.3 Intensification du travail, accroissement de l'absentéisme

L'application des réformes a des effets particulièrement importants en termes d'emplois avec un coût social non négligeable. Les nombreux contrats de retour à l'équilibre financier (CREF, COPERMO) signés entre les hôpitaux déficitaires et les ARS impliquent systématiquement une réduction de la masse salariale au travers de réorganisations multiples, et bien souvent successives, nécessitant de nombreux changements souvent mal vécus par les professionnels et les médecins. On observe un accroissement constant de l'absentéisme, du taux de rotation, du recours à l'intérim et une perte d'attractivité progressive, notamment pour les établissements déficitaires qui ont nécessité des économies d'échelle pour redresser la balance recettes/dépenses (SCHWEYER, 2009).

Les rapports d'enquête annuels « *bilan social* » construits sur la base des indicateurs RH colligés par l'ATIH (dont la déclaration est obligatoire pour les ES de plus de 300 agents) montre entre 2012 et 2018 une évolution constante de l'absentéisme qui représente (en moyenne) :

+ 4,2% d'absentéisme pour les PNM,

+ 2,3% pour les PM.

	2012		2013		2015		2018	
	PNM	PM	PNM	PM	PNM	PM	PNM	PM
CET (jours)	-	-	3,3	25,3	3,6	26,1	4,7	25,6
Tx abs %	4,9	1,5	7,8	3,2	8,1	3,4	9,1	3,8
Tx rot %	10,5	10,5	8,9	14	9,5	-	10,3	29,6
Métiers sensibles	-	-	Kiné IDE IADE	-	-	Anest R, Radio imagerie	Kiné, IDE, AS	Anest R, Général

Source : ATIH, <https://www.atih.sante.fr>⁶

2.2 Réformer un système « complexe » : la plan « ma santé 2022 », la mission CLARIS, et ses conclusions

Dans ce contexte tendu le plan « *Ma santé 2022* » est engagé par le gouvernement en 2018 avec, en filigrane, la nécessité de réformer un système hospitalier encore décrit comme trop complexe, avec plusieurs niveaux de décision, éloignant le « *top management* » de la base.

⁶ Les données de 2019 à 2021 ne sont pas encore accessibles sur le site de l'ATIH.

Afin d'en accélérer la mise en œuvre la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, charge (en décembre 2019) le Professeur Olivier CLARIS (président de la CME des Hospices Civils de Lyon) de la mission de « *rendre opérationnelle la nouvelle gouvernance remédicalisée* » et de résoudre la question de la « *simplification des processus de fonctionnement de l'hôpital* » pour rendre les organisations « *plus fluides et plus agiles* ».

De manière concomitante surgit la crise sanitaire Covid-19 (début 2020) qui aura un effet de catalyseur sur le monde hospitalier déjà impacté. Dès lors, le ton donné aux conclusions et 56 recommandations de la mission CLARIS sera d'autant plus marqué par la crise.

Les 4 principaux axes du rapport CLARIS faisant suite à la très large concertation des acteurs du terrain sont les suivants :

2.2.1 Perte d'attractivité et conditions d'exercice

La « *perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public* » pour l'ensemble des professionnels soignants est la problématique majeure soulevée par la plupart des interlocuteurs de la mission CLARIS. Elle est notamment liée à des conditions de rémunération jugées insuffisantes au regard de contraintes assumées pour leur plus grande part par ces professionnels, comme la « *permanence des soins, les missions de recours, la prise en charge sociale* ».

Le fonctionnement des services avec un « *nombre réduit de professionnels, les dysfonctionnements du quotidien, l'implication insuffisante des acteurs de terrain dans la gouvernance* » grèvent également l'attractivité de l'hôpital public.

Les cloisonnements entre les services eux-mêmes (services cliniques, services du plateau technique, services supports) sont également mis en avant.

2.2.2 Le « top management » loin des préoccupations des acteurs de terrain

Dans les orientations stratégiques de l'établissement comme dans son fonctionnement quotidien, ressort également « *le sentiment d'une nette coupure entre le top management médico-administratif de l'hôpital (formé par le binôme directeur - PCME et l'ensemble de la gouvernance) et les acteurs de terrain* », en cohérence avec le besoin de reconnaissance du service. Les soignants s'estiment ainsi « *peu associés aux décisions prises* », qui les concernent, qu'ils jugent souvent « *peu en phase avec la réalité de leur quotidien* ».

2.2.3 La place du service dans la gouvernance

Le service de soins, qui apparaît comme « *le niveau de référence pour les équipes soignantes comme pour les patients* », a vu sa place progressivement dévalorisée et s'est trouvé écarté de la gouvernance.

La reconnaissance réglementaire de la fonction de chef de service et de ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé, ainsi que « *la valorisation de sa responsabilité par une rémunération spécifique* » concrétiseraient « *l'importance du service dans la gouvernance* ».

Le développement de « *l'intéressement collectif des équipes* » et le renforcement du binôme constitué par le chef de service et le cadre de santé seraient des leviers forts pour réinvestir et revaloriser cet échelon capital. Via les pôles, les chefs de service s'impliqueraient réellement dans la « *définition de la stratégie médicale* » et seraient force de proposition auprès des instances de gouvernance.

2.2.4 Faire du binôme chef de service-cadre un « attelage managérial central »

Le rôle fondamental joué par l'encadrement paramédical dans le bon fonctionnement hospitalier est souligné par la mission. Les praticiens exerçant des responsabilités managériales se sont dit « *insuffisamment formés et outillés au regard de leurs missions* », leur formation initiale ne les préparant pas suffisamment à cet exercice. La mission propose alors d'établir un « *parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences* », en lien avec le CNG.

Les motifs pour lesquels le service public hospitalier doit évoluer sont donc multiples : contraintes budgétaires, besoin de légitimité et de simplification, complexification des besoins des usagers, besoin d'attractivité, avec la nécessité de maintenir le niveau attendu de qualité des soins, donc du service rendu.

Le besoin de simplification et de bon sens (NEGARET, 2021), « *en recentrant l'organisation sur les essentiels* », nécessite une remise en cause profonde et d'autant plus difficile que la centralisation est parfois excessive, et que l'organigramme est pyramidal.

2.3 Les mesures du Ségur de la santé, et la loi RIST

Les mesures du Ségur et le cadre juridique de sa mise en œuvre font suite. Le ton, très politique, se veut prescriptif, précis, et prend la forme d'injonctions « *normatives* » qui, somme toute, dénotent avec les thèmes de « *liberté, de simplification, et de confiance* » qui sont portés.

2.3.1 Les 4 piliers du Ségur de la santé

Le Ségur de la santé, dont l'animation a été confiée à une figure du syndicalisme français, Madame Nicole NOTAT⁷, a débuté par une concertation entre mai et juillet 2020

⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_des_recommandations_de_nicole_notat_-_segur_de_la_sante.pdf consulté le 22/09/2022

avec tous les représentants de notre système de santé, usagers inclus, sur les différents enjeux comme la revalorisation des carrières, l'organisation des soins dans les territoires, l'investissement, le numérique en santé, la gouvernance et l'inclusion des soignants aux prises de décision, la lutte contre les inégalités de santé, la psychiatrie, la recherche, mais aussi la santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Dans son rapport, Madame NOTAT fera part de ses convictions pour le Ségur en ces termes :

« Il faut libérer les ES et leurs personnels d'un certain nombre de contraintes chronophages et sans réelle valeur ajoutée pour qu'ils puissent se recentrer sur leur cœur de métier : le soin. Déléguer le pouvoir, contractualiser sur des objectifs clairs et précis, expérimenter des solutions innovantes dans les établissements et les territoires, faire confiance a priori et instaurer un contrôle a posteriori : ces changements sont attendus et restaureront la confiance. La négociation d'accords collectifs au niveau national et au niveau local doit devenir une pratique courante ».

Les conclusions vont ainsi constituer les bases d'un vaste plan d'actions construit autour de 4 grands axes :

Pilier I-Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent (revalorisation des rémunérations et des carrières et développements des compétences et des parcours professionnels),

Pilier II-Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins (renforcer la politique d'investissement dans les bâtiments et le matériel, afin de mieux répondre aux besoins de la population),

Pilier III-Simplifier les organisations et le quotidien des équipes (mise en place d'un système plus souple, plus simple, plus en proximité, et redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé),

Pilier IV-Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers (mettre en place une organisation du système de santé fondée sur le territoire et intégrant hôpital, médecine de ville et médico-social).

2.3.2 La loi RIST, un texte qui se veut ambitieux

Un cadrage réglementaire⁸ conséquent va accompagner le plan d'action du Ségur dont la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 *« visant à améliorer le système de santé par la*

⁸ Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;

Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;

Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

Décret n° 2022-202 du 17 février 2022 relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements

Annexe 1 : guide « mieux manager pour mieux soigner » élaboré par le Pr Olivier Claris, en coopération avec les conférences hospitalières et la Fédération Hospitalière de France (FHF)

Annexe 2 : format indicatif d'enquête de suivi du déploiement des recommandations et bonnes pratiques du guide « mieux manager pour mieux soigner »

confiance et la simplification », dite loi « RIST ». Elle concrétise plusieurs volets non financiers, et sera consolidée par le décret n° 2022-202 du 17 février 2022 « *relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements* ».

Dès lors, le texte adopté permet la **possibilité d'une liberté de choix d'organisation et de gouvernance au sein des EPS**, en permettant de fusionner certaines instances (Art. L. 6146-12 du CSP. commission médico-soignante), et en élargissant le directoire à des étudiants ou des représentants d'usagers, pour que l'hôpital s'ouvre davantage sur l'extérieur. S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le PCME arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1.

La qualité de vie au travail des professionnels est aussi réaffirmée par la mise en place d'un **projet de gouvernance et de management participatif** (Art. L. 6143-2-3) qui a pour objet de structurer les orientations managériales données par la gouvernance dans l'ES.

Le service hospitalier (Art L. 6146-1 du CSP) **est**, quant à lui, **défini comme l'échelon de référence**. Sa gouvernance par le **binôme chef de service – cadre de santé** est réaffirmée en ces termes :

« Les services sont dirigés par un chef de service, responsable de structure interne, en étroite collaboration avec le cadre de santé ».

« Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement ».

« Le chef de service est notamment associé par le chef de pôle à la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le chef de pôle peut déléguer sa signature au chef de service pour la mise en œuvre du contrat de pôle ».

« Le chef de service et le cadre de santé organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service. »

« Les chefs de service et les responsables de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur leur propose une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. »

Le rôle de maitres d'œuvre de la concertation interne du chef de pôle et du cadre supérieur de santé sont par ailleurs et pour la première fois précisément énoncés :

Annexe 3 : présentation des évolutions introduites par les textes relatifs aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital élaborée par la FHF.

« le chef de pôle, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, favorise la concertation interne entre les services, les départements, les unités et les structures qui composent le pôle ».

Enfin, le principe d'élection du président de la CSIRMT, tel qu'il était proposé dans la version sénatoriale, n'est finalement pas retenu grâce à l'intervention des présidents des conférences nationales des DG de CHU et de CH⁹ qui ont exprimé leur vive opposition à cette évolution.

2.4 L'évolution de l'organisation de l'hôpital : une organisation hybride

L'hôpital est le modèle même de la bureaucratie professionnelle, du fait de la coexistence nécessaire mais parfois difficile d'une organisation bureaucratique (administrative) et d'une organisation professionnelle (médico-soignante), dont le centre opérationnel est composé des professionnels médico-soignants experts de leurs domaines d'exercice.

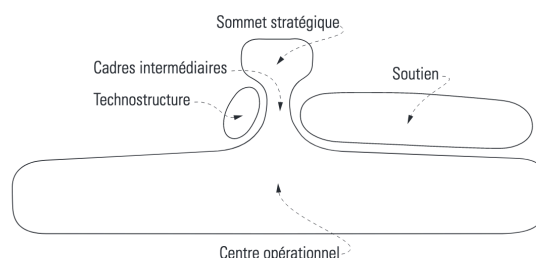


Schéma 3
LA BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

Source : Modèle de la bureaucratie professionnelle selon MINTZBERG (1979)

2.4.1 Évolution du service d'une position centrale à une position subordonnée

Dans les années 1970 un hôpital était constitué d'unités élémentaires, les services hospitaliers, dont le territoire était marqué par un chef de service appelé « patron » voire « mandarin » lorsqu'il était « professeur » (PU-PH) dans les hôpitaux universitaires (TOFFOL, 2012). Le « patron » dominait ses collaborateurs subordonnés en nombre variable selon l'étendue de son territoire : un ou deux autres professeurs, ses élèves (externes), quelques chefs de clinique, ainsi qu'un nombre parfois conséquent d'internes. Le plus souvent, il dirigeait son service de manière autoritaire voire « paternaliste », son autorité « naturelle » n'était pas remise en question. L'interlocuteur direct du « patron » était le directeur qu'il était alors facile de rencontrer (voire de « convoquer ») et aucun financement ne posait de problème insurmontable dans ce contexte de développement et d'émergence des disciplines médicales et chirurgicales. Les progrès thérapeutiques étaient alors manifestes, encore très marqués par l'après-guerre. La « surveillante » (actuelle cadre de santé) facilitait l'exercice du pouvoir du chef de service en mettant en œuvre ses

⁹ <https://www.reseau-hopital-ght.fr/actualites/sante-publique/politique-de-sante/proposition-de-loi-rist-les-chefs-d-etablissements-reaffirment-le-role-et-la-place-du-coordonnateur-general-des-soins.html>. Consulté le 14 avril 2022.

directives. Un certain nombre d'habitus de fonctionnement traduisaient la domination symbolique du chef de service dans les pratiques quotidiennes : le diagnostic du chef tranchait toujours lors de cas cliniques complexes, le staff (réunion clinique pluri professionnelle) et la visite quotidienne avec les élèves, haut lieu de transmission des savoirs médicaux, étaient très ritualisés et régulaient l'activité que la surveillante orchestrait auprès de l'équipe paramédicale.

Avec la Loi HPST (2009) les ES se sont brutalement structurés en pôles d'activités cliniques et médico-techniques qui regroupent chacun un certain nombre services, parfois perçus comme des « *coquilles vides qui ne gardent de services que le nom* » (TOFFOL, 2012). Certains ES ont alors fait le choix de ne garder que des médecins responsables d'UF à la place des chefs de service.

La mise en place de ce changement de paradigme organisationnel introduit très fortement, par la biais de la contractualisation interne, la volonté d'implication des chefferies de pôle dans le pilotage médico-économique des activités de soins et des ressources humaines. Dès lors, l'acculturation des acteurs hospitaliers à une logique gestionnaire bouscule les équilibres et les lignes de hiérarchies recomposant la nature et la forme du dialogue pluri professionnel d'une part en intra pôles, mais aussi en inter pôles, et d'autre part entre les pôles et la direction.

Toute la ligne hiérarchique paramédicale, du cadre de santé de proximité au cadre supérieur de pôle et au coordonnateur général des soins (CGS) est impactée par ce redécoupage des ES. Une culture de pôle se substitue progressivement à une culture de service, sous l'effet des recombinaisons organisationnelles et de la mutualisation des ressources et des moyens.

2.4.2 Les pôles : un levier managérial et médico-économique

La constitution des pôles diffère d'un ES à un autre, répondant à des logiques variables : regroupement d'activités de spécialités identiques, de parcours de soins similaires ou associés, ou encore répondant à une logique architecturale.

Du point de vue de la gestion médico-économique, le nombre de structures autonomes a été divisé par quatre par rapport au découpage en services (LAGADEC et al, 2016), dont la « balkanisation » ne manquait pas d'être, à cette époque-là, régulièrement soulignée. Chaque pôle est dirigé par un chef de pôle, d'un cadre supérieur de pôle et d'un cadre administratif (attaché) qui constitue le « trio de pôle », avec dans certains ES un directeur adjoint référent ou délégué au pôle. Les missions du chef de pôle, du cadre paramédical de pôle et la nature de leur coopération sont dès lors à construire, et sans plus de précisions réglementaires, chaque ES construit son propre modèle.

Les pôles assurent le rôle de relai opérationnel de la politique d'établissement conduite par le directeur et le directoire. Sorte de « super structures » de gestion de taille critique, notamment en CHU, les pôles sont reconnus comme lieux de développement de stratégies médicales coordonnées.

Afin d'être plus opérationnels et plus réactifs, les chefs de pôle bénéficient, dans le cadre de la contractualisation interne, d'une délégation de gestion de la part du directeur. En effet, la loi prévoit que le directeur signe, avec les chefs de pôle, un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens de la structure. Par ailleurs, l'autorité fonctionnelle du chef de pôle est définie pour lui permettre d'adapter l'organisation et les moyens du pôle aux évolutions de l'activité. D'un ES à l'autre le contenu du contrat de pôle se révèle être très variable, notamment concernant les délégations de gestion et l'intéressement qui ne sont, dans les faits, pas systématiques.

Le rapport de l'IGAS de 2010 sur le « *bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les ES* » souligne l'intérêt managérial et gestionnaire du découpage en pôles. Corollaire des contrats de pôles, la mise en œuvre de projets de pôles ont permis d'une part d'améliorer les logiques de parcours de soins des patients, la qualité des soins dispensés, et d'autre part l'efficacité médico-économique des établissements qui ont contribué, via les contrats de pôles, à responsabiliser les acteurs, notamment les médecins chefs de pôles.

Néanmoins, les moyens dont disposent les pôles pour le suivi de leur gestion sont hétérogènes, les modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissent souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels sont déjà perçus (en 2010) comme insuffisants. Enfin, la formation des chefs de pôles s'avère aussi insuffisante.

Ce changement de paradigme organisationnel destiné avant tout à améliorer l'efficacité des ES a montré depuis sa mise en place une évolution qui reste mitigée, et très disparate d'un ES à l'autre. Ce qui participe, en partie, à une certaine volonté politique de « retour en arrière » avec le recentrage sur le service, plus petite unité managériale et organisationnelle, capable de se centrer sur les besoins des usagers et les ressources adaptées pour mieux y répondre, tout en redonnant du sens au professionnels de santé, notamment aux médecins très attachés à la culture de service, voire de discipline.

La question de la « balkanisation », synonyme de juxtaposition de moyens peu mutualisés, qui ne ressemble en rien aux parcours de soins ville-hôpital qui transcendent les murs de l'hôpital, peut nourrir une certaine « crainte de régression », que nous aborderons plus particulièrement dans l'enquête de terrain.

2.5 Le binôme managérial chef de service – cadre de santé

Comme nous l'avons vu dans les éléments de contexte (notamment réglementaires) l'évolution constante des ES et des organisations tendent à plus de transversalité, avec une réelle volonté de décloisonner les différentes logiques (administratives, médicales, paramédicales), et redonner un réel pouvoir de décision aux médecins et à la proximité. Selon le professeur Olivier CLARIS « *reconstituer ce binôme comme clef de voûte de la gouvernance hospitalière de proximité* » devient une priorité. Le lien fonctionnel du chef de service avec le cadre de santé est essentiel pour former un binôme managérial partagé, un « *attelage* » qui permette de créer les conditions d'une implication de l'ensemble des équipes médicale et soignante.

En rupture avec les approches d'un « *leadership incarné par une personne* », se développent, ces dernières années, des travaux qui mettent en avant le « *caractère collectif du leadership, avec un leadership partagé et distribué* » (LUC, 2010), ainsi l'évolution des organisations et de leur fonctionnement vers plus de transversalité, de décentralisation et de formes en réseau ou matriciel, réinterroge le leadership, et notamment celui qui s'incarne plus volontiers sous forme de binôme managérial.

Nous nous sommes intéressés dans cette partie aux caractères propres et à la singularité des identités du chef de service et du cadre de santé, qui ne font pas partie du même groupe professionnel, comme préceptes de la définition d'une possible coopération.

2.5.1 Le chef de service

A) Du médecin au chef de service

La médecine et le médecin : culture, autorité, indépendance

Selon Michel Foucault (VANDEWALLE, 2006) la médecine confronte « *l'identité (le discours rationnel, la normalité) à la différence (le pathologique, la maladie)* ». La médecine, par l'instruction qu'elle propose de la relation du normal et du pathologique, est au cœur de la constitution d'un discours qui peut être de nature biographique, descriptive, statistique, déductive, expérimental, et interprétative. Les rôles du médecin sont multiples en fonction des contextes institutionnels où ils s'exercent.

Il est vrai que l'histoire de la médecine et de l'hôpital sont intimement liés. L'hôpital a longtemps exercé une fonction première d'assistance aux pauvres où le soin ne représentait alors qu'un aspect marginal dans un vaste dispositif de secours. La médecine, elle, individualiste par essence, est fondée sur la clinique¹⁰ et la transmission des savoirs. Le médecin est chargé de lire les signes et de lutter contre la maladie. Il a donc fallu en quelque sorte médicaliser l'hôpital, et « hospitaliser » la médecine. Ainsi, à la fin du XIII^e siècle naît la médecine hospitalière centrée sur une ou plusieurs disciplines.

¹⁰ Du grec *Clinicus* : coucher, incliner. Terme de médecine qui désigne ce qui « *se fait au lit du malade* ».

Par ailleurs, il est intéressant de noter que la culture médicale actuelle ne s'est pas construite dans le seul cadre de l'essor des pratiques contemporaines (CHIOLERO & HAYNAL, 2019), elle garde encore aujourd'hui trace de sa pratique ancestrale (dans son langage, ses codes, ses valeurs, ses normes et comportements) intimement liée à l'histoire de la médecine, et la transmission par les pairs qui s'opère dès le début des études de médecine (BOUTIN-FOSTER et al., 2008). La blouse blanche et le stéthoscope en sont les stigmates. Il existe aussi une micro-culture de spécialités : chaque spécialité médicale possède ses propres codes et éléments de langages (chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, etc.). Ainsi, pour exemple la question de la décision médicale, notamment face à la mort ou la fin de vie, est particulièrement empreinte de cette posture culturelle.

Enfin, la figure du médecin, dans sa relation à la maladie et à la mort, est toujours « *singulière* », comme le sont également « *son autorité et son pouvoir de décision* ». Il est fréquent de décrire ce colloque singulier comme « *la rencontre d'une conscience et d'une confiance* ». Il est vrai que la question du « pouvoir médical » a nettement évolué au cours de l'histoire, avec l'avènement du patient « sachant », néanmoins, depuis l'obligation d'information jusqu'à la décision à prendre, le médecin demeure toujours seul détenteur d'un pouvoir discrétionnaire¹¹. Il cultive en ce sens son indépendance.

Médecin chef de service, médecin manager

En tant qu'expert dans son domaine, et viscéralement attaché à son indépendance le médecin ne rentre donc pas dans la ligne hiérarchique de la bureaucratie hospitalière. Il reconnaît d'ailleurs plus volontiers le processus de nomination par voie élective, qui fait selon lui légitimité (LOUAZEL et al., 2018). Le chef de service ne dispose pas d'une autorité hiérarchique, mais fonctionnelle vis-à-vis des médecins praticiens du service, et vis-à-vis des personnels de l'équipe pluridisciplinaire rattachés au service.

Sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, le chef de service est responsable clinique de structure interne (Art L. 6146-1 du CSP) : le service hospitalier. Il en assure la direction, en étroite collaboration avec le cadre de santé, notamment dans à la mise en œuvre du projet de service, qui s'inscrit ainsi dans la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Dans les CH et les CHU, le chef de service est nommé pour une période de quatre ans renouvelable par décision conjointe du directeur et du PCME. Il a pour principales missions : l'élaboration du projet de service, le recrutement médical, l'animation et la gestion de l'équipe médicale, la coordination de la recherche et de l'enseignement, l'organisation des soins et du fonctionnement du service avec le cadre de santé, l'animation de la

¹¹ Un pouvoir discrétionnaire : lorsque la décision peut être totalement indépendante des éléments de fait. Le médecin peut décider d'agir ou de ne pas agir, tout en restant dans la légalité. « Il y a pouvoir discrétionnaire toutes les fois qu'une autorité agit librement, sans que la conduite à tenir lui soit dictée à l'avance par une règle de droit ». <https://www.universalis.fr/encyclopedie/pouvoir-discretionnaire/> consulté le 3/10/2022.

démarche d'amélioration continue et de gestion des risques (démarche qualité) et à chaque fois que possible et nécessaire, l'engagement institutionnel dans la vie de l'hôpital (instances, groupes de travail, conseil de pôle, etc.) .

Comme le précise la loi RIST : le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement. Ils organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Il est enfin important de noter que rien ne prépare les médecins à l'activité managériale dans leur formation initiale, et trop souvent ils sont insuffisamment formés (LOUAZEL et al., 2018), à la différence des cadres de santé qui, sélectionnés par concours, ont suivi une année de formation en IFCS, et obtenu un diplôme de cadre de santé. L'articulation des deux activités, clinique et managériale, du chef de service est complexe, et nécessite aujourd'hui d'être accompagnée par un cursus de formation ad hoc.

2.5.2 Le cadre de santé, un cadre intermédiaire

Les cadres de santé représentent près de 28 000 personnes soit 61% de l'ensemble des cadres hospitaliers, 85% sont des cadres infirmiers et 15% des cadres médico-techniques (SINGLY, 2009). D'un point de vue réglementaire, le corps des cadres de santé paramédicaux est régi par le décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière, et l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé.

La fiche métier de la fonction publique hospitalière « encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales »¹² définit le rôle du cadre comme celui d'organiser l'activité de soins et des prestations associées, de manager l'équipe et de coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations, de développer la culture du signalement et de gérer les risques, de développer les compétences individuelles et collectives, enfin de participer à la gestion médico-économique du service.

Les cadres de santé, dits cadres « *intermédiaires* », occupent soit de manière minoritaire des postes de direction, exerçant des missions institutionnelles transversales, soit en majorité des postes de proximité comme responsable d'équipe non médicale, parfois plusieurs cadres exercent dans un même service (qui présente un périmètre élargi), formant un binôme voire un trinôme d'encadrement paramédical.

Que ce soit le référentiel de « *l'intermédiaire* » ou celui de la « *proximité* » cela laisse une part d'ambiguïté dans la fonction et les missions exercées par le cadre de santé.

¹² <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27> consulté le 2/09/2022

Les logiques de fonction, d'action, de compétence, priment sur celle du statut. Il s'agit « *d'agir cadre* » et non « *d'être cadre* » comme le dit Jacques Le GOFF (2001). L'évolution de la notion d'autorité dans les organisations impacte directement la posture du cadre. Le statut, la fonction et la position hiérarchique ne font plus autorité. Une autorité qui était auparavant fondée sur une reconnaissance et légitimité de pouvoir dit « *hiérarchique* » n'est donc plus de mise. Aujourd'hui, il est nécessaire et bénéfique pour le cadre d'argumenter, d'expliquer, de donner du sens, de faire participer et animer le collectif, de faire preuve de leadership, de compétences managériales, et de faire émerger « *l'intelligence collective* » à la base de la co-construction. Les compétences et les ressources des cadres de proximité ne sont plus les mêmes que celles d'hier. Elles sont fondées sur la reconnaissance et la confiance que le cadre accorde à ses collaborateurs, comme des acteurs à part entière, autonomes, sujets de leurs propres décisions, actions et trajectoires¹³.

Le caractère « *intermédiaire* » de la position du cadre lui confère un rôle de transition, de jonction, de transmission et de communication, voire « *d'intermédiations des contraintes* » (JUVEN & PIERRU, 2019). Élaborée à l'origine en sociologie des réseaux, la notion « *d'intermédiarité* » définit la position de l'acteur qui représente le lien unique ou privilégié entre deux groupes qui par ailleurs s'ignorent ou sont très peu reliés.

Les deux fonctions complémentaires remplies par l'acteur « *intermédiaire* » sont d'une part leur « *multipositionnalité* », c'est-à-dire non seulement leur mobilité d'un univers social à un autre, et singulièrement d'un lieu de pouvoir à un autre (dimension diachronique), d'autre part leur "*multi-appartenance*" à différents groupements en même temps (dimension synchronique) (BOLTANSKI, 1973). Si la « *multipositionnalité* » constitue souvent la principale ressource des intermédiaires, ainsi que l'ont démontré Yves DEZALAY et Bryant G. GARTH (2002) « *l'intermédiarité* » peut constituer dans certains cas un facteur de pouvoir (par exemple par le biais du contrôle de l'information) et dans d'autres, un facteur de vulnérabilité (entre des groupes concurrents).

En définitive, le travail du cadre se définit comme un travail d'équilibriste souvent invisible par le fait de devoir assumer, en plus du travail « *normal* », une véritable forme d'accompagnement et d'engagement aux côtés d'acteurs extrêmement divers socialement (VEGA, 2000).

Ce qui caractérise par ailleurs le cadre de santé est le fait qu'il ait exercé un métier du paramédical (infirmier, MER, TL, diététicien, rééducateur) qui lui confère une compétence métier initiale et une connaissance de la culture des groupes professionnels et des entités de l'hôpital en lien avec son expérience soignante. Loin de renier son attachement à son métier de base, le cadre de santé, qui arrive à s'en distancier, y puise

¹³ Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1986) définit la trajectoire comme la « série des positions successivement occupées par un même agent (ou un même groupe) dans un espace lui-même en devenir et soumis à d'incessantes transformations ».

son « *pouvoir d'agir* », qui bien souvent fait sens, et lui confère une forme de légitimité aux yeux de ses collaborateurs.

Parfois paradoxal, cette notion d'appartenance au métier du soin, peut créer des tensions internes souvent source de malaise et de stress notamment lorsque le cadre est soumis à des injonctions dites « *contradictaires* ». Les injonctions contradictoires, ou « *paradoxaux* », sont « *celles auxquelles on ne peut obéir sans désobéir* ». On parle alors de « *double contrainte* » (ou de la théorie du double lien), définie par Gregory BATESON (figure majeure de l'école de Palo Alto) comme un dilemme communicatif résultant de la contradiction entre deux ou plusieurs messages (comme deux demandes opposées). Dès lors, peu importe ce qui est fait, tout choix est culpabilisant voire impossible, et nourrit le sentiment du cadre de « *renier celui qu'il était ...avant* ».

Devenir cadre de santé débute donc par un changement de métier et de posture. Si le cadre n'est plus membre de l'équipe en tant que tel, il en reste pourtant très proche, en proximité, d'autant lorsque son bureau se situe au cœur du service.

Jean-Pierre LE GOFF (2001) qualifie les 7 grandes dimensions nécessaires au management de proximité :

- une éthique en situation qui implique un principe de cohérence, le courage de « dire les choses », le respect de l'autre et la modestie ;
- des qualités de base comme savoir décider, avoir capacité à tisser du lien, savoir être à l'écoute ;
- un savoir-faire : concilier et négocier, connaître les hommes et leurs compétences, avoir du tact, humaniser les rapports au travail ;
- des capacités d'analyse (systémique) et de synthèse pour résoudre les problèmes pratiques, des capacités d'expression et d'argumentation.
- la capacité à contextualiser
- la capacité à animer
- la capacité à anticiper, pour ne laisser à l'instantané que la gestion de l'incertitude, et de l'inattendu.

2.6 Coopération dans les organisations et « relation de pouvoir » comme fondements de l'action organisée

Le binôme médecin chef de service et cadre de santé est une diade managériale complexe, tant au niveau institutionnel qu'organisationnel. Il ne suffit pas de mettre ces deux acteurs l'un à côté de l'autre pour qu'ils coopèrent. Leur relation est une véritable dynamique qui doit se construire en synergie, s'ajuster pour se pérenniser et qui repose sur les ressources propres des acteurs en présence. En outre, comme dans toute relation, la volonté des acteurs joue une place centrale (DAMETTE, 2022).

Identifions dans ce chapitre les enjeux et les limites du concept de coopération, et la forme particulière de coopération que constitue le binôme managérial.

2.6.1 Le concept de coopération, une opportunité et une capacité

Du latin cum : avec et operare : faire quelque chose, agir, la coopération se définit comme l'action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou action commune¹⁴. Dès lors, la relation coopérative implique la mise en commun, le partage et l'échange des ressources, des idées et des compétences apportées par chaque coopérateur associé. À travers les relations de coopération, « *empowerment*¹⁵ » collectif et « *empowerment* » individuel s'alimentent l'un et l'autre. En conséquence, s'interroger sur la coopération implique de s'interroger sur les interactions entre les acteurs coopérants.

Selon CROZIER et FRIEDBERG (2014) la coopération dans un groupe est un construit humain « *qui n'a pas de sens en dehors du rapport à ses membres* ». Sa capacité de volonté et d'action ne va absolument pas de soi, elle repose sur :

- une opportunité, un atout commun, un but commun, ou des problèmes communs à résoudre ;
- des bénéfices et des intérêts réciproques, motivant chacun à s'engager dans la coopération, qui nécessite de construire un partenariat pour faire quelque chose ensemble ;
- le degré de qualification professionnelle de ses membres qui commande l'autonomie dans la tâche à accomplir ;
- la possession d'une capacité suffisante d'interaction (ou degré d'interaction), de coopération, qui permet le développement d'une action commune, donc l'utilisation de l'opportunité présente, ou d'en créer de nouvelles.
- un « *bon système de communication* » : les acteurs doivent partager des informations pour pouvoir coopérer, ce qui implique des espaces d'échange et de communication pour se mettre d'accord, pour réajuster, pour rectifier, etc. Ils peuvent être matérialisés par du temps commun, un espace commun ou des outils de communication ;
- une capacité d'actions coordonnées et cohérentes qui leurs permettent d'intervenir de façon décisive dans la vie de l'entreprise ;
- La dimension éthique de la relation de coopération est à prendre en considération, telle que la capacité de faire confiance à l'autre. En effet, elle structure le champ d'action de telle façon que « *la poursuite des intérêts propres à chacun nécessite que les acteurs ne se ruinent pas mutuellement* ».

¹⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/coop%C3%A9ration> consulté le 22/09/2022

¹⁵ L'empowerment ou capacitation ou capabilitation est l'autonomisation d'un individu ou d'un groupe qui permet d'accroître leur contrôle sur leur vie, ou leur pouvoir d'agir sur leurs propre conditions.

D'autres attributs du concept de coopération reposent davantage sur la nature des interactions entre les acteurs :

- une culture commune, des références communes, voire des valeurs communes permettant une compréhension réciproque et communication efficace ;
- les acteurs doivent se connaître et se reconnaître : ils connaissent leurs champs d'action réciproques, leurs limites, leurs logiques d'action ; savoir ce qu'on peut attendre de l'autre et réciproquement, et se mettre d'accord sur ce qu'on va faire ensemble ;
- une préservation, un respect de l'altérité et de l'identité des coopérants est importante ;
- cette reconnaissance mutuelle va permettre un processus de compromis, d'ajustement mutuel permettant de coordonner les actions. Ce processus de compromis implique pour chaque professionnel de remettre ses pratiques en question ;
- une implication de la hiérarchie dans la coopération. Il est difficile aux professionnels de coopérer si l'organisation dans laquelle ils travaillent ne s'implique pas dans cette coopération. C'est parce qu'elle est consciente des enjeux du partenariat que l'organisation et ses responsables vont favoriser la coopération des professionnels. Plus le partenariat est organisé, plus le réseau est pérenne et peut vivre indépendamment.

2.6.2 La coopération comme relation de pouvoir

Du point de vue des acteurs

Toute structure d'action collective se constitue comme système de pouvoir. Le pouvoir est « *la capacité d'une personne d'obtenir d'une autre personne qu'elle fasse quelque chose qu'elle n'aurait pas fait sans son intervention* » (DAHL, 1957). Agir sur autrui confère un caractère relationnel, c'est entrer en relation avec lui, ainsi le pouvoir est une relation (et non pas un attribut des acteurs). On parle donc de « *relation de pouvoir* » (CROZIER et FRIEDBERG, 2014).

Ainsi, d'une part, le pouvoir est une relation d'échange, donc de négociation dans laquelle deux personnes au moins se sont engagées. Cette relation est qualifiée de relation instrumentale, non sans nier son caractère affectif parfois puissant qui conditionne son déroulement, ni le fait que les effets soient toujours conscients ou intentionnels. D'autre part, c'est une relation non transitive : le pouvoir est inséparable des acteurs engagés dans une relation, il l'est aussi des actions demandées : chaque action constitue un enjeu spécifique autour duquel se greffe une relation de pouvoir particulière.

Enfin c'est une relation réciproque, car elle est négociation et échange, mais déséquilibrée car chaque acteur n'a pas les mêmes atouts à engager dans la relation, les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence. Ce qui s'échange dans une relation de pouvoir ne sont pas les forces des parties prenantes mais leurs *possibilités d'action*. Le pouvoir réside donc dans la marge de liberté dont dispose les

partenaires engagés dans une relation de pouvoir, c'est-à-dire « dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre lui demande ».

Du point de vue de l'organisation :

Les caractéristiques structurelles de l'organisation délimitent le champ d'exercice des relations de pouvoir entre les membres d'une organisation. Elles constituent donc les contraintes structurelles qui s'imposent à tous les acteurs et caractérisent une situation de négociation donnée. Par son organigramme, et par sa réglementation intérieure, et celle qui s'impose à elle, elle contraint la liberté d'action des individus et des groupes en son sein, et ainsi conditionne profondément l'orientation et le contenu de leurs stratégies.

L'organisation rend possible le développement de relations de pouvoir et en fonde la permanence, le pouvoir n'existant pas en soi, il ne peut s'exercer que dans une relation par laquelle deux acteurs acceptent de se lier, ou se trouvent de fait liés, l'un à l'autre pour l'accomplissement d'une tâche donnée. Pouvoir et organisation sont donc indissociables.

2.6.3 Le binôme managérial ou co-management : une forme particulière de coopération.

Le co-management, ou travail managérial partagé (gouvernance partagée), est une forme particulière de travail en binôme (LAGADEC & MARTIN, 2021) comme le binôme chef d'établissement-PCME, ou bien encore, médecin chef de service - cadre de santé au cœur de notre étude. Dans le domaine de l'entreprise on parle de « *work couples* ». L'essor de cette forme de coopération est intimement lié aux évolutions des modes de travail, cependant il est fortement corrélé à des formes de management plus ouvertes, plus transversales et plus collaboratives intégrées dans le mode de gouvernance institutionnel.

La transversalité est devenue un ingrédient essentiel puisqu'elle permet de créer une réelle chaîne de valeur entre les professionnels coopérants pour lesquels l'espace de travail est devenu un espace de socialisation.

Plusieurs avantages sont à reconnaître au co-management (BOUSSUGE, 2021) :

- cette forme de travail répond à l'évolution des attentes des professionnels qui placent aujourd'hui le bien-être et le lien social comme des ingrédients essentiels ;
- disposer d'un espace de dialogue, de réflexion avec un *alter ego* peut se révéler être une précieuse ressource pour : réduire la charge mentale (stress), pouvoir s'enrichir mutuellement (co-construction), à condition d'être complémentaires, permettre une mise en perspective avant de prendre une décision, assurer un soutien mutuel pour co-animer le portage d'un projet de service ;
- pourvoyeurs de changement et d'innovation, les co-managers adhèrent plus facilement à de nouveaux projets, partagent le goût du challenge et des défis à relever ensemble, dans une quête de résultats collectifs.

3 PHASE DIAGNOSTIQUE : L'ETUDE DE TERRAIN

En complément de l'approche bibliographique contextuelle et conceptuelle du sujet nous avons fait le choix de confronter notre étude à l'épreuve du terrain et des pratiques professionnelles sous la forme d'une enquête exploratoire.

3.1 Méthodologie de l'enquête

Pour ce faire, nous avons tout d'abord construit un modèle d'étude s'appuyant sur la problématique de départ (question initiale) et les 2 hypothèses s'y rapportant.

3.1.1 Modèle d'étude et outils d'enquête

L'objectif général de cette enquête est d'observer : « **En quoi la stratégie managériale du directeur de soins peut contribuer à promouvoir le binôme chef de service – cadre de santé comme un « attelage central » de la gouvernance de l'hôpital ?** ».

Pour cela les deux hypothèses formulées, comme propositions de réponse possibles sont à présent à « confronter » à l'épreuve du terrain par le biais d'un dispositif d'enquête.

L'ensemble de ces hypothèses cherche au fond à comprendre à la fois

- ce qui relève de - **la coopération entre le PCME et le DS dans le cadre du co-pilotage du projet médico-soignant** - et ce qui procède du - **mode de management collaboratif du DS avec la ligne d'encadrement et la communauté médicale** - comme leviers de promotion du binôme cadre de santé-chef de service.

La compréhension des phénomènes coopératifs et managériaux dans les organisations passe par une analyse des stratégies des acteurs engagés à partir de leurs « constructions représentationnelles et/ou discursives » (BARBIER & GALATANU, 2004) à l'œuvre lors du discours que les intéressés tiennent sur « *eux-mêmes, leurs parcours, leur expérience et leur vécu professionnel* ». Ces phénomènes peuvent donc être explicités par le sujet lors d'une reconstruction discursive. Dès lors, par la nature qualitative des données verbales recherchées au travers du discours des acteurs, le choix du recours à l'enquête par entretien plutôt que par questionnaire nous est paru davantage opportune (BLANCHET & GOTMAN, 2017).

Nous avons par ailleurs complété l'enquête par entretiens semi-directifs de plusieurs observations participantes (cf. outils en annexes).

Voici (tableau ci-dessous) le modèle de cadrage décomposé en objectifs et sous objectifs. Ce dernier constitue l'unique modèle de cadrage des guides d'entretien semi-directifs (cf. annexe), identique pour chacune des catégories professionnelles interviewée, de sorte que les données obtenues puissent être, a posteriori, totalement croisées dans l'analyse de contenu thématique.

Objectifs	Sous objectifs
Décrire le périmètre de responsabilité, et comment s'effectue la gouvernance dans ce périmètre (ES, projet médical, PSIRMT, pôle, service)	Décrire comment a été élaboré le projet (MS, Pôle, Service) Décrire la conduite du projet (pilotage)
Identifier les conditions facilitatrices pour une gouvernance équilibrée/ partagée efficiente -au niveau de l'ES -au niveau du pôle -au niveau du service	Identifier les leviers/facteurs de réussite qui peuvent influencer le bon déploiement -éléments de pilotage/stratégique ? -éléments relationnels ? -éléments structurels ?
Identifier les freins possibles	-éléments de pilotage/stratégique ? -éléments relationnels ? -éléments structurels ?
Identifier sur quelle stratégie managériale s'appuie le DG/CGS/CSP/CS pour promouvoir la coopération du binôme cadre-chef de service	-Stratégie et niveau de coopération avec le PCME/ pilotage médico-soignant ? -PSIRMT ? -Management, accompagnement de l'encadrement ? des chefs de service ? -Moyens utilisés pour prendre en compte les besoins et attentes des cadres (ligne managériale) ? des chefs de services ?
Identifier la perception de l'évolution souhaitée par la loi RIST	
La loi RIST propose de recentrer la gouvernance au niveau du service, Identifier les impacts possibles	Au sein des pôles ? Au sein des services ? Au sein des équipes ? Vis à vis du patient, des parcours ?
Identifier si cela représente une opportunité en termes d'innovation managériale	

3.1.2 Définition de la population et du corpus

L'idée est de constituer un corpus diversifié, représentatif, qui repose sur la sélection de composantes caractéristiques de la population.

L'échantillon diversifié alors réalisé subit la double contrainte du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations, et simultanément,

d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être à minima significatives (BLANCHET & GOTMAN, 2017).

Nous avons réalisé 10 entretiens et 5 observations participantes dont voici le détail :

Entretiens semi-directifs					
DG	PCME Vice-PCME	DS/CGS	CSS pôle (CSP)	Médecin (MCS) chef de service	Cadre de santé (CDS)
2	2	2	1	2	1
DG CHU1 Poste 6 ans Fonction 15 a	PCME CH1 Poste 1 an Fonction 22 a Médecin urgentiste	CGS CH2 Poste 3 ans Fonction 3 a Filière infirmière		MCS CHU3 Poste 1 an Fonction 20 a Médecin MPR Service de MPR (multisites)	CDS CHU3 Poste 3 ans Fonction 3 a Filière rééducateur (kinésithérapeute) Service de MPR (multisites)
DG CH1 Poste 6 ans Fonction 20 a	Vice PCME CHU1 Poste 1 an Fonction 10 a Médecin urgentiste	CGS CH3 Poste 1 an Fonction 4 a Filière infirmière	CSP CHU2 Poste 6 ans Fonction 10 a Filière médico- technique (MER) Pôle imagerie médicale et interventionnelle	MCS CHU1 Poste 6 ans Fonction 10 a Médecin urgentiste Service d'accueil des urgences, UHCD, MPU	
Observations participantes lors d'instances, ou réunion de dialogue avec la direction : 6					
CMG	CME	Dialogue de gestion	COSTRAT	Présentation d'un projet de redimensionnement USP par le binôme chef de service- cadre de santé au DGA PCME CGS	CSIRMT de territoire
1	1	1	1	1	1
CH1	CH1	CH1	CH1	CH1	CH1

3.1.3 Lieux d'enquête

Nous avons interviewé des personnes dans 5 ES différents (3 CHU et 2 CH), avec quasi systématiquement deux d'entre elles issues du même établissement, et un médecin chef de service et un cadre de santé issus du même service.

CHU1	CHU2	CHU3	CH1	CH2	CH3
Multisites	Multisites	Multisites	Multisites	Multisites	Multisites
Pôles intra et inter établissements	Pôles intra et inter établissements	Pôles intra et inter établissements	ES support GHT Direction	ES support GHT Direction	ES support GHT
Direction centrale et locale	Direction centrale et locale	Direction commune	commune Territoriale Pôles intra et inter établissements	commune	Direction commune

3.1.4 Test de l'outil, déroulement, limites et réajustements de l'enquête

Le test de l'outil d'enquête par entretiens semi-directifs (guide d'entretien) a été effectué lors du premier entretien et l'ordre des questions a alors été revu pour faciliter le déroulement.

Les entretiens ont été enregistrés et ont duré entre 20 minutes et 1 heure.

Les limites relèvent de la nature de l'enquête dite exploratoire, dont les résultats éclairent et enrichissent l'objet de recherche (la problématique), mais ne pourront pas être généralisés.

3.2 Le choix du modèle d'analyse

Dans notre étude le contenu sémantique des catégories n'était pas connu d'avance, contrairement aux analyses fondées sur des catégories ou indicateurs déterminés à priori. Notre choix s'est donc porté sur l'analyse par catégories sémantiques inférées du discours des participants. Le processus de création des catégories n'est de ce fait pas systématisé, il fait appel tant à l'information brute contenue dans les entretiens qu'aux connaissances de l'analyste concernant le domaine traité et son contexte (modèle de décodage interprétatif).

Après avoir retranscrit chacun des entretiens, le travail d'analyse de contenu a tout d'abord consisté à réaliser un découpage du contenu de chaque entretien en unités de sens. En effet, l'unité de sens peut être construite ou provenir d'un mot, d'une phrase, d'une causalité, d'une proposition. L'analyse a été exhaustive, quasi aucun élément de contenu n'a été laissé de côté.

Suite à cela, nous avons croisé les unités de sens et procédé à une catégorisation et hiérarchisation en thèmes et sous-thèmes principaux et secondaires. Nous nous sommes appuyés sur l'outil numérique XMIND® (mind map ou carte mentale) (cf. annexes) comme outil d'aide au classement et à la mise en relation des catégories. Comme le précisent BLANCHET et GOTMAN (2017), l'analyse thématique a donc permis d'identifier ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème et de chercher une cohérence thématique inter-entretiens. Nous n'avons pas réalisé de comptage fréquentiel des thèmes, en revanche la récurrence de certains d'entre-deux nous a permis de les prioriser.

3.3 Analyse des résultats

3.3.1 Éléments politiques, stratégiques et managériaux

a) Condition préalable : un alignement de la gouvernance médico-administrative

Le DG du CH1, dans le cadre de l'élaboration du PMSP (de territoire) considère en premier lieu qu'une vision « *partagée DG-PCME* » est essentielle au bon déploiement du projet médico-soignant. En outre, il se félicite de « *l'implication et de la volonté médicale portée par le Docteur XXX nouveau PCME (élu il y a 1 an)* ». Selon lui, sa « *culture de respect, de travail et de concertation* » et son « *exigence doublée d'un sens des responsabilités* » constituent des ingrédients socles de la gouvernance médicale. Il démontre par ailleurs une réelle volonté « *d'équilibrer le projet médico-soignant comme une*

seule entité », plutôt que de faire reposer l'ensemble sur le seul projet médical comme cela était le cas jusque-là.

b) Caractéristiques structurelles et organisationnelles

Pour l'ensemble des interviewés, quelque soient leur fonction et l'ES où ils exercent, la taille, la structuration des établissements (le nombre de sites) et le découpage des organisations (organigrammes transversaux et verticaux) sont des éléments clés quant à la déclinaison des stratégies managériales de la gouvernance jusque dans les services. Les caractéristiques structurelles et organisationnelles, ainsi que le nombre d'interfaces transversales et verticales, contribuent (ou pas) à « mettre en visibilité les services ».

Ainsi, le médecin chef du service de MPR du CHU3 explique que « *la structuration polaire et l'organigramme de l'ES ne simplifient pas toujours les circuits, mais les complexifient d'autant plus que vous êtes responsable d'un service transversal, et multisites, et que vous travaillez par essence avec beaucoup de services en inter établissements* ». Pour le DG du CH1, support du GHT (direction commune), il était nécessaire de choisir une « *organisation matricielle* » (hybride) des ES de la direction commune territoriale, avec d'une part une « *organisation transversale* » composée d'une seule équipe de direction commune, et d'autre part une « *organisation pyramidale* » pour chaque site gouvernée par un binôme de directeurs délégués.

Le choix du binôme de directeurs d'un point de vue managérial partage la responsabilité (et la met en dialogue), assure une permanence solide de la direction de site afin, selon lui, de pouvoir « *respecter les identités de site très importantes pour les médecins et soignants* ». La culture et l'identité de service, voire la discipline médicale, sont de véritables « *ancrages* » à préserver voire « *cultiver* » notamment lorsque l'on regroupe un grand nombre d'ES, qui partagent des filières et parcours de soins communs, « *les plus petits craignant de disparaître dans l'ensemble* ».

Comme le précise la loi RIST, prenant en compte les recommandations du rapport CLARIS, chaque DG dispose d'une liberté d'organisation dans son ES, dès lors chaque ES reconstruit ou revisite son modèle d'organisation.

Le recentrage sur le service, plus petite unité managériale et organisationnelle, a ainsi nécessité pour le binôme DG-PCME du CH1 de se questionner les découpages, les périmètres de responsabilités, les nominations de chefs de service (prime à la clé) et systématiquement de simplifier et clarifier le fichier structure, sans pour autant remettre en cause les pôles et les logiques de parcours patients.

Dans ce même cadre, le DG et le PCME de l'EPSM (du même GHT) ont présenté les réorganisations lors de la CMG du 4 octobre 2022. D'une part, ils ont revu l'organisation des pôles adultes en 2020, des pôles de pédopsychiatrie en 2021, et d'autre part, en 2022, ils ont conduit une « *réflexion de transformation de certaines unités en services* ». Ainsi, « 3

unités qui avaient le statut de fédération interne intersectorielle ont été instituées en service, avec une organisation un peu différente et désignant un chef de service à leur tête ». Cette réforme a aussi conduit à une « réorganisation interne du service (multi sites) des urgences psychiatriques, la fédération des urgences devient un service des urgences ». Au niveau soignant cela ne change rien, « l'équipe paramédicale de liaison intersites reste rattachée au service des urgences psychiatriques », en revanche « un changement médical est prévu au niveau des urgences du CH1, au lieu d'avoir des praticiens d'astreinte qui tournent sur le site des urgences (issus des 4 secteurs de psychiatrie adulte de l'EPSM), nous avons estimé qu'il était nécessaire d'avoir une stabilité et permanence au niveau des urgences avec la présence d'1,5 etp de psychiatre ». Le directoire et la CME de l'EPSM ont validé cette organisation. La CMG se félicite de cette « amélioration de la permanence et de la continuité médicale aux urgences psychiatriques, évitant des ruptures dans le parcours de soins des patients ».

c) Le binôme CGS-PCME et le projet médico-soignant : l'opportunité d'une synergie

La coopération entre la gouvernance médicale (PCME) et la direction des soins, est incontournable (CGS CH3). Elle constitue « le creuset du dialogue médico-soignant au niveau des pôles et des services ». En effet, « le couple PCME-CGS est particulièrement légitime pour donner cette place au binôme managérial chef de service-cadre de santé ». Non seulement en termes d'exemplarité, mais aussi de reconnaissance institutionnelle, et de manière plus opérationnelle, en termes d'animation du dialogue avec les services. « Comment susciter la coopération entre chef de service et cadre de santé, prôner la place des services, lorsqu'on n'incarne pas soi-même ce dialogue (directeur des soins-PCME) ? » (CGS CH3). « Logiquement, le projet médical et le projet de soins doivent être déclinés dans les pôles, donc, logiquement, PCME et CGS doivent s'interroger avec les chefs de pôles et les cadres supérieurs de pôle sur la déclinaison au niveau du projet de pôle et des projets de services » (CGS CH2).

Pour le CGS du CH2, la coopération PCME - CGS constitue un « levier soins avant tout, pas du point de vue médico-économique, mais de celui de la démarche qualité et de sécurité des soins », et pour cela « l'alignement entre eux est essentiel ». Le dénominateur commun, l'usager, se situe au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la pertinence des soins, mais aussi de la gestion des risques liés aux soins, dont sont co responsables le PCME et le directeur des soins.

Ce dialogue repose pour le PCME et le CGS des CH1et CH3, sur une rencontre mensuelle formelle ayant, d'une part, pour objet « d'échanger les points de vue quant aux sujets communs et aux difficultés rencontrées dans les services » afin d'en avoir une vision plus complète et plus objective, d'autre part de « travailler ensemble des stratégies »,

projets ou sujets communs. « *Tous les deux nous discutons la vision stratégique : où on veut aller ? Comment on va le décliner et le mettre en place ?* » (CGS CH2). Un exemple récent de travail commun PCME – CGS du CH1 concerne la co-construction et le dépôt d'un dossier pour la création d'une « *cellule territoriale parcours patients et ordonnancement* » en réponse à un AMI de l'ARS. Le projet a été par ailleurs présenté d'une seule voix par le binôme PCME – CGS en directoire, en CME, en COSTRAT, en CMG, et en CSIRMT de territoire.

d) La stratégie managériale du CGS à l'égard de la ligne d'encadrement paramédical

Les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé sont placés sous l'autorité hiérarchique du directeur des soins. Le directeur des soins manage en direct les cadres supérieurs, qu'il rencontre en plénière ou bilatérale (ou les deux) de manière hebdomadaire ou bi mensuelle. Il manage les cadres de santé, via les cadres supérieurs qui déclinent la politique de soins de la gouvernance au niveau des pôles. Par ailleurs, une plénière entre la direction des soins et tous les cadres paramédicaux est organisée tous les mois, ou deux mois, selon les ES. Enfin, des représentants des cadres élus (collège cadre) siègent à la CSIRMT, l'instance présidée par le directeur des soins.

Responsables de l'encadrement paramédical des pôles et des services, sur le terrain, les cadres supérieurs et de proximité sont les collaborateurs directs des médecins chefs de pôle et de service, et des équipes médicales et paramédicales. L'animation du dialogue entre le pôle et les services s'effectuent au travers de réunions formelles le plus souvent mensuelles (conseils de pôles, ou bureaux de pôle), qui, selon les pôles, réunissent le médecin chef de pôle, les médecins chefs de service, l'encadrement supérieur du pôle. Néanmoins, « *et c'est regrettable, les cadres de proximité ne sont pas systématiquement associés au dialogue stratégique* » (CSS CHU1), notamment dans les « méga pôles », comme ceux des CHU. L'animation du dialogue dans les services entre le chef de service et le cadre de santé est quant à lui protéiforme : un point hebdomadaire formalisé, des rencontres informelles au gré des besoins de chacun sur des sujets pressants ou à venir, l'entente et la confiance entre les deux protagonistes conditionne la qualité du dialogue et le rythme des rencontres.

Dans cette organisation verticale de la ligne d'encadrement paramédical, la stratégie managériale du directeur des soins constitue un levier essentiel de la coopération médico-soignante (unanimes / entretiens CGS).

Tout d'abord, le CGS joue un rôle incitatif, il exprime de manière récurrente ses attentes vis-à-vis des cadres quant à la mise en œuvre de leur rôle de coopération et de dialogue avec les chefs de service, notamment « *pour les cadres qui ont tendance à faire cavalier seul sur des sujets qui concernent aussi le chef de service comme l'organisation*

des soins et les ratios en personnels par exemple » (CGS CH2) (« Avez-vous informé votre chef de service ? Quel est l'avis de votre chef de service ? »).

Le directeur des soins joue, par ailleurs, un rôle de conseil concernant la posture à adopter dans certaines situations sensibles, ou de mise en lien, afin d'aider les cadres supérieurs ou les cadres de proximité à se positionner vis-à-vis de leur chef de pôle ou leur chef de service. *« Comment fait-on de son collaborateur un binôme ? », s'interroge le CGS du CH3, « la posture et le positionnement sont très importants ». « Je préfère que le cadre m'appelle pour m'exposer ses difficultés vis-à-vis de son chef de service, plutôt qu'il rentre dans un conflit ouvert et que cela porte préjudice aux soignants et aux patients du service » (CGS CH2).*

Enfin, comme le pointe le CGS du CH3, *« avec la loi HPST (2009) et la mise en place des pôles, les cadres supérieurs de pôle se sont emparés des projets, et ne laissent plus toujours cette place aux cadres de santé de proximité », d'autant plus que la gestion des RH (planning, absentéisme), de l'activité et des lits d'aval sont devenus quotidiennement très chronophage pour les cadres de proximité. « Que le cadre de pôle prenne des missions du cadre de proximité est un moyen de le soulager au quotidien, à court terme, mais dans les faits, cela réduit son champ de responsabilité car il se voit en partie dépossédé du management des projets qui concernent son service ». Que chaque acteur de la ligne d'encadrement paramédical « reprenne sa place » devient indispensable si l'on souhaite que le cadre puisse investir pleinement le rôle de binôme du chef de service (CGS du CH3). Selon le contexte, une réflexion sur les rôles et missions du cadre de santé menée par le directeur des soins avec l'équipe d'encadrement serait nécessaire. Et « des solutions pour soulager le cadre de proximité de tâches trop chronophages seraient à envisager, comme dans certains ES où un bureau centralisé de gestion de l'absentéisme a été mis en place » (CGS CH3).*

En dernier lieu, le CGS du CH2 souligne le rôle de « rappel au cadre » du directeur des soins comme *« garant du cadre institutionnel, de l'application des règles et des circuits »* empruntés par les cadres et les agents, *« qu'il est amené à rappeler aussi souvent que nécessaire », et notamment « lorsque certains prennent des chemins de traverse, parfois d'ailleurs sous l'influence de leurs chefs de services ».*

e) La stratégie collaborative du CGS à l'égard des médecins chefs de pôles et chefs de service

La stratégie collaborative du CGS à l'égard des médecins chefs de pôles et chefs de service est *« basée sur une relation de confiance réciproque qui nécessite que le CGS connaisse les médecins, leurs besoins, leurs attentes, et entretienne un dialogue régulier »* (CGS CH3). Ainsi, d'un ES à l'autre, le travail collaboratif du CGS avec les chefs de pôles et de service est protéiforme.

Le CGS exerce fréquemment « *un rôle pédagogique vis-à-vis des médecins responsables* » (CGS CH2) pour leur expliquer le rôle de la direction des soins d'une part, celui des cadres et cadres supérieurs de santé, d'autre part, si nécessaire et dans certaines situations. « *Il est indispensable que le chef de service connaisse les rôles et missions du cadre* » (CGS CH2). Par ailleurs, pour le chef de service de MPR interviewé (CHU3), le directeur des soins, responsable de l'organisation des soins, a « *un rôle légitime à jouer en faveur du terrain pour soutenir et renforcer le projet de service, les ressources et les moyens alloués* ».

La méconnaissance par les médecins de certains circuits institutionnels, sont ouvertement mis en avant par ces derniers. Pour exemple, le chef de service des urgences interviewé affirme « *ne pas connaître la directrice des soins ni à quoi elle sert* » (MCS CHU1). Outre le côté « provocateur » de cette remarque, elle prend en effet sens dans un CHU où le CGS est peu présent sur le terrain, le périmètre étant logiquement investi par le cadre supérieur de pôle qui représente la direction des soins. Elle dénote aussi, et cela nous paraît important, que les médecins chefs de service apprécient de connaître personnellement le directeur des soins et de pouvoir s'adresser directement à lui si besoin. Cela étant, pour le CGS du CH2, il est en effet important que les chefs de pôles et de service puissent s'adresser à lui directement lorsque cela concerne l'encadrement et les organisations de soins notamment, plutôt que l'information transite par le chef d'établissement via le PCME. C'est pour lui « *une question de confiance réciproque* », il transmettra aisément ses coordonnées aux chefs de pôle et de service « *pour être joignable directement en cas de besoin* ».

Enfin, le sujet unanimement retrouvé dans les entretiens est celui du recrutement des cadres, et de la place des médecins chefs de service ou de pôle dans ce processus. Le médecin chef de service ne possède aucune autorité hiérarchique vis-à-vis du cadre de santé, mais un lien fonctionnel et transversal. Or, il n'est pas rare que la direction des soins associe le chef de service dans le recrutement des cadres de proximité, et les chefs de pôles dans le recrutement des cadres supérieurs de santé. Selon les ES, nous observons une stratégie plus ou moins collaborative de la part de la direction des soins, et selon la conception du DS quant au fait de choisir ses collaborateurs, comme premier gage de réussite d'une coopération médico-soignante à venir (volonté d'agir selon CROZIER).

Pour le CGS du CH2 il effectue une « *intronisation auprès du chef de service* » en passant le voir, ou en l'appelant, pour lui donner des informations concernant le cadre recruté. Il laisse ensuite le cadre supérieur de pôle faire les présentations. Le médecin chef de service du CHU3 regrette de « *ne jamais être associée au recrutement des cadres* » de son service, évoquant le fait que « *lorsqu'il y a un problème avec le cadre, c'est pourtant à elle que l'on demande des comptes* ».

En revanche, pour les CGS du CH3 et du CHU1 le chef de service participe aux entretiens de recrutement (de la « short list » pré sélectionnée) en collaboration avec le cadre supérieur de pôle, avec ou sans la présence de la DS.

Enfin, compte tenu du rôle stratégique du cadre supérieur dans la déclinaison de la politique du pôle, pour tous les CGS interviewés, le chef de pôle est systématiquement associé au choix du cadre supérieur de pôle.

f) Le projet de service : élément socle d'une coopération médico-soignante réussie et du recentrage de la gouvernance au niveau du service

S'appuyer sur le projet de service, les parcours de soins, et les besoins du service pour construire la coopération médico-soignante a une réelle valeur ajoutée pour le DG du CH1. Plus petit dénominateur commun, le projet de service « *fait sens au-delà des divergences et des individualités* ». Le binôme chef de service-cadre de santé se crée et existe à travers le projet de service, « *chacun trouve sa place et connaît sa part* ». Comme un ancrage, il permet de donner une vision et de partager des valeurs. « *Le couple managérial se forme alors naturellement* » lorsque le projet est co-construit avec l'équipe : « *vous avez envie de faire quoi ? tout en étant intégré dans un ensemble, l'institution ?* » (DG CH1).

Pour le médecin, chef de service de MPR (CHU3), c'est un « *réel changement de posture* », et de paradigme, que celle du « *médecin manager* » qui « *agit pour la communauté hospitalière* » (comparé à son activité clinique de PH). « *Les gens ont besoin d'être cadrés, qu'il y ait un leadership, qui fasse participer tout le monde à un projet commun* ». « *Je prends toute la mesure de la complexité de la gestion d'équipe* », dit-elle, et du fait de devoir réunir tout le monde, en coopération avec le cadre, pour construire le projet de service. « *Je fais des réunions de service (médicales) toutes les semaines* » et « *j'essaie de dire à mes collègues où l'on va* », « *je trouve que ce n'est pas si évident que cela d'animer un collectif* ». « *Pour moi (MCS MPR CHU3), il y a des collaborations et des compétences transversales qu'il me semble important de réunir pour faire vivre la MPR, la mettre en visibilité et que chacun ait l'impression d'appartenir à une spécialité* », malgré la transversalité du service.

Pour la CGS du CH3, qui était cadre de proximité avant la création des pôles (HPST, 2009), le projet de service a aujourd'hui perdu toute sa place, petit à petit il a disparu au profit du projet de pôle, alors « *qu'il était à la base des activités, des organisations, de l'animation de l'équipe et de la vie du service (...) comme on l'attend d'un projet structurant* ». « *Voilà un levier qu'il paraît indispensable de remettre en place, pour arriver à nouveau à réunir cette équipe* » autour d'un projet commun, « *le piloter et l'animer* » redonnera tout son sens et sa légitimité au binôme chef de service-cadre de santé.

Pour le CDS du CHU3, le chef de pôle joue un rôle essentiel, d'une part « *de relai entre le service et le PCME, pour mettre en visibilité le service* » non seulement dans le pôle mais également dans l'institution au titre du projet médico-soignant (rôle ascendant du service), d'autre part « *en soutien de la stratégie managériale du chef de service* ». « *Je m'aperçois que ce n'est pas toujours simple par ce que le chef de pôle n'a pas le vécu du service et méconnaît les organisations* » (MCS CHU3) ce qui nous laisse en définitive beaucoup d'autonomie.

La « mise en visibilité du service » est un point fréquemment retrouvé dans les entretiens, notamment des médecins PCME, et chefs de service. La présentation systématique des projets de service en directoire est de mise au CHU3. Le médecin chef de service du MPR y accorde une réelle importance quant à la portée institutionnelle de la démarche, et de la reconnaissance qu'elle attend de sa fonction et de son investissement institutionnel. En revanche, le cadre du service n'est pas présent. Elle regrette par ailleurs avoir dû retravailler plusieurs fois le projet « *pour qu'il rentre dans les cases* » de la direction de la stratégie, et du projet du CHU. Au CH1, les projets de service sont d'abord présentés en réunion de direction dédiée, en présence de la DGA, du PCME, et de la CGS, à deux voix médecin chef de service-cadre de santé, puis en CME et CSIRMT le cas échéant. Lorsque qu'ils ont une dimension territoriale, ils sont présentés en COSTRAT, CMG et CSIRMT de territoire.

g) Déconcentration et délégation de gestion

La question de la déconcentration de la gouvernance rapportée à l'échelle du service implique plusieurs sujets. Tout d'abord « *quels sont les problèmes qui peuvent être plus facilement résolus sur le terrain et par les opérateurs eux-mêmes ?* (DG CH1) » et « *comment responsabiliser les acteurs pour qu'ils gèrent les sujets à leur niveau ?* ». Principe de simplification par excellence du circuit des décisions, « le principe de subsidiarité » consiste à dire « *celui qui fait, décide* » car il maîtrise mieux les éléments du contexte, d'une part, ce qui évite que la décision soit perçue comme absurde ou arbitraire, et d'autre part, « *qu'il est plus efficace de prendre les décisions qui nous concernent* ».

Ensuite, au cœur de la loi RIST les notions de « confiance et de simplification » sous entendues dans le principe de délégation, impliquent, pour le DG du CH1, qu'un certain nombre de conditions soient réunies.

En premier lieu, il est nécessaire de prendre en considération « *qu'il ne peut y avoir de réponse unique, et que cela dépend de l'écosystème, et de la maturité du couple médecin chef de service-cadre* ». Et lorsque l'environnement et l'écosystème le permettent « *cela doit avoir du sens pour les acteurs pour que cela se fasse naturellement* ».

En second lieu, « *il n'est possible de résoudre les problèmes sur le terrain que si on a la notion que le terrain fait partie d'un ensemble* (l'institution et les autres services), ce qui

oblige à se poser la question des impacts pour les autres, et de la gestion/résolution des impacts en amont ». Par exemple si je décide certains jours de réduire ou étendre les horaires du plateau technique interventionnel, se pose la question des horaires d'admission des patients (bureau des entrées), de la gestion des transports en amont et en aval, du traitement des prestations associées (pharmacie, consultations, biologie, etc), et ainsi de suite. Il paraît ainsi nécessaire de faire *« prendre conscience de cette réalité (...), une décision elle n'est jamais bonne en soi, en revanche je dois tout faire pour la rendre bonne (au sens acceptable) parce qu'elle s'intègre naturellement dans un écosystème »*. *« C'est là que se situe toute la difficulté : à la fois donner des responsabilités et de l'autonomie, et à la fois maintenir le dialogue pour que cela s'intègre dans un tout »*.

Ainsi, pour le CGS du CH2 la délégation paraît nettement plus envisageable au niveau du pôle et du contrat de pôle, comme cela l'est déjà dans certains ES, plutôt qu'au niveau du service. Trouver des règles et clés de répartition suffisamment équitables applicables aux services d'un même pôle est déjà fort complexe, *« car plus tu descends à l'échelon du service plus il y a un risque d'entretenir un sentiment d'inéquité entre les services et entre les activités médicales (plus ou moins lucratives) »*. Pour le DG du CH1 *« Les équipes ont très souvent bien mieux la solution que je ne l'aurais jamais, convaincue que la concertation et le travail collaboratif est un élément décisif »*.

3.3.2 Les facteurs d'influence (les facteurs de réussite et les freins)

a) La qualité du dialogue entre le chef de service et le cadre de santé

Les deux dimensions sur lesquelles reposent la coopération, comme nous l'avons vu au chapitre 2.6.1, sont *« un bon système de communication »* et *« la capacité à faire confiance à l'autre »*, pas un interlocuteur interviewé n'a omis de préciser le rôle essentiel de ces deux dimensions sur lesquelles reposent une coopération de qualité.

Facteurs intrinsèques

Le dialogue entre le chef de service et le cadre de santé dépend tout d'abord de la personnalité des acteurs en présence, de leurs prédispositions et de leur volonté, à être communicant, accessible au dialogue, et à la concertation (voire à la négociation). Notamment *« lorsque le projet de service n'est pas intégré ni partagé cela crée du dysfonctionnement et les questions d'individualités prédominent »* (DG CH1).

Leurs capacités à entrer en relation, à communiquer, et à partager des informations sont autant de critères retenus, d'une part, pour les paramédicaux qui se présentent au concours d'entrée en IFCS, d'autre part pour le recrutement des cadres par la direction des soins (CGS CH3). Ce qui parfois *« n'évite quand même pas certaines erreurs de casting »* (CGS CH2). Pour les médecins cela est moins évident. Rien ne les prépare en formation

initiale à exercer une activité managériale, ni ne les discrimine sur leurs qualités relationnelles ni sur leur posture. Pour autant, lorsque le DG et le PCME nomment un chef de service ils s'assurent autant que possible qu'il possède cette capacité indispensable au management, notamment médical, et l'apprécient souvent « *sur la reconnaissance et légitimité que les pairs lui accordent* » (DG et PCEM CH1).

Cela étant, l'ensemble des personnes interviewées pointent la communication comme la condition *sine qua non* de la coopération : « *il n'est pas possible de travailler ensemble sans communiquer, sans échanger d'informations* » (CGS CH3). La base d'une « bonne communication » repose d'une part sur une « *relation de confiance essentielle au dialogue* », dimension éthique de la relation (CGS du CH2) qui permet à chacun d'être à l'écoute de l'autre, et d'autre part sur la « *connaissance réciproque des rôles, des missions, et des attentes* » (MCS CHU3).

Pour le chef de service du MPR (CHU3) il est important que son cadre puisse s'adresser à elle « *lorsqu'il rencontre des difficultés avec son équipe ou avec certains médecins* », et réciproquement elle s'adressera facilement à son cadre lorsqu'elle rencontre ces mêmes difficultés. Le CDS du CHU3 exprime également « *l'importance majeure pour le cadre de pouvoir être en confiance avec son chef de service, et de sentir son soutien vis-à-vis de l'équipe* », sans quoi cela ne lui permet pas de mener sereinement ses missions. En effet, il peut arriver que « *les équipes paramédicales, lorsqu'elles ne sont en accord avec les décisions ou manière de faire du cadre, se plaignent directement au chef de service pour obtenir son soutien, et ce dernier, parfois, remet ouvertement en question le cadre, prenant le parti des équipes* ». Malheureusement « *cela peut arriver avec les chefs de services qui ont une relation paternaliste plus affective avec les soignants, ce qui rend toute relation de confiance impossible* » pour le cadre qui se sent alors mis à mal dans sa légitimité. Lorsque le binôme fonctionne bien, « *les divergences de points de vue s'expriment en privé, publiquement le duo est solide et s'exprime d'une seule voix* ».

Facteurs extrinsèques

Tout d'abord, « *il ne faut pas nier que la double logique rajoute de la complexité à l'exercice du binôme* » (DG CH1) : « *logique hiérarchique pour les paramédicaux, et logique fonctionnelle pour les médecins* », les professionnels n'ont donc pas les mêmes rapports avec le cadre et le chef de service.

Ensuite, « *la conduite du projet de service partagé* », comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, est une valeur ajoutée à la cohésion du couple managérial, au pilotage et à l'animation de l'équipe médico-soignante. De manière plus générale, comme nous l'avons vu, la dynamique de projet et le management collaboratif (transversal) des projets du service, et du pôle, sont des leviers de réussite du dialogue et de la cohésion médico-soignante.

Enfin, des temps de rencontre réguliers sont nécessaires entre le cadre et le chef de service. Ils sont formalisés « *de manière hebdomadaire pour partager des informations, des points de vue, des stratégies d'action, et parfois réguler des situations* » (CDS CHU3). Les rencontres informelles sont tout aussi importantes « *parfois quelques minutes dans un couloir pour échanger sur un sujet saillant* » (CDS CHU3). Elles sont facilitées lorsque le bureau du cadre et du médecin se trouvent en proximité, elles permettent les régulations et les débriefing en temps réel. Lorsque le duo fonctionne, « *les compétences managériales du cadre sont des ressources sur lesquelles s'appuient les chefs de service (d'un point de vue stratégique) pour communiquer, arbitrer certaines situations du quotidien, faire passer des informations, ou prendre conseil* » (CSP CHU2).

b) Le projet managérial, l'accompagnement des médecins managers par la formation, l'entretien individuel des médecins

Le projet de gouvernance et de management participatif (Art. L. 6143-2-3 du CSP) prévu par la loi RIST, appelé aussi projet managérial, a pour objet de structurer les orientations managériales données par la gouvernance dans l'ES en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales notamment. Il comporte un volet sur les programmes de formation managériale dispensés obligatoirement aux personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités.

L'ensemble des personnes membres de la gouvernance d'ES et de l'encadrement (DG, PCME, CGS, CSP, CDS) interviewées ont connaissance du projet managérial, et suggèrent la nécessité d'une formation managériale des médecins chefs de services. Cet accompagnement est perçu essentiel pour « *amener les médecins chefs vers une culture managériale* », « *à se former au management* », et « *à la conduite d'entretien individuel* ».

« *Ce qui importe dans tout ça c'est la formation des médecins* », précise la CGS CH3, « *c'est un peu comme les paramédicaux, moi j'étais infirmière, eh bien manager c'est un autre métier, et ça n'a rien à voir avec le métier de médecin* ». C'est une réelle valeur ajoutée, « *cela va non seulement permettre de mettre de la symétrie dans la relation managériale* », mais aussi de « *proposer un vrai projet managérial entre le cadre et le chef de service* » (CGS CH2).

Pour le médecin chef de MPR du CHU3, qui a suivi le cycle de formation au management proposé par son ES, elle précise que certains de ses collègues PU-PH ont refusé d'être formés « *si les médecins et les administratifs commencent à parler la même langue il y aura moins de charme dans les relations* ». « *Moi, j'ai pourtant accepté car je me suis sentie un peu plus obligée comme je ne suis pas PU* », précise-t-elle, maintenant « *je comprends mieux les rouages, (...) avoir fait la formation ça m'a aussi appris à prendre un peu de recul* ».

Les CHU de France se sont saisi les premiers de cet axe formation pour mieux accompagner leurs PU-PH et PH chefs de service. C'est en effet un axe majeur pour le CHU1, qui a remporté en 2021 le grand prix FHF de l'attractivité médicale pour son « plan de soutien aux managers médicaux¹⁶ », en formant et accompagnant les chefs de service PU-PH au management, en partenariat avec l'encadrement. « *Un accompagnement par coaching des binômes chef de service-cadre* » a été mené dans une quinzaine de service par un médecin consultant qui fait avec eux « *un travail de stabilisation de leur gouvernance et de leurs axes stratégiques* » (DG CHU1).

Le CHU3 a intégré le GCS HUGO¹⁷ (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) qui intègre des ES des 3 régions (Bretagne, Pays de la Loire et Centre-Val de Loire). Dans le cadre d'un partenariat conclu entre HUGO et l'EHESP à Rennes en 2020, l'École de Management des Médecins des Hôpitaux (EMAMH) propose, à tout médecin hospitalier amené à prendre des responsabilités, de bénéficier d'un socle commun de formation théorique et pratique au management, à la conduite de projets et à la connaissance globale du système de santé. La 6^{ème} promotion de l'École du Management HUGO débutera le 9 décembre 2022, au total 16,5 jours de formation, 7 semaines en alternance réparties sur 1 année pour un total de 7 modules de formation (cf. programme en annexe).

Le 4 octobre 2022, lors de la CMG (en visio depuis le CH1), la DAM a présenté « le dispositif d'entretien professionnel annuel des médecins » (selon le rapport CLARIS et l'Art. R6152-825 du CSP¹⁸) qui sera débuté en 2023. Sont précisés en objet « ce qu'est, et ce que n'est pas, l'entretien annuel », « les outils communs » et « comment accompagner les médecins managers ». La DAM explique les objectifs :

- « *Travailler à l'amélioration des pratiques managériales et à la QVT des praticiens par la reconnaissance individuelle de chacun,*
- Faciliter l'accès aux formations et construire le parcours professionnel,*
- Formaliser une rencontre dédiée pour mieux accompagner chaque praticien dans ses besoins individuels,*
- Améliorer le fonctionnement du service et les relations de travail,*
- Raccorder les parcours individuels des praticiens aux projets du service et au projet d'établissement* ».

Elle précise que « *cela existe déjà pour le personnel non médical sous forme d'évaluation* » (de la valeur professionnelle) mais, pour éviter toute confusion des genres, « *pour les médecins, ce n'est absolument pas une évaluation* », que « *ce n'est pas non plus une atteinte à l'indépendance professionnelle, ni même une procédure administrative qui*

¹⁶ <https://vimeo.com/644389409> consulté le 29 septembre 2022.

¹⁷ <https://www.chu-hugo.fr/accueil/> consulté le 29 septembre 2022.

¹⁸ Décret n° 2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

permet de surveiller les médecins », cependant que « c'est règlementaire, donc obligatoire ». Elle rajoute que cet entretien donne lieu à un compte rendu (CR). « Les CR ne seront ni communiqués à la DAM ni à la DG, le caractère confidentiel du CR est un élément qui est paru essentiel lors de la conférence des PCME », en revanche, la DAM demande un suivi, donc annuellement le PCME, les chef de pôle et de service transmettront une liste et dates des praticiens vus en entretiens (comme éléments de preuve).

Pour accompagner les médecins responsables du GHT « un guide méthodologique a été réalisé, ainsi qu'une trame d'entretien pour servir de guide », et un « cahier des charge est en cours de travail avec le GCS HUGO pour proposer une formation sur la tenu d'un entretien avec des simulations managériales ».

Le sujet fait rapidement débat dans l'assemblée. Les premiers commentaires des médecins chefs de service, PCME du GHT ne se font par attendre : « ça alourdi le boulet au pied qu'on a déjà à l'hôpital public, c'est un truc génial ! », (...) « je me vois bien faire l'entretien de certains de mes collègues, ça va être coton », (...) « le dialogue est déjà présent, les collègues ont voté pour nous pour être chef de service, il y a déjà un certain consensus, (...) « on discute déjà avec les gens, et de rajouter ça alors que notre métier au départ c'est de soigner les gens », (...) « c'est délicat, c'est des collègues, c'est des amis tout ça, dans des grandes équipes, certains ne se connaissent pas, d'autres se côtoient à l'extérieur, moi sur le plan pratico pratique je le vois pas ». Le PCME du CH1 répond alors : « C'est le rôle d'un manager que d'accompagner une carrière, face à certaines difficultés, il faut le voir comme un moment privilégié, (...) dans une journée tu te croises, mais tu n'as jamais pris un temps dédié, c'est l'objectif, formaliser un temps où on se dit les choses ». Le chef de service surenchérit : « manager une équipe ce n'est pas mon choix, mais par défaut les collègues m'ont fait confiance pour un temps défini, et moi je ne suis pas dans une carrière administrativo-médicale et je ne vois pas ce que je peux apporter de plus que les collègues savent déjà », (...) « accompagner les collègues on le fait déjà je ne vois pas l'intérêt ». Un autre PCME du GHT prend la suite : « je ne suis pas d'accord, vous le prenez comme une évaluation, ce n'est pas une évaluation, c'est un moment de dialogue dédié », (...) « même si c'est avec un collègue qui est un ami par ailleurs, cela ne change rien, on est là pour faire ensemble un bilan et se donner des perspectives d'avenir, (...) « c'est un dispositif très descendant, soit on coche des croix et puis voilà, soit c'est l'occasion d'un discussion sympa autour d'un café à vous de voir ». Le débat se clôture avec la précision que seulement « 20% d'atteinte des objectifs sera attendu en 2023, et qu'il faut donc relativiser ». La même présentation et le même niveau de débat a eu à nouveau lieu en CME (du CH1) la semaine suivante. Prendre la casquette du manager n'est pas inné, l'adoption d'une culture managériale qui permettra de prendre de la maturité et du recul pose la question de la formation managériale des médecins qui devient dans ce dispositif plus qu'indispensable.

3.3.3 Point de vigilance : l'encadrement paramédical

a) Le temps des cadres

Au décours des entretiens s'est imposé le sujet du « temps cadre » et notamment celui qu'il peut consacrer pleinement à son rôle de binôme de gouvernance de service. Avoir une vision stratégique, travailler avec le chef de service, co-concevoir, co-conduire les projets et co-animer l'équipe nécessite de dégager du temps à l'agenda. *« Le temps peut être un facteur limitant. De nombreux sujets se télescopent. Il faut donc en permanence prioriser, voire choisir »* (CSS CHU2). Les CGS interviewés font le constat d'une gestion très chronophage du quotidien dans les services : *« gestion des plannings et de l'absentéisme », « gestion des lits et des séjours »* dans les services de MCO notamment, à flux tendus, et *« la gestion des irritants du quotidien »*.

Le CGS du CH3 souligne que *« certains chefs de service expriment ne pas avoir besoin de cadre, car ils n'ont déjà pas de cadre dans le service, mais quelqu'un qui ne fait que de l'organisationnel RH »*.

Dans le service des urgences du CHU1 il y a normalement deux postes de cadres, or un des deux postes est resté vacant une année, puis le nouveau cadre posté a rencontré des difficultés dans un contexte de réorganisation et de déménagement du service, ce qui a mis à mal le binôme et les équipes. Le chef de service des urgences constate que *« le cadre a une fonction stabilisatrice importante pour les équipes paramédicales, mais on leur en demande beaucoup trop. (...) Le cadre devrait avoir une vision stratégique à moyen terme or on lui fait gérer de l'activité tous les jours »*. (...) *Il est tellement avalé par l'activité de l'unité et la gestion de tout un tas de petits problèmes du quotidien que ça lui bouffe 50% à 80% de sa journée, et du coup toutes les réunions stratégiques de projection, l'animation des groupes de travail (12 groupes de travail) et la gestion des déménagements, cela fait énormément de choses, c'est intenable »*. *« Dès que tu rajoutes de l'activité ils finissent par faire 8h 22h tous les jours. (...) Ce sont des gens qui ont un profil sacrificiel assez incroyable, tu ne te méfies pas et rapidement tu te retrouves avec des gens qui explosent. (...) Je l'ai vécu avec 2 voire 3 cadres. On commence à se rendre compte du risque (RPS) qu'on fait prendre aux cadres qui finissent par se retrouver complètement noyés »*.

b) Le « turn over » des cadres

Les deux médecins chefs de service interviewés s'interrogent sur le « *turn over des cadres* » affectés dans leur service, et l'impact sur la gouvernance du service. *« Le cadre a une fonction stabilisatrice importante pour les équipes paramédicales »* (MCS Urgences CHU1). *« J'ai un poste de cadre pour les faisant-fonctions, donc tous les deux ans ça change. (...) Quand tu changes de binôme tous les deux ans, le temps de la montée en*

compétences, tu as du mal à inscrire une relation, du mal à donner de la continuité dans les projets » (MCS MPR CHU3).

« Le turn over et la compétence des cadres est pour moi un sujet, le temps de la montée en compétence, que la relation s'installe avec le chef de service, les médecins et l'équipe, (...) c'est important de pouvoir se projeter à moyen terme » (MCS Urgences CHU1).

3.3.4 Impacts perçus de la loi RIST

a) « Rien ne change en réalité » : les services de soins existent déjà en tant que tel

Pour une large majorité de services, « le binôme existe déjà et il n'y aura en soi aucun changement à opérer parce que naturellement cela fonctionne » (CGS CH3). « On part d'une situation plutôt positive, les couples chef de service-cadre sont déjà installés et fonctionnent de manière un peu naturelle ». Certes l'enjeu, « au-delà du périmètre des pôles, est le fait que les personnes puissent travailler ensemble et s'entendre » (CGS CH2), mais, « pour moi, la loi RIST démontre surtout une volonté de se centrer sur les chefs de service et leurs responsabilités managériales que la gouvernance souhaite renforcer, elle s'adresse donc surtout aux chefs de pôle qui doivent renforcer la place qu'ils donnent aux services ».

b) Impacts sur la cohésion d'équipe, l'ambiance au travail, et l'attractivité du service

Renforcer l'animation de l'équipe par un management et pilotage équilibré au niveau du service devrait créer de la valeur ajoutée en termes de « cohésion d'équipe et de bien-être au travail » (CGS CH3). « Pour moi un collectif de travail bien piloté, qui participe à des projets, crée de bonnes conditions pour accueillir des jeunes professionnels, médicaux et non médicaux, et les garder » (CGS CH2). « L'impact devrait se ressentir sur l'ambiance et l'attractivité du service » (CGS CH3).

c) Impact sur la qualité du service rendu et la satisfaction du patient

Il y a aussi « un enjeu à ne pas oublier, c'est la qualité des soins et la satisfaction du patient », (...) « pour moi quand on se sent bien au travail, on prodigue des soins de qualité » (CGS CH3). « Si toutefois on continue à intégrer des patients experts et des pairs aidants dans nos projets et nos organisations médico-soignantes, nous serons alors dans « du win win » et ce sera un gage de réussite » (DG CHU1).

3.4 Synthèse

La loi RIST visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification autorise le DG et le PCME d'un ES, dans le cadre du projet d'établissement, à organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, alors approuvés par le directoire. Redonner plus de liberté et d'autonomie aux ES, une place mieux reconnue à la communauté médicale, redonner de la souplesse et une plus grande proximité en recentrant l'organisation à l'échelon du service, et enfin renforcer la coopération chef de service-cadre de santé comme binôme managérial de référence en proximité, sont les enjeux de la nouvelle gouvernance.

Est-ce un retour en arrière ? Un réel changement de paradigme ? Une opportunité managériale pour les gouvernances des ES ? Quelle est la place et le rôle de la DS ?

Convaincus du fait que prendre un poste de Directeur CGS en 2023 nous demandait dès aujourd'hui de comprendre les enjeux de la nouvelle gouvernance, de percevoir les marges d'actions de la gouvernance médico-soignante, et de pouvoir identifier le rôle à jouer pour la DS en faveur notamment du management des cadres, voici le socle à partir duquel nous nous sommes interrogés :

En quoi la stratégie managériale du directeur, coordonnateur général des soins, peut-elle contribuer à promouvoir le binôme chef de service-cadre de santé comme attelage central de la gouvernance de l'hôpital ?

Nous avons formulé deux hypothèses qui cherchent à comprendre ce qui relève de - **la coopération entre le PCME et le DS dans le cadre de la conduite du projet médico soignant** - et ce qui procède du - **mode de management collaboratif du DS avec la ligne d'encadrement et la communauté médicale - comme leviers de promotion du binôme cadre de santé-chef de service.**

Notre exploration bibliographique débute par le contexte du sujet et retrace les enjeux historiques et règlementaires de l'évolution de la gouvernance des hôpitaux publics marquée par une volonté d'efficacité depuis plus de 20 ans, avec :

- en 1996, la contractualisation des ES par le biais du CPOM, outil privilégié du dialogue de gestion avec l'ARH (puis ARS) ;
- une culture de résultats se substitue progressivement à une culture de moyens, avec un principe central de recherche d'efficacité et de responsabilisation des ES afin de maîtriser les dépenses en santé (ONDAM) ;
- en 2004, la réforme de l'assurance maladie modifie le mode de financement de l'hôpital introduisant la T2A ;
- en 2009, la réforme de la gouvernance des hôpitaux (Loi HPST) qui marque un réel tournant pour les organisations médico-soignantes (apparition des pôles, contractualisation interne) ;

- en 2018, le plan « ma santé 2022 » destiné à réformer en profondeur l'organisation du système de santé en France, va percuter en 2020 la gestion de crise sanitaire qui mettra les hôpitaux publics en 1^{ère} ligne.

Les conclusions du rapport CLARIS, en juin 2020, comprennent 56 recommandations autour de 4 axes dont « la place du service dans la gouvernance, et le recentrage sur le binôme chef de service-cadre de santé comme binôme managérial de référence ». Le Ségur de la santé, et la loi RIST en 2021, s'appuieront sur le rapport CLARIS, notamment le pilier III du Ségur qui concerne le cœur de notre sujet « redonner toute sa place au service hospitalier au sein des ES ».

Ensuite, l'exploration bibliographique, fait principalement référence aux auteurs de la sociologie. Elle se focalise sur l'évolution de l'organisation de l'hôpital public. Elle montre comment en 50 ans le service est passé d'une position centrale à une position subordonnée, et comment la « domination symbolique » du chef de service a progressivement été remplacée par celle du chef de pôle placé au pilotage médico-économique d'un pôle d'activités cliniques et médico-techniques, suprastructure de gouvernance intermédiaire. Une culture et appartenance de pôle se substituent à une culture de service. Quasi autarcique, le pôle est une émanation de la direction, relai médico-économique et opérationnel de la politique d'établissement. Ce changement de paradigme structurel destiné avant tout à améliorer l'efficacité des ES va montrer depuis sa mise en place une évolution très disparate d'un ES à l'autre, ce qui participe, en partie, à une volonté politique de « retour en arrière » avec le recentrage de la gouvernance à l'échelon service, tout en souhaitant faire du médecin chef de service un médecin manager. Le focus sur l'identité professionnelle du chef de service et du cadre de santé met en avant la complexité de la double logique :

- celle du cadre soignant : en position hiérarchique dans une organisation pyramidale des soins, celle de la DS. Formé au management il occupe une place de cadre intermédiaire. Malgré le fait qu'il ait exercé un métier du soin, il a dû acquérir une réelle posture et des compétences managériales.
- celle du chef de service : médecin avant tout il est viscéralement attaché à son indépendance, il ne rentre donc pas dans la ligne hiérarchique de la bureaucratie hospitalière, et exerce une autorité fonctionnelle vis-à-vis de ses collaborateurs. Il n'est pas formé au management ce qui peut être source de déséquilibre dans l'exercice du binôme avec le cadre de santé.

Enfin, nous avons interrogé le concept de coopération dans ses dimensions individuelles et collectives. Appliqué au binôme managérial, il repose sur la poursuite d'intérêts communs, l'exercice de la gouvernance du service, des capacités indispensables d'échange et de communication, une capacité d'agir ensemble, une dimension éthique celle

de la confiance, une connaissance et reconnaissance inter-mutuelle, et une reconnaissance de l'institution qui donne toute légitimité au binôme. Ainsi, le co-management comme co-leadership ou gouvernance partagée a l'avantage de mettre de la transversalité dans la relation coopérative alors source de soutien, d'échange et de mise en perspective.

Nous avons complété notre étude théorique d'une enquête de terrain, et utilisé les outils qualitatifs de la recherche (entretiens semi directifs et observations participantes) auprès des acteurs de la gouvernance médico soignante de 3 CHU et 3 CH. Nous nous sommes attachés d'un point de vue méthodologique à explorer les enjeux, les leviers, les freins et les impacts de la nouvelle gouvernance médico-soignante recentrée sur le service et le binôme managérial chef de service-cadre de santé. L'analyse des données discursives recueillies et croisées a permis de mettre en exergue plusieurs conditions de réussite :

- un alignement sans faille de la gouvernance médico-administrative DG-PCME essentiel au bon déploiement du projet médico-soignant au niveau de l'ES et du territoire ;
- une réelle synergie dans la coopération entre le CGS et le PCME, d'une part en termes d'exemplarité, et d'autre part de savoir-faire pour la bonne conduite du projet médico-soignant jusqu'au niveau du service ;
- une stratégie managériale de soutien et d'incitation du CGS vis-à-vis de la ligne d'encadrement supérieur et de proximité pour qu'ils puissent exercer un co-management de qualité ;
- une stratégie collaborative du CGS à l'égard des médecins chefs de pôles et de services basée sur la confiance et la communication ;
- un recentrage du dialogue médico-soignant sur la conduite du ou des projets de service ;
- un projet managérial institutionnel qui pose les jalons des orientations managériales définies par l'établissement, et qui accompagne cadres et médecins par une formation managériale solide.

Les points de vigilance mis en avant comme des possibles fragilités concernent la charge de travail des cadres de proximité, et leur turn-over dans certains services.

En conclusion de notre étude, bien que non exhaustive, et dans l'impossibilité d'en généraliser les résultats sur un échantillonnage trop restreint, nous pouvons néanmoins à ce stade confirmer les hypothèses soutenues au départ, tout en les dépassant aux vues de la largeur des données d'analyse.

4 PRECONISATIONS

Cette étude à visée professionnelle nous permet de proposer comme conclusions une démarche réaliste de promotion et d'accompagnement managérial de la coopération médico-soignante, au niveau de la direction coordination des soins, d'une part dans la conception et le pilotage des organisations des soins, d'autre part en termes de conduite et de coordination, et enfin d'un point de vue plus opérationnel. Les préconisations proposées sont ainsi structurées en trois axes : stratégique, de coordination et opérationnel.

Les préconisations énoncées, émanant de l'étude réalisée, n'ont pas la prétention d'être transférables en l'état, en effet leur mise en œuvre doit non seulement tenir compte du contexte, du diagnostic des enjeux de l'ES et des organisations, mais aussi seraient le résultat d'une consultation et d'échanges s'appuyant sur les acteurs de la gouvernance et des organisations des soins, usagers inclus.

4.1 Axe stratégique

4.1.1 Préconisation n°1 : Un alignement fort et mis en visibilité du directeur général et du PCME

Le binôme directeur – président de la CME, clef de voûte de la gouvernance médico-administrative hospitalière, porte la responsabilité managériale qui l'oblige à créer les conditions d'une collaboration fluide et efficace au service de l'institution. Chacun des deux acteurs, en ayant accepté sa part de responsabilités, s'engage implicitement à respecter ce dialogue étroit. La stratégie médico-administrative équilibrée repose sur un travail de préparation collaboratif systématique sur tous les sujets de gouvernance (préparation du Directoire, du Conseil de Surveillance, CME, ainsi qu'au niveau territorial, COSTRAT, CMG, ainsi que les réunions avec les tutelles, ARS etc.). La systématisation de la signature conjointe met en visibilité ce travail en binôme de gouvernance.

4.1.2 Préconisation n°2 : Associer les représentants de la CSIRMT au dialogue concernant le projet médico-soignant

La DS est systématiquement partie prenante et garant du cadre de la conception et mise en œuvre du projet médico-soignant, pour la partie projet de soins, et de la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et pertinence des soins.

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. Leur participation aux instances du groupement hospitalier de territoire assure aussi la conformité au projet médical et au projet de soins partagés (PMSP).

Le coordonnateur général des soins, président de la CSIRMT, associe donc dans une démarche participative les membres de la CSIRMT à la réflexion sur la conception du projet de soins, de rééducation et médico-techniques. Il veille aussi à ce que les représentants des usagers puissent intégrer la CSIRMT en tant que membres invités. Il anime la co-construction et le co-pilotage du PSIRMT en convergence avec le projet médical, de manière concertée avec le PCME.

Il organise le vote, pour avis, de la CSIRMT sur le projet médico-soignant, alors intégré au projet d'établissement.

4.1.3 Préconisation n°3 : Contribuer à faire du binôme CGS – PCME un modèle de coopération médico-soignante

Faire de l'alliance PCME-CGS, un facteur d'exemplarité du « top management » pour promouvoir la coopération médico-soignante au niveau de la gouvernance des pôles et des services est un élément important à privilégier pour le DS.

Comment impulser cette dynamique et cette alliance, d'une part en termes d'exemplarité, et d'autre part de savoir-faire ? Pour que puisse se construire une relation de confiance et de coopération, bien délimiter le champ d'intervention de chacun, en accord avec la stratégie du DG, paraît fortement souhaitable.

Un respect mutuel des prérogatives, et la définition de moments dédiés de rencontre et de dialogue permettent, comme nous l'avons déjà vu dans le cadre des attributs de la coopération, de construire une relation basée sur la confiance et la communication. Ainsi, prévoir des rencontres formalisées pour échanger sur l'actualité des organisations, mais aussi s'accorder sur les stratégies, et le pilotage du projet médico-soignant, permettront progressivement de faire vivre ce binôme.

4.1.4 Préconisation n°4 : Un projet managérial co-construit avec les parties prenantes qui fixe le cadre d'exercice de la gouvernance de service partagée

Le projet managérial ou projet de gouvernance et de management participatif, tel qu'il est défini dans la loi RIST, fixe les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et de coordination des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement.

A l'échelle de l'établissement, outre les éléments réglementaires, pour éviter la balkanisation reprochée aux services avant l'organisation en pôles, il est souhaitable que le projet managérial définisse l'échelon du service, et l'ensemble de ses liaisons dans l'institution. Ainsi, en accord avec la stratégie du DG, et en concertation avec acteurs des

pôles et des services, seront précisés les périmètres, le fonctionnement, les circuits, les rôles et missions des acteurs, les instances de dialogue, dans le pôle et dans l'établissement, avec les services support, et selon les filières et parcours patients, comme un élément de puzzle qui doit fonctionner dans un tout, et pour le bon fonctionnement coordonné de l'ensemble.

Mettre par écrit ce qui paraît banal et acquis permet de se poser les bonnes questions, celles du fonctionnement et de l'articulation des entités, des acteurs et des « process » qui bien souvent, aux interfaces, posent problèmes.

Le projet managérial est aussi porteur d'un plan de formation managérial solide et obligatoire pour les médecins managers, mais aussi l'encadrement. Associer les cadres et les médecins sur des temps communs de séminaire, et de formation, peut créer de la cohésion et une culture managériale partagée. Comme le propose certains ES, prévoir des sessions de « simulation managériale » bien encadrées serait une vraie valeur ajoutée à la formation, favoriser des formations internes aux équipes, au sein des services, impliquant toutes les catégories de personnel a déjà démontré son efficacité en terme d'apprentissage.

4.2 Axe coordination

4.2.1 Préconisation n° 5 : Soutenir et accompagner les cadres paramédicaux à exercer un co-management de qualité

L'accompagnement des cadres par le CGS dans la mise en œuvre d'une gouvernance partagée est un autre élément socle à la réussite du recentrage sur le service.

La structuration d'un cadre d'exercice clair et communiqué est d'abord indispensable pour l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux de l'organisation. Ainsi le cadrage socle de l'exercice de l'encadrement sera précisé dans le projet managérial, dans les fiches de postes et de missions notamment. Le périmètre sera clairement défini.

Nous avons vu dans l'enquête que les missions quotidiennes des cadres peuvent les éloigner du cœur de leur travail d'encadrement. Co-construire, co-piloter, co-animer un projet de service n'est pas toujours un allant de soi, soit par manque d'expérience, soit par manque de formation, soit de temps. Enfin, être capable d'adopter la posture adéquate dans le cadre d'une coopération sereine avec le chef de service, et de pouvoir créer une relation de confiance basée sur le dialogue ne sont pas non plus toujours simples. Ainsi, l'accompagnement proposé par le CGS, et les cadres supérieurs, sera tout d'abord basé sur un management éthique ou management par la confiance centré sur l'écoute et le conseil, qui aura pour but d'aider les cadres à pouvoir mettre en perspective leur travail

managérial, afin d'acquérir une capacité à adopter la bonne posture, mais aussi renforcer leur sentiment d'auto-efficacité en les confortant dans leurs compétences managériales.

En dehors des temps formels de rencontre des cadres (reporting - plénière), plusieurs pistes d'accompagnement pourront être formalisées avec l'équipe d'encadrement :

- des réunions de réflexion collective sur des sujets amenés par les participants,
- des séquences d'analyse de pratiques,
- des coaching individuels, destinés à renforcer le leadership,
- un accompagnement commun chef de service – cadre peut être proposé, comme dans certains ES, sous forme de coaching de binôme.

L'alternance soutien individuel, soutien collectif, source de partage dans le groupe de cadres permettrait de créer de la cohésion basée sur une culture managériale commune, et un réseau de cadres comme ressources internes.

Un dispositif de repérage, d'accompagnement et de formation des paramédicaux ayant un projet de devenir cadre sera parallèlement mis en place.

4.3 Axe opérationnel

4.3.1 Préconisation n° 7 : Faire du recentrage sur la conduite du ou des projets de service un élément central de la gouvernance de service

La gestion de projet est au cœur de la nouvelle gouvernance, avec notamment le recentrage sur le projet de service, à condition qu'il soit co construit avec l'équipe médicale et soignante. L'institution, dans le cadre de la création de la « cellule projet », tel que préconisé par le rapport CLARIS, définit le cadre et la méthode de construction des projets ainsi que le process de pilotage. Elle propose une fiche projet et une méthode. L'objectif de la cellule est de faciliter l'émergence et la conduite des projets, d'accompagner et de favoriser le lancement notamment. Il est préconisé par ailleurs que les projets de pôles et de service soient présentés en CME et en directoire, nous rajouterons l'intérêt qu'ils le soient aussi en CSIRMT.

L'animation du projet au niveau du service associe les médecins et les soignants autant que possible, la dynamique de projet est un réel moteur pour les professionnels, elle leur donne de l'autonomie et les responsabilise, et leur apporte reconnaissance et satisfaction. Le principal intérêt de redonner toute sa place au service est de remettre le soin au centre du projet de service, comme démarche d'amélioration continue de la qualité, au service des usagers, et de la satisfaction des professionnels.

Conclusion

La loi RIST visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification autorise le DG et le PCME d'un ES, dans le cadre du projet d'établissement, à organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, alors approuvés par le Directoire. Redonner plus de liberté et d'autonomie aux ES, une place mieux reconnue à la communauté médicale, redonner de la souplesse et une plus grande proximité en recentrant l'organisation à l'échelon du service, et enfin renforcer la coopération chef de service-cadre de santé comme binôme managérial de référence en proximité, sont les enjeux de la nouvelle gouvernance.

Est-ce un retour en arrière ? Un vrai changement de paradigme ? Une opportunité managériale pour les gouvernances des ES ? Quelle est la place et le rôle de la DS ?

Convaincus du fait que prendre un poste de Directeur CGS en 2023 nous demandait dès aujourd'hui de comprendre les enjeux de la nouvelle gouvernance, nous nous sommes interrogés en ces termes :

En quoi la stratégie managériale du Directeur, Coordonnateur Général des Soins, peut-elle contribuer à promouvoir le binôme chef de service-cadre de santé comme attelage central de la gouvernance de l'hôpital ?

En 50 ans le service est passé d'une position centrale à une position subordonnée, et la « domination symbolique » du chef de service a progressivement été remplacée par celle du chef de pôle placé au pilotage médico-économique d'un pôle d'activités cliniques et médico-techniques, suprastructure de gouvernance intermédiaire. Une culture et appartenance de pôle se substituent à une culture de service. Quasi autarcique, le pôle est une émanation de la direction, relai médico-économique et opérationnel de la politique d'établissement. Ce changement de paradigme structurel destiné avant tout à améliorer l'efficacité des ES a montré depuis sa mise en place une évolution très disparate d'un ES à l'autre, ce qui a participé, en partie, à une volonté politique de « retour en arrière » avec le recentrage de la gouvernance à l'échelon service, tout en souhaitant faire du médecin chef de service un médecin manager.

La coopération médico-soignante n'est pas seulement une question de concertation ou de juxtaposition de compétences, c'est co-produire dans un rapport de confiance, de dialogue et d'exigence. Le DS coordonnateur général des soins contribue à accompagner le recentrage de la gouvernance à l'échelon du service et à la coopération médico-soignante par son alignement avec le DG et le PCME dans le cadre de la conduite du projet médico-soignant, exemplarité qu'il met au service de l'accompagnement de l'équipe d'encadrement paramédical pour qu'elle puisse prendre toute sa place dans la nouvelle gouvernance médico-soignante partagée.

Bibliographie

Ouvrages :

BARBIER Jean-Marie, Olga GALATANU, 2004. *Les savoirs d'action : une mise en mots des compétences ?* Paris : L'Harmattan, 324 p.

BLANCHET, Alain, et GOTMAN, Anne, 2017. *L'entretien*. Paris : A. Colin, 128 p.

CHIOLERO, René et HAYNAL, V., 2019. *Coaching des soignants : Regards de deux coachs sur les turbulences du monde des soins*. RMS Éditions Médecine et hygiène. Paris : Broché. 400 p.

CROZIER, Michel, et FRIEDBERG, Erhard, 2014. *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris : Éd. du Seuil. 512 p.

DEZALAY, Yves, GARTH, Bryant G., 2002. *La mondialisation des guerres de palais : La restructuration du pouvoir d'État en Amérique latine, entre notables du droit et Chicago boys*. Paris : Seuil. 504 p.

HIBOU, Béatrice, 2013. *La bureaucratisation néolibérale*. Éditions La Découverte. 326 p.

JUVEN, Pierre-André, PIERRU, Frédéric, et VINCENT, Fanny, 2019. *La casse du siècle : À propos des réformes de l'hôpital public*. Paris : Raisons d'agir éditions. 192 p.

LE GOFF, Jacques, 2001. *Droit du travail et société. Tome 1. Les relations individuelles de travail*. Presses universitaires de Rennes. 1026 p.

LOUAZEL, Michel, MOURIER, Alain, OLLIVIER, Erwan, et OLLIVIER, Roland, 2018. *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*. Presses de l'École des hautes études en santé publique. 552 p.

LUC, Edith, 2010. *Le leadership partagé*. 2e édition. Presses de l'Université de Montréal. 192 p.

MINTZBERG, Henry, 1979. *The structuring of organizations : A synthesis of the research*. Prentice-Hall. 512 p.

NEGARET, Patrick, 2021. *Il suffisait de leur donner envie : Libérer les énergies dans une organisation publique*. Mines ParisTech-PSL. 114 p.

TOFFOL, Bertrand de, 2012. *La médecine universitaire, présent et devenir : Le crépuscule des mandarins*. Seli Arslan. 188 p.

VANDEWALLE, Bernard. 2006. *Michel Foucault : Savoir et pouvoir de la médecine*. Harmattan. 160 p.

VEGA, Anne, 2000. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Éditions des archives contemporaines. Vol. 25. 213 p.

VELUT, Stéphane, 2020. *Qui sont les vrais patrons à l'hôpital*. Gallimard. 48 p.

Articles de revues :

BOLTANSKI, Luc, 1973. "L'espace positionnel. Multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe". *Revue Française de Sociologie*. p. 3-26.

BOURDIEU, Pierre, 1986. "L'illusion biographique". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. p. 69-72

BOUSSUGE, Bruno, 2021. "Le co management, un pas vers la gouvernance partagée". *Soins Cadres*. Vol. 30, n°127. p. 31-34.

BOUTIN-FOSTER C, FOSTER JC, KONOPASEK L., 2008. "Viewpoint: physician, know thyself: the professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence". *Academic Medicine*. 83(1) : 106-11.

DAMETTE Géraldine, « Double management hospitalier : La dualité coopérative du binôme médecin responsable de service-Cadre de Santé comme vecteur d'engagement des équipes de soins », *Projectics / Proyética / Projectique*, 2022/HS (Hors Série), p. 231-254.

PIERRU Frédéric, 2022. «Le « système de santé » français ou la réforme par la crise ». dans : Olivier Giraud éd., *Politiques sociales : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2022, p. 79-96.

LAGADEC, Anne-Marie, MARTIN, Loïc, NOBRE, Thierry, et al, 2021. "Les binômes à l'hôpital (dossier), une forme de coopération à privilégier". *Soins Cadres*. mai 2021. n°127. p. 13-60.

DOMY, Philippe, et DU CHAFFAUT, Guillaume, 2016. "Les pôles dans les établissements publics de santé, bilan et évaluation". *Regards sur les pôles (dossier)*. (2016). *Soins Cadres* n°98. p. 24-27

SCHWEYER François-Xavier, 2009. « Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes », *Revue française d'administration publique*, 2009/4 (n° 132), p. 727-744.

Textes législatifs :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel*, n°0167 du 22 juillet 2009. [En ligne]. [Consulté le 19 septembre 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », *Journal officiel*, n°0099 du 27 avril 2021. [En ligne]. [Consulté le 16 juin 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000043421572>

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

2014) [En ligne]. [Consulté le 21 septembre 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000413623/>

Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agence Régionale de Santé

[Consulté le 22 juin 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022040773/>

Décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif au CPOM conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé

[Consulté le 22 juin 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000022886858/2010-10-06/>

Décret n° 2022-202 du 17 février 2022 « relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements ». [Consulté

le 22 juin 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045189533>

Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière, et l'arrêté du 18 août 1995 modifié relatif au diplôme de cadre de santé [Consulté le 27 juin 2022]. Disponible à

l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026843750/>

Décret n° 2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. [Consulté le 27 juin 2022]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045124201/>

Sites web :

<https://www.ined.fr/fr/lexique/transition-epidemiologique>. Consulté le 4 avril 2022.

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/pouvoir-discretionnaire/> consulté le 3/10/2022.

<https://www.cnrtl.fr/definition/coop%C3%A9ration> consulté le 22/09/2022

<https://vimeo.com/644389409> consulté le 29 septembre 2022.

<https://www.chu-hugo.fr/accueil/> consulté le 29 septembre 2022.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien DS

Annexes 2 : Analyse des données des entretiens (mind map)

Annexe 3 : programme de formation pour les médecins manager (EHESP)

GRILLE D'ANALYSE ENTRETIENS DS			
Objectifs (thématiques)	Sous objectifs (sous thématiques)	DS 1 SW (CH3)	DS 2 YLF (CH2)
{Parcours/ ancienneté sur le poste}		CGS. Exp 1 an. CH MCO de 730 lits et places.	CGS. Exp 3 ans CGS d'un ES polyvalent (MCO, MS, SM) de 950 lits et places, sur 2 sites.
Décrire le périmètre de responsabilité, et comment s'effectue la gouvernance dans ce périmètre (ES, projet médical, PSIRMT, pôle, service)	Décrire comment a été élaboré le projet (MS, Pôle, Service) Décrire la conduite du projet (pilotage)		<p>{La gouvernance médico-soignante} Le binôme PCME-CGS Le travail collaboratif avec les chefs de pôle et de service Le chef de service et le recrutement des cadres</p> <p>J'aurai tendance en tant que CGS à rencontrer des chefs de pôle, en priorité, mais je rencontre aussi des chefs de service. Comment je fais exister un groupe ? ça dépend alors en toute honnêteté de la personnalité des uns et des autres. Quand tu as un chef de service qui a une très forte personnalité ou qui a on va dire (rire) qui a aussi une oreille attentive du chef d'établissement alors forcément indirectement tu es forcément plus enclin à faire attention. Et alors après moi j'essaie de rencontrer l'ensemble des chefs de service tu vois, dans le cadre de projet ça peut arriver, j'ai aussi le levier des changements de cadre, quand y a un nouveau cadre de santé qui prend un poste, j'essaie d'informer le chef de service, de l'appeler ou d'aller le rencontrer pour discuter avec lui. J'informe le chef de service du changement de cadre mais je ne le fais pas participer au recrutement. Cependant, pour les cadres sup avec les chefs de pôle oui ils participent. Et après le problème il reste toujours entier, à un moment ou à un autre si le chef de service commence à donner son avis sur un recrutement de cadre, pourquoi pas c'est légitime il travaille avec lui, mais aussi on est dans la fonction publique hospitalière, sur quelle critère un chef de service va refuser de travailler avec un cadre ? surtout s'il ne le connaît pas. Quels critères professionnels ? de compétences ?</p> <p>C'est une bonne question, c'est la DRH qui affecte sur proposition de la DS. Je n'affecte pas n'importe qui n'importe où, je fais attention au parcours, au projet, à l'ancienneté, aux caractères des uns, et des</p>

		<p>autres, je vois quel est le profil du candidat. Et puis encore une fois, l'évaluation des compétences des cadres c'est la DS qui le fait, donc c'est le cadre sup et le DS, et si au bout de trois mois six mois ça ne colle pas, et on fait machine arrière ce n'est pas grave. En se basant sur des critères objectifs bien sûr. Le cadre sup suis beaucoup les faisant fonctions, et les prises de poste, on est à l'écoute, on écoute le chef de service, moi s'il me dit au bout d'un mois vous venez me voir parce que ça colle pas je dis ok pas de problème je viens vous voir vous me dites ce qui va pas on en discute ensemble, faut bien roder aussi quels sont les attendus parce que les attendus d'un médecin ne sont pas les attendus d'un directeur des soins, donc faut qu'on se mette bien d'accord aussi sur ce que c'est que {la place d'un cadre de santé}, parce que tu vois tout à l'heure dans les leviers de changement pour que ça réussisse, pour que ça marche, il faut bien aussi redire au chef de service quel est le rôle et les missions d'un cadre de santé, parce que si tu n'estimes pas ce qu'est censé faire un cadre de santé, il peut y avoir des écarts importants, et il peut y avoir des problèmes.</p> <p>{La connaissance réciproque des attentes, rôles et missions chef de service cadre de santé}</p> <p>Voilà donc moi par exemple ce que j'ai fait ici, c'est que j'ai refait la fiche de poste du cadre de santé. Quelles sont son rôle et ses missions ? selon le répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière. Quels sont les attendus d'un cadre, pour la direction des soins, et d'un médecin chef de service aussi, en fonction des écarts, tu vois très bien ou ça peut ne pas marcher dans le binôme. Donc il faut aussi remettre un peu les valeurs de chacun. Donc voilà c'est pour ça que moi en tant que CGS j'entretiens une relation avec les chefs de service qui sont aussi pédagogiques de la même manière pour les cadres supérieurs de pôles et les chefs de pôles. C'est pour cela que je ne souhaite pas que les chefs de service choisissent directement le cadre. Cela est le rôle du DS. Dans</p>
--	--	--

		<p>les faits il ne participe pas au choix parce que ce sont mes prérogatives, et ça j'assume, mais d'un autre côté je l'associe quand même en lui disant voilà c'est bien de rencontrer le chef de service avant de prendre votre poste. Qu'il y ait déjà un premier contact, puis je demande aux cadres sup de faire l'agent relationnel c'est-à-dire que c'est le cadre sup qui accompagne le futur candidat vers le chef de service (intronisation). c'est moi qui choisis certes mais on est aussi dans la collaboration. Ce n'est pas vous qui décidez seul c'est moi qui décide et on travaille en collaboration.</p> <p>On ne choisit pas toujours ses collaborateurs. {Comment fait-on de son collaborateur un binôme ?}</p> <p>{Attentes du DS vis-à-vis des CDS et CSS quant à leur coopération avec les médecins}</p> <p>qu'ils n'oublient pas qu'ils font partie de la direction des soins. Parce que y a quelquefois des pôles qui sont très indépendants ce sont des hôpitaux bis. Où derrière on ne respecte pas vraiment tous les circuits institutionnels. J'estime être garant du principe institutionnel, de l'équité dans l'hôpital, de faire attention, de bien respecter les circuits, {respect du cadre et des règles institutionnelles} quand on fait les publications de poste, on reçoit pas les gens en loose-D, on fait bien des publications des appels à candidatures on reçoit les candidats, et s'il y a une pression d'un médecin pour prendre tel infirmière il faut être vigilant, qu'ils oublient pas les cadres et les cadres sup qui font partis d'une direction des soins et qu'avec les cadres, il y a les cadres sup et avec les cadres sup il y a le DS pour les accompagner et des fois ça peut être compliqué avec certains médecins, qui font des tout droit ou des circuits, et que c'est pas la peine non plus qu'ils se grillent avec les médecins, et qu'il viennent plutôt vers la direction des soins ou vers leur N+1 pour qu'on voit ensemble comment on peut diplomatiquement contourner le problème {rôle de conseil et d'accompagnement}</p>
--	--	--

			<p>ce que je demande aussi beaucoup aux cadres aux cadres sup, c'est de travailler, de collaborer avec les médecins. C'est paradoxal hein, je leur demande de pas oublier la direction des soins, mais de ne pas oublier qu'ils travaillent avec des médecins. C'est-à-dire que quand ils prennent des décisions, quand ils recrutent une infirmière, d'en parler au chef de service. Typiquement, lorsqu'on recrute une nouvelle infirmière, je veux que le cadre la présente au chef de service {rôle d'influence}. Je veux aussi que quand y a un nouveau cadre qui arrive le cadre sup en parle au chef de pôle. Pour moi c'est cela la collaboration. Quand un cadre est en difficultés, il va dans le bureau du chef de service, ils s'expliquent entre eux, mais après face à l'équipe, il y a une cohésion. Je demande que voilà que les cadres et les cadres sup travaillent en étroite collaboration avec les médecins</p> <p>{attentes vis-à-vis des médecins} {lien et confiance}</p> <p>Lorsque c'est compliqué avec un cadre ou avec un cadre sup, je souhaite que le chef de pôle, ou le médecin, m'en parle directement, la plupart des médecins ont mon portable, s'ils rencontrent une difficulté ils m'appellent, on en parle ensemble. Ce n'est pas la peine d'aller maltraiter le cadre ou le cadre sup, ce n'est pas la peine d'aller avertir le chef d'établissement, il m'appelle directement, et on voit ça ensemble. {rôle de protection}, Et on voit ce qui ne va pas et comment on peut corriger les choses c'est une question de la confiance, et la question d'être finalement dans un {rôle de facilitateur, de négociateur}.</p> <p>La confiance elle est là aussi si tu veux. Si par exemple il y a un chef de pôle qui va avertir le chef d'établissement parce que tel cadre sup ça dysfonctionne sans m'en parler à moi c'est une perte de confiance parce que moi j'estime que je suis à l'écoute. J'essaie d'être objectif si tu veux d'entendre leur problème, et de voir comment on peut le résoudre.</p>
--	--	--	--

<p>Identifier les conditions facilitatrices pour une gouvernance équilibrée/ partagée efficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> -au niveau de l'ES -au niveau du pôle -au niveau du service 	<p>Identifier les leviers/facteurs de réussite qui peuvent influencer le bon déploiement</p> <ul style="list-style-type: none"> -éléments de pilotage/stratégique ? -éléments relationnels ? -éléments structurels ? 	<p>{La légitimité et la place donnée au binôme PCME CGS par le DG}</p> <p>Alors y a une chose qui est importante aussi je pense c'est que euh la légitimité du coordo elle vient aussi par le fait de du DG et la place qu'il laisse au coordo et je vais donner un exemple le premier directoire que j'ai fait donc nous c'est très solennel le directoire, quand on arrive dans la salle du conseil, elle est prête et on a nos chevalets avec nos noms, donc en faite on ne choisit pas notre place. Donc c'est présidé par le DG et d'un côté il y a le PCME et de l'autre c'est le coordo. Et moi en arrivant, j'aurais eu tendance à aller me mettre tout au bout de la table pour me faire toute petite parce que voilà, c'était le premier directoire, et il a dû le voir parce qu'il m'a dit non Sandrine, tu es toujours à côté de moi, les deux personnes dont j'ai besoin, auprès du directoire c'est toi et le PCME. Aux comment- aux cellules de crise, pendant le COVID, je devais toujours être à côté de lui et le PCME était de l'autre côté et voilà, et je pense que ça les médecins la communauté le voit aussi</p> <p>Une première condition est {l'alignement entre le DG/PCME et CGS}</p> <p>Un travail à faire de la part du CGS avec les CSS de pôle qui pourraient ne pas trouver leur place dans cette évolution de gouvernance.</p>	<p>-Un des principaux levier est qu'il faut déjà qu'il y ait un {cadre réglementaire} qui assoit les {rôles et les missions de chacun}. Avec la Loi Rist on n'est pas dans le détail certes mais la place du chef de pôle, cadre supérieur de pôle, chef de service, cadre de santé sont énoncés, comme binômes de référence. C'est déjà un premier gage de réussite.</p> <p>-Le deuxième gage de réussite, pour que ça marche il faut des formations managériales pour les médecins. Un chef de service doit remplir ses prérogatives de chef de service, donc c'est un manager et il doit manager, finalement il faut bien qu'il y ait une {formation managériale du chef de service}, comme du chef de pôle. La loi Rist l'évoque. Pour que le chef de service puisse remplir ses prérogatives de chef de service il faut qu'il soit un manager, donc qu'il soit formé. La formation managériale est complexe pour les médecins, nous on sait ce que c'est que le management, à la fois la gestion des projets (etc.) alors les médecins ne sont pas hiérarchisés entre eux donc c'est toute la complexité. On voit bien maintenant avec la loi Rist que les chefs de service vont évaluer leurs pairs : les chefs de pôle vont évaluer les chefs de service et les chefs de service vont évaluer les médecins, donc là même s'ils n'ont pas de liaisons hiérarchiques, on introduit quand même une notion d'évaluation. s'ils n'ont pas de formation ça me paraît</p>

		<p>{Redonner leurs places aux CSS et CDS} « c'est des mentalités à bouger parce que les choses se sont faites, et c'est aussi je pense le coordo, un travail avec les cadres de pôle qui risque là de ne plus trouver réellement leur place on voit qu'il y a bcp de CSS de pôle en fait qui s'emparent des projets et qui ne laissent plus cette place aux CDS de proximité, ou même qui ne tendent plus la perche aux cadres de venir se mettre dans les groupes de projet, et je trouve ça vraiment dommage. « Donc les leviers en fait, ce seraient un vrai travail d'équipe, un consensus, travailler ensemble, parce que c'est un changement des mentalités, et il faut que chaque acteurs puissent s'y retrouver en fait, dans ça ».</p> <p>« C'est aussi travailler avec les CS, savoir leurs attentes »</p> <p>{Dégager du temps aux cadres} « Par contre moi, je connais des chefs de service, qui disent qu'ils n'ont pas besoin de cadre en fait parce qu'ils n'ont pas de cadre dans le service, ils ont qlq un qui ne fait de l'organisationnel au niveau RH. Ce qu'il faut c'est aussi que je pense qu'institutionnellement, on trouve des leviers et des solutions pour « permettre de dégager du temps aux cadres dans les services sur tout ce qui est RH ». Ne faut-il pas mettre en place une cellule qui s'occupe de tous les remplacements. C'est-à-dire que le cadre ne s'occupe plus de gérer les remplacements, c'est cette cellule, le cadre fait juste la demande. Pour permettre au cadre de se dégager du temps au sein du service. Et pouvoir aussi avoir du temps pour travailler avec le chef de service et avec les équipes. Le cadre de pôle, parfois, prend des missions du cadre de proximité, parce que le cadre de proximité, il est tellement sur la RH qu'il n'arrive pas à faire ses missions. Et du coup, là si on recentre le cadre au sein de son service, le cadre de pôle, du coup on va lui enlever certaines missions. du coup c'est réattribuer les missions de chacun, en fait c'est</p>	<p>un peu difficile pour eux. (à lier a la CMG et a la CME)</p> <p>-(Les rôles et missions de chacun sont définies, au niveau de la proximité, du service, au niveau du projet de pôle en transversal et coordination).</p> <p>Pour moi le chef de pôle c'est plus comme un super manager c'est à dire que c'est un peu comme un cadre sup, finalement les missions elles sont les mêmes pour le chef de pôle est un cadre sup, un cadre sup il va pas aller gérer un service de soin, un cadre sup il a un cadre de santé, en-dessous de lui qui va gérer un service de soin au plus près en proximité, et donc lui en tant que cadre sup il est là en transversalité pour mettre de la coordination, pour faire avancer les projets, pour répondre à la gouvernance donc à la direction voilà c'est ça le rôle de cadre sup, et le chef de pôle de la même manière doit intervenir pour les projets de pôle, pour coordonner l'ensemble voilà, et au plus près c'est pas lui qui va gérer le service mais le chef de service c'est le chef de service qui gère avec le cadre de santé. Pour moi c'est assez simple le fonctionnement.</p> <p>Avec la loi HPST les rôles et missions du chef de pôle n'ont pas été définis, il y a donc aujourd'hui tous les cas de figures. Des chefs de pôles très investis et partie prenante, d'autres bcp moins, certains prennent tout au pied de la lettre et enfin tout dépend aussi de l'organisation de l'hôpital.</p> <p>-(La connaissance réciproque des attentes, rôles et missions chef de service cadre de santé) -(bonnes synergies entre les acteurs)</p> <p>Ce qui compte c'est plutôt qu'il y ait des bonnes synergies entre les acteurs et puis que finalement les choses fonctionnent bien. C'est plus facile de les mettre là où ils s'entendent que d'espérer qu'ils arrivent à s'entendre.</p> <p>-Le travail collaboratif CGS/avec les chefs de pôle et de service (ex. recrutement des CSS et des CS)</p>
--	--	---	--

		<p>remettre chaque acteurs, au sein de ses missions.</p> <p>Donc tu m'as parlé du levier du cadre qui doit reprendre sa place, qu'on le lui la donne et qu'il la reprenne aussi</p> <p>C'est-à-dire le recentrer sur son profil et sur ses missions</p> <p>{Faire reposer la gouvernance médico soignante du service sur le projet de service}</p> <p>Je pense qu'on entend plus parler de projet de service, on entend parler de projet de pôle, projet d'établissement, projet de soin, mais le projet de service en fait à la base, on n'en entend plus parler. Un projet sur lequel repose l'animation de l'équipe, et la vie du service, un projet structurant, voilà un levier qu'il parait indispensable de remettre en place. C'est arriver à nouveau à réunir cette équipe autour d'un projet, le piloter, le mener, se donner les moyens de pouvoir le mettre en place.</p> <p>j'ai été euh cadre avant la mise en place des pôles, je dis pas que c'était mieux, mais c'est vrai que du coup, on était dans le projet de service, c'était qlq chose qui était très important, et la mise en place des pôles a fait que petit à petit on a oublié on a laissé de côté ce projet de service</p> <p>{la contractualisation interne}</p> <p>Quand la première fois on m'a dit qu'il allait falloir faire un contrat de pôle, je pensais que dans le contrat de pôle, chaque service devait mettre son projet de service, naïvement. Et quand j'ai vu comment on construisait un contrat de pôle je me suis dit mais mince c'est pas du tout ça. J'ai été cadre avant la mise en place des pôles, je ne dis pas que c'était mieux, mais c'est vrai que du coup, on était dans le projet de service, c'était qlq chose qui était très important, et la mise en place des pôles a fait que petit à petit on a oublié, on a laissé de côté ce projet de service. Et qlq part, le service existe toujours, mais je dirais qu'il est dans la routine. On</p>	
--	--	---	--

ne le fait plus vivre. Donc c'est pour ça que, pour moi la loi Rist c'est une très bonne chose

{Recentrer le dialogue DS CSS CS sur le projet de service}

En tout cas alors, moi ce que j'ai mis en place quand je suis arrivé sur mon poste, **je rencontrais les cadres par pôle, ou je leur demandais où en était les projets du pôle mais aussi les projets de service. Et chacun comment il le construisait, avec qui, quels étaient les freins, quels étaient les leviers, et nous faisons un suivi des actions.** Et c'est vraiment qlq chose qu'ils ont apprécié parce qu'une des premières phrases qu'ils m'ont dit c'est, ça fait longtemps qu'on ne nous a pas parlé de projet, et qu'on ne nous a pas demandé de présenter des projets. Et ça pour moi c'est un levier du CGS.

{Le binôme CGS PCME : principal levier}

L'autre levier essentiel aussi du CGS, c'est pour moi **la relation du CGS avec le PCME elle est très importante, et il faut absolument que ce soit un binôme qui fonctionne**, il faut qu'ils se voient régulièrement, pour parler, tant des projets, des problématiques, c'est un allié, tant le CGS est un allié du PCME, tant le PCME est un allié de la CGS. Le dialogue entre eux est essentiel.

(Il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir des problématiques, par exemple j'avais un CS qui ne voulait plus de son cadre de pôle, pour diverses raisons, j'ai appelé le PCME, le PCME il m'a dit non il est en train de vous faire une crise ne vous inquiétez pas, laissez couler dans une semaine il ne vous en parlera plus. Et il avait raison en fait).

{Légitimer le binôme cadre chef de service}

Donc l'alliance PCME CGS c'est un levier pour aussi donner cette place au binôme CDS CS, pour dynamiser aussi, et aussi **pour lui donner toute sa légitimité et reconnaissance.**

Si le PCME ne reconnaît pas déjà le CGS, comment les médecins peuvent-ils reconnaître les cadres. De

		<p>la même manière, si le chef de pôle ne reconnaît pas le cadre de pôle, comment peut-on reconnaître la place du cadre</p> <p>Je pense que le fait déjà qu'il y ait un lien important entre le PCME et la CGS, et un binôme qui fonctionne, cela favorise la relation du CGS avec les chefs de pôle, et leur binômes avec les cadres de pôle. C'est aussi au CGS d'embarquer les cadres de pôle, qui eux-mêmes, embarquent les cadres, avec les CS.</p> <p>Par exemple, quand je recrute des cadres, des cadres de pôle, je fais ce que j'appelle une première sélection. Et ensuite, je demande l'avis au CS, et au chef de pôle, suite à cette pré-sélection, « j'ai déjà mon avis, maintenant je souhaiterais aussi avoir le vôtre parce que c'est vous qui aller travailler avec cette personne, donc c'est important. Pour moi c'est co construire aussi ça.</p> <p>{Laisser la place à l'encadrement}</p> <p>Après je pense que le- c'est important que le coordo, ou le DS, laisse aussi de la place aux autres. Il doit pas être partout, il doit laisser la place à l'encadrement. Et c'est pour ça qu'autant je vais rencontrer les cadres avec le cadre de pôle, pour faire une pré selection sélection, autant quand c'est le chef de service, je laisse la cadre de pôle gérer.</p> <p>{Rôles de facilitateur et de lien du CGS}</p> <p>D'accord, un rôle de facilitateur du CGS et une forme de passeur aussi, pour moi, plus de lien, pas de passeur, de lien. Travail de lien, de coordination.</p>	
Identifier les freins possibles	-éléments de pilotage/stratégique ? -éléments relationnels ?	{La disponibilité des cadres }	

	<p>-éléments structurels ?</p>	<p>un frein serait un aspect financier, puisque si on veut laisser du temps au cadre, quelque part il faut bien que qlq un prenne certaines missions du cadre, je pense notamment vraiment au RH et à l'absentéisme parce que c'est chronophage, que pour moi il n'y a pas besoin de faire l'école des cadres pour rechercher du personnel, ni pour faire des plannings.</p> <p>On pourrait le laisser à une cellule qui s'occuperait de chercher des remplacements inopinés, des remplacements longs, qui gérait donc l'intérim parce que là où j'étais y avait de l'intérim, euh qui gérait les vacataires qui gérait- et donc, parallèlement, cette cellule était en lien avec le cadre responsable du pôle de remplacement. Les cadres faisaient remonter leurs besoins, j'ai un arrêt j'ai ceci j'ai cela, ils envoyaient les plannings parce que fallait juste s'assurer que les plannings quand même étaient bien faits, et que y est pas 60% qui soient en congés Et la cellule cherchait tous les remplacements, donc le cadre en fait ne s'occupait plus du tout du remplacement, et la cellule envoyait un mail en disant, ce serait tel agent qui viendra et malheureusement des fois, comme les services, pas solution, donc pas de remplacement, et solution dégradée. Donc on diminue l'effectif, on élargit les horaires, on passe en 12h une partie de l'équipe, en tout cas le cadre ne passait plus des heures au téléphone, à chercher.</p> <p>A chercher dans leur propre effectif. Ouais, et même à l'extérieur, parce qu'on connaît ça aussi hein, moi je connais- fin quand j'ai été cadre j'appelais déjà mes effectifs après j'avais un listing de vacataires et j'appelais chaque vacataires, des fois je passais mais cinquante soixante coup de fils. Et ça tous les jours. Et ça tous les jours, et quand vous avez l'arrêt qui vous tombe- parce que là en plus la cellule elle avait des horaires quand même, assez long sur la journée, quand vous avez l'arrêt qui arrive à 18h et que vous dites non ce soir je voulais partir à 18h, bon bah vous êtes là jusqu'à 20h quoi.</p>	
--	--------------------------------	--	--

{La formation managériale du médecin chef de service}

le problème **c'est la formation des médecins**, c'est un peu comme les paramédicaux, nous on était infirmier, manager c'est un autre métier, ça n'a rien à voir avec le métier de médecin, donc si ils ne sont pas formés, accompagnés, et c'est là que je trouve qu'il est intéressant le binôme cadre médecin, **parce que le cadre, il a une expertise en management**, donc il peut apporter un regard neuf, des idées innovatrices au médecin, faut juste en fait que le médecin ne soit plus dans la toute-puissance, et qu'il accepte du cadre **un vrai travail d'équipe** et je dirais presque mais le mot va être fort ; **d'égal à égal** en fait.

De remettre de la symétrie dans la relation managériale, de la symétrie en mieux formant les médecins au management.

En mieux formant, et en faisant attention surtout en fait **dans le projet managérial je pense que c'est important d'avoir un projet managérial entre le cadre et le CS** parce que euh qui n'a pas connu en tant que cadre, un cadre qui donne des directives à ses équipes, les équipes vont pleurer dans les jupons du CS et là le CS arrive et dit au cadre mais ça va pas, ces petites infirmières sont venues me voir, en larme, pour dire ça ça et ça, c'est inadmissible, mais non mais vous compren- non stop on arrête.

{La communication et le dialogue : essentiels}

Donc rééquilibrer le dialogue, chacun dans son rôle, on parlait du parler du profil de poste tout à l'heure hein

En faite c'est- complètement, c'est vraiment en faite je dirais travailler conjointement en faite, vraiment, c'est ça, le niveau de communication alors dans la coopération y a plein d'éléments hein, mais y a la question de la communication, des entre euh voilà

La communication elle est essentielle en faite, on ne peut pas coopérer sans communiquer, et on

		<p>peut pas travailler ensemble sans communiquer, fin c'est la base.</p>	
<p>Identifier sur quelle stratégie managériale s'appuie le DG/CGS/CSP/CS pour promouvoir la coopération du binôme cadre-chef de service</p>	<p>-Stratégie et niveau de coopération avec le PCME/ pilotage médico-soignant ? -PSIRMT ? -Management, accompagnement de l'encadrement ? des chefs de service ? -Moyens utilisés pour prendre en compte les besoins et attentes des cadres (ligne managériale) ? des chefs de services ?</p>		<p>{La contractualisation interne, et délégation de gestion supports d'une gouvernance déconcentrée} Maintenant on revient plutôt en arrière les médecins voudraient une logique par service de délégation de gestion et d'enveloppe de pôles L'idée d'une contractualisation interne avec les services, suppose de mettre au pilotage du service pour de vrai entre guillemets un binôme chef de service cadre de santé, est ce que cela présuppose que l'on devrait contractualiser autour du projet de service ? Pour moi je vois plus la contractualisation au niveau d'un pôle, au niveau d'un service ça me paraît complexe. On le voit bien déjà avec les pôles, nous sommes dans des EPS il n'y a pas une compétition, on n'est pas dans le privé, donc tu as des pôles qui rapportent, tu as des pôles qui ne rapportent rien. Si tu veux donc à un moment ou à un autre il n'y a pas de raison que le pôle qui ne rapporte pas soit pénalisé et qu'il ait moins. Donc si tu veux c'est toute la complexité dans un hôpital d'arriver à avoir une entité on va dire commune et des valeurs partagées. Quelque part voilà il n'y a pas des pôles qui soient plutôt riches que d'autres parce que les autres font des missions de service publique donc c'est ça aussi qu'il faut prendre en compte. Et plus tu descends au mois dans l'échelon au niveau service, plus tu entretiens cette compétition et cette difficulté si tu veux. Et je trouve qu'encre le niveau pôle il n'est pas trop mal quand même. Cependant contractualiser avec des services ça me paraît plus compliqué, ça peut</p>

		<p>être la direction qui contractualise avec le pôle, et que le pôle lui après dans son organisation interne contractualise avec les services.</p> <p>L'enveloppe peut être donnée à un pôle et ensuite être finalement répartie au sein du pôle ça peut être aussi cela.</p> <p>Et c'est là où le chef de pôle retrouve toute sa mesure, en disant certains services on va mettre des règles parce qu'ils ont des activités qui rapportent beaucoup, eux ils ont des activités qui rapportent peu puis on fait une répartition pour que ce soit équitable. Mais pour moi c'est plus envisageable au niveau d'un pôle que d'un service d'un management déconcentré. Mais pour moi c'est quand même plus envisageable au niveau d'un pôle que d'un service</p> <p><i>{La coopération entre la gouvernance médicale PCME et la direction des soins, peut exercer une influence sur cette demande d'évolution de recentrage sur le service et le binôme cadre de santé ?}</i></p> <p>Normalement oui parce que logiquement le projet médical et le projet de soin doivent être déclinés dans les pôles. Donc logiquement le PCME et moi-même devront nous interroger avec les chefs de pôle et les cadres sup pour savoir comment le projet médical et le projet de soin sont définis, sont déclinés dans les pôles, et finalement comment ils sont déclinés dans les services. Le projet médical et le projet de soin sont plutôt un levier soin, pas médico-économique, de qualité et sécurité des soins. Le rôle du PCME c'est bien la qualité la sécurité des soins, et le rôle demandé à un coordo, c'est plutôt être dans la qualité et la sécurité des soins. Moi je vois le PCME régulièrement et on travaille ensemble les projets. La par exemple on doit créer une nouvelle unité pour la gestion des flux des patients, on travaille le projet ensemble.</p> <p>Ex. CH1 travail coordonné CGS-PCME-DG dépôt d'un dossier co-construit lors d'un appel à projet ARS.</p>
--	--	---

			<p>Management stratégique et coordonné PCME/CGS.</p> <p>Tous les deux nous discutons la vision stratégique : « où on veut aller, comment on va le décliner, comment on va le mettre en place ». J'échange régulièrement avec lui en colloques singuliers sans qu'il y ait forcément le chef d'établissement. Mon souhait aurait été qu'on se voit à trois aussi. Parce que lui il voit le chef d'établissement moi je le vois lui et le chef d'établissement, mais cependant nous n'avons pas de rendez-vous à trois.</p>
<p>Identifier la perception de l'évolution souhaitée par la loi RIST</p>	<p>{représentations}</p>	<p>« L'opportunité de requestionner la légitimité de la fonction cadre de santé, à condition qu'il y ait une vraie volonté institutionnelle »</p> <p>« Dans certains services, on voit qu'il y a un binôme qui existe déjà et en fait tu n'auras aucun changement à opérer parce que ça se fait déjà »</p>	<p>A qui s'adresse la loi RIST ?</p> <p>La place de chacun des acteurs est interrogée {La gouvernance de l'ES}</p> <p>La médicalisation je l'entend plus au niveau de la gouvernance d'un établissement, qu'au niveau des services de soins. La médicalisation et la place des médecins dans la gouvernance de l'établissement, pour moi c'est là où c'est un peu plus nouveau.</p> <p>Ok, voilà, moi j'ai envie de dire oui effectivement le chef d'établissement il a besoin d'asseoir sa gouvernance, alors après moi ce qui me dérange un peu c'est qu'il y a deux questions : est-ce qu'au niveau du territoire le chef d'établissement il a besoin de plus de médecins pour asseoir ses décisions {gouvernance territoriale}</p> <p>ou est ce qu'on renforce d'autant plus la place des chefs de pôles pour qu'ils fassent remonter les problématiques de terrain et des médecins notamment vers le chef d'établissement {gouvernance de l'ES}</p>

		<p>et à ce moment-là n'y a pas besoin d'agrandir non plus en termes de représentation le territoire ? Même si le PCME était déjà vice-président du territoire donc ça ce n'est pas nouveau non plus, alors c'est sûr qu'on a mis plus de médecin au niveau du territoire</p> <p>{gouvernance des pôles et services} Parce que si les chefs de pôles font remonter toutes les problématiques et jouent vraiment leur rôle de chef de pôle ils ont la capacité de faire remonter toutes les problématiques des médecins et des chefs de services, de leur pôle, pour éclairer la décision du chef d'établissement. (Et si tu fais un comparatif, à ce moment-là il faudrait qu'il y ait les cadres supérieurs de pôles qui viennent aussi en plus du directeur des soins. Donc s'il y a que le DS c'est bien que le DS soit capable aussi de faire remonter aussi les problématiques du terrain {la place du DS}) Tu vois si tu fais une comparaison, après je ne sais pas si on peut comparer mais c'est ça finalement, moi c'est ça que ça m'a renvoyé spontanément c'était {la place de chacun des acteurs}. Après l'autre question aussi est : est-ce que le DS il se situe en tant que directeur adjoint ou est ce qu'il est en tant que représentant de l'ensemble des soignants ? la question se pose aussi. Oui et puis peut-être qu'il est dans les deux champs. Oui, parce que si on pousse jusqu'au bout du comparatif le PCME il est censé faire remonter tout ce qui émerge des chefs de pôles, comme le CGS est censé faire remonter tout ce qui émerge des cadres sup de pôles. Donc finalement on devrait avoir qu'une gouvernance à trois. C'est ça, le fameux triumvirat. Si on va plus loin dans la gouvernance et si on veut à la fois les chefs de pôles et en plus les médecins chefs de service, se pose déjà la question du rôle du PCME {gouvernance médicale}. Alors ok il y a plus de monde pour étayer pourquoi pas, mais après la difficulté, je m'en rends compte si tu veux, en tant que CGS, faire</p>
--	--	---

		<p>remonter l'émergence des informations de tous les pôles qu'on peut avoir en gestion, c'est complexe aussi parce que tu n'es pas dans la connaissance fine des choses, donc c'est normal qu'il y ait un échelon un peu intermédiaire, et finalement on aurait pu aussi inclure les chefs de pôles et les cadres supérieurs de pôles au niveau du territoire {gouvernance de territoire}.</p> <p>Pour avoir finalement la vision complète d'un pôle, faut remonter au niveau de la gouvernance d'un établissement, ce sera plus une solution. Et moi j'aurais préféré parce que finalement c'était équitable.</p> <p>Mais on sait que la loi Rist elle a été faite entre guillemet pour les médecins et pour médicaliser aussi les médecins. C'est un sujet sensible et y a aussi une portée politique et un peu stratégique de la part des politiques si tu veux vis-à-vis de ça.</p> <p>{La gouvernance des pôles et services}</p> <p>Parce que moi la médicalisation au niveau des services de soins et des pôles elles existent déjà, il y a déjà des chefs de pôles et des chefs de services, donc pour moi la loi Rist est peut-être recentrée vers les chefs de services et leurs responsabilités alors renforcée dans la gouvernance. Elle est plus ou moins tournée vers les chefs de pôles, de faire plus pour les chefs de service pour redonner toute sa place au service.</p> <p>Quand on a remis en place les services avec la loi Rist, cela existait déjà avant, et avait été enlevé avec la loi HPST et la mise en place des pôles qui avait alors amoindri le rôle du chef de service. (le cadre de santé on n'a pas trop parlé de lui, on ne l'a pas vraiment changé). La loi Rist elle a réinterrogé la place du chef de service on est d'accord, mais la vraie question, que la loi Rist n'a pas vraiment réinterrogé, est la place du chef de pôle.</p> <p>Si on remet la place du chef de service c'est qu'on redéfinit les missions du chef de pôle.</p> <p>Avec la loi Rist, c'est la première fois que sont définies le chef de pôle et le chef de service. Elle stipule bien que le chef de pôle il s'entoure d'un</p>
--	--	---

			cadre sup, donc c'est la première fois qu'on parle du cadre supérieur de pôle.
<p>La loi RIST propose de recentrer la gouvernance au niveau du service, Identifier les impacts possibles</p>	<p>Au sein des pôles ? Au sein des services ? Au sein des équipes ? Vis à vis du patient, des parcours ?</p>	<p>C'est essentiel, quand je dis équipe je mets le chef de service et le cadre. Impact sur l'attractivité-fidélisation, tant pour les équipes, que pour le cadre. Mais aussi, pour les futurs PH qui deviendront chef de service. Donc pour moi il y a ces enjeux-là. Y a aussi un enjeu, c'est la satisfaction du patient, la qualité du service rendu. La qualité des soins, parce que pour moi, quand on est bien au travail, quand on se sent bien on fait des soins de qualité. Donc ça participe aussi- ça participerait aussi au bien-être au travail et à la QVT. c'est un élément de la QVT. C'est-à-dire remettre de la cohésion en remettant du pilotage, c'est ça l'idée. Un des éléments de la loi Rist et des différents rapport, c'est de remettre des rapports de communication ascendants, c'est-à-dire que l'information descendante ajd elle existe énormément</p>	<p>{Impact et recomposition des places des acteurs} la vraie question c'est redonner la place au terrain dans la gouvernance {c'est ça la volonté du Ségur}, il y a déjà les cadres et les chefs de services c'est un peu ça, et tu vois quand tu dis la place du coordo est ce que le CGS représente le terrain déjà ça c'est une bonne question ça {la place du DS} ? C'est là où il est intéressant ton travail c'est avec tout ce qui a été dit sur le Ségur et tu vois bien qu'en plus y a eu beaucoup de fois où le directeur des soins a été un peu oublié. {Impact sur la logique et le découpage des pôles} Tout dépend du projet de l'établissement et du projet médical (médico-soignant) Les logiques des pôles : est-ce une logique de copains ? est ce une logique de p'tite de guerre ? est ce que c'est une logique de parcours patient, est ce que c'est une logique de spécialités ? Il y a des chefs d'établissement qui se posent la question dans le cadre du projet d'établissement et médico-soignant, de requestionner leur périmètre de pôle j'en discutais hier avec une CGS d'un établissement psychiatrique et où ils ont revu le périmètre de leur pôle. En théorie les pôles ils peuvent changer tous les quatre ans, lors de la nomination du chef de pôle. Tu prends par exemple un service de SSR il peut être en chirurgie comme il peut être avec la gériatrie comme il peut être aussi avec la médecine. Tout dépend du projet de l'établissement et du projet médical surtout. Après ce qui compte c'est plutôt qu'il y est des bonnes synergies entre les acteurs et puis que finalement les choses fonctionnent bien. Parce que ça dépend si tu veux les gens ne se parlent pas et voilà, c'est plus facile de les mettre là où ils</p>

		<p>s'entendent que d'espérer qu'ils arrivent à s'entendre.</p> <p>L'enjeu en soi n'est pas le périmètre des pôles mais le fait que les personnes puissent travailler ensemble et s'entendre.</p> <p>Les changements des périmètres de pôle tous les 4 ans permettraient ils une meilleure synergie entre médecins ?</p> <p>(C'est comme le débat de dire faire des sous-hôpitaux, où les cadres de pôles doivent rester dans le pôle toute leur vie, un cadre de pôle il a des missions de pôle il peut changer de pôle tous les quatre ans. Si on faisait bouger les pôles tous les quatre ans, peut-être que les médecins se parleraient peut-être plus, puis ils se connaîtraient peut-être plus non ? On est capable d'entendre cela pour un cadre sup qui finalement tous les quatre ou huit ans va changer de pôle va faire de la médecine puis après va faire de la chirurgie, mais on ne peut pas l'envisager d'un point de vue managérial pas d'un point de vue pratique médicale. Ce qui importe finalement c'est la formation managériale des médecins managers.</p> <p>{Un fort engagement aujourd'hui du chef d'établissement et du PCME dans ce changement de paradigme entre guillemet, ou ce recentrage ?}</p> <p><i>(Oui, est ce que ton chef d'établissement actuellement impulse une dynamique en ce sens ?)</i></p> <p>Du fait de la loi Rist et donc tout ce qui a été mis en place, le PCME avec la direction des affaires médicales a renommé normalement tous les chefs de pôle et tous les chefs de service. C'est-à-dire « qu'il y a eu un toilettage qui a été fait au niveau de l'établissement pour définir déjà ce que c'est qu'un service, qu'une unité, qu'on définisse le vrai niveau » et il y a aussi un côté financier, les chefs de service ont une prime maintenant.</p> <p>Une unité ce n'est pas un service. Donc quand tu es responsable d'une unité, tu n'es pas chef de service pour autant. Quelquefois on a un service qui</p>
--	--	--

			<p>regroupe plusieurs unités. Le fichier structure a donc été toiletté/révisé, et doit être présenté en CME.</p> <p>Donc le niveau « service » a été redéfini, la composition du territoire elle a été revue aussi, car il y a eu de nouveaux médecins qui sont arrivés au niveau du territoire, donc oui ça a été revu. La formation managériale elle est en cours je crois qu'ils sont en train de sélectionner un organisme pour la formation managériale des médecins.</p> <p>{Impact sur la cohésion d'équipe, ambiance au travail, et l'attractivité du service}</p> <p>Donc voilà donc si tu veux la notion de chef de service et de cadre c'est comment au sein d'une unité tu créer des bonnes conditions pour accueillir des jeunes professionnels et accueillir des professionnels en mobilité. de mettre en place des projets, mettre en place des réunions, mettre en place la cohésion de l'équipe et tout ça fait que ça va être super attractif, les gens vont se battre pour aller dans le service, parce que y aura des projets, parce que y aura des staffs, parce que y aura des temps d'échanges, parce que y aura de la concertation, parce que les gens vont bien se parler, les gens vont se dire bonjour, et ça, si tu le travailles au niveau d'un chef de service et d'un cadre, ils vont tout gagner</p>
<p>Identifier si cela représente une opportunité en termes d'innovation managériale</p>		<p>NE</p>	<p>NE</p>

La responsabilité de la gestion de la chaîne d'approvisionnement est partagée entre tous les acteurs de la chaîne, du fournisseur au client final. Cette responsabilité est définie par le rôle de chaque acteur et par les attentes des clients. Les acteurs de la chaîne d'approvisionnement sont les fournisseurs, les producteurs, les distributeurs, les détaillants et les clients. Les attentes des clients sont les exigences des clients en matière de qualité, de prix, de délais et de service client. La responsabilité de la gestion de la chaîne d'approvisionnement est donc de répondre à ces attentes tout en minimisant les coûts et en maximisant la satisfaction client.

Un projet managérial est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes d'un projet managérial sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

Une dynamique de projet est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes d'une dynamique de projet sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

Le projet de gestion de la chaîne d'approvisionnement est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes d'un projet de gestion de la chaîne d'approvisionnement sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

La gestion de la chaîne d'approvisionnement est un processus de planification, d'organisation, de mise en œuvre et de contrôle des ressources humaines et matérielles pour atteindre des objectifs spécifiques. Les étapes de la gestion de la chaîne d'approvisionnement sont la planification, l'organisation, la mise en œuvre et le contrôle. La planification consiste à définir les objectifs, à identifier les ressources et à établir un calendrier. L'organisation consiste à structurer les tâches et à assigner les ressources. La mise en œuvre consiste à exécuter les tâches et à contrôler les ressources. Le contrôle consiste à surveiller les progrès et à ajuster le plan si nécessaire.

Les Facteurs D'Influence (Réussite, Echec)

Une vision et un engagement initial du projet par le client, le management et les gouvernements impliqués.

Une culture de confiance et de respect mutuel.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

La confiance est la base de la réussite d'un projet.

* Par contre moi, je connais des chefs de service, qui disent qu'ils n'ont pas besoin de cadre en fait parce qu'ils n'ont pas de cadre dans le service, ils ont qu'un qui ne fait de l'organisationnel au niveau RH, CCS CH3

(Dégager du temps aux cadres)

Institutionnellement, on trouve des leviers et des solutions pour « permettre de dégager du temps aux cadres dans les services sur tout ce qui est RH ». CCS CH3

Et pouvoir aussi avoir du temps pour travailler avec le chef de service et avec les équipes. CCS CH3

Comment territorialiser la gouvernance médicale ? (DG CH1) : embarquer les médecins (appui de la CMG et du PMSP)

Projet médico-soignant partagé (DG CH1)

La multiplicité des instances (* sites) en territorial (DG CH1)

Les Points De Vigilance

Recentrer le cadre sur ses missions

si on recentre le cadre au sein de son service, le cadre de pôle, du coup on va lui enlever certaines missions, du coup c'est réattribuer les missions de chacun, on fait c'est remettre chaque acteurs, au sein de ses missions. CCS CH3

Alors c'est une nouvelle cadre FF qui vient qui est faisant fonction et qui vient que pour 2 ans du coup, MCS CHU3

comme si le cadre était un élément perturbateur de la relation entre le médecin, les médecins du service, et les soignants du service, donc le turn over et la compétence des cadres, pour moi c'est un sujet le temps de la montée en compétence, que la relation s'installe, c'est ça et que s'installe - vis-à-vis des équipes, et vis à vis du- des médecins

voilà ils s'essouffent quoi parce que quand t'as un faisant fonction tous les 2 ans, in tu vois t'as du mal à inscrire une relation, du mal à donner de la continuité dans les projets CDS CHU3

Turn over des cadres

Formation au management pour les médecins HUGO Promotion 3



Programme des cours : 16,5 jours

Lieu des regroupements : EHESP Rennes

Semaine 9	MODULE 1 : FONCTIONNEMENT, ENJEUX D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MANAGEMENT STRATÉGIQUE Du mercredi 30 mars (13h30) au vendredi 1 ^{re} avril (17h) 2022	2,5 jours
Semaine 18	MODULE 2 : MANAGEMENT DE PROJET Du mercredi 4 (13h30) au vendredi 6 mai (17h) 2022	2,5 jours
Semaine 23	MODULE 3 : GESTION FINANCIÈRE ET MANAGEMENT DE LA PERFORMANCE Du mercredi 8 (13h30) au vendredi 10 juin (17h) 2022	2,5 jours
Semaine 35	MODULE 4 : MÉDECIN ET MANAGER Du jeudi 1 ^{re} (9h30) au vendredi 2 septembre (17h) 2022	2 jours
Semaine 41	MODULE 5 : MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES Du jeudi 13 (9h30) au vendredi 14 octobre (17h) 2022	2 jours
Semaine 46	MODULE 6 : LE MANAGEMENT D'UNE ÉQUIPE MÉDICALE Du mercredi 16 (13h30) au vendredi 18 novembre (17h) 2022	2,5 jours
Semaine 49	MODULE 7 : INNOVATION, CHANGEMENT STRATÉGIQUE ET COMMUNICATION Du mercredi 7 (13h30) au vendredi 9 décembre 2022 (17h)	2,5 jours

Ce planning est susceptible de modifications

FILIÈRE DIRECTEUR(ICE)S DES SOINS

Promotion 2022

**La coopération médico-soignante :
un enjeu managérial pour le directeur coordonnateur
général des soins****Résumé :**

La loi RIST visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification autorise le Directeur Général et le Président de la Commission Médicale d'Établissement, dans le cadre du projet d'établissement, à organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, alors approuvés par le Directoire. Redonner plus de liberté et d'autonomie aux ES, une place mieux reconnue à la communauté médicale, redonner de la souplesse et une plus grande proximité en recentrant l'organisation à l'échelon du service, et enfin renforcer la coopération chef de service-cadre de santé comme binôme managérial de référence en proximité, constituent les enjeux de la nouvelle gouvernance.

Est-ce un retour en arrière ? Un réel changement de paradigme ? Une opportunité managériale pour les gouvernances des ES ? Quelle est la place et le rôle de la DS ?

En quoi la stratégie managériale du directeur, coordonnateur général des soins, peut-elle contribuer à promouvoir le binôme chef de service-cadre de santé comme « attelage central » de la gouvernance de l'hôpital ?

Notre étude bibliographique et de terrain s'est attachée à explorer les enjeux, les leviers, les freins et les impacts, d'une part, de la nouvelle gouvernance médico soignante recentrée sur le service et, d'autre part, de la coopération managériale entre le chef de service et le cadre de santé.

Mots clés :

Directeur des soins - Gouvernance médico-soignante – Loi RIST – Rapport CLARIS – Coopération chef de service-cadre de santé – projet managérial – médecin manager – binôme managérial – projet de service