



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2005

**Directeur des soins
et Cadres de santé :
Collaborer entre
« bonne distance et juste proximité »**

Benoît DUCRET

**« La pierre n'a point
d'autre espoir que d'être
pierre, mais de
collaborer, elle
s'assemble et
devient temple... »
A. de Saint Exupéry**

Remerciements

A toutes les personnes, dont mes amis de promotion,
qui par leur aide, leurs conseils et leurs encouragements,
m'ont accompagné au cours de ce travail,

A mon beau père Etienne,
qui nous a dit
Au revoir

durant les jours de rédaction de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'HOPITAL, LIEU D'EXERCICE COMPLEXE ET SYSTEME EXIGEANT.....	5
1.1 Les postulats de l'analyse stratégique.....	5
1.2 Le concept d'organisation	6
1.2.1 Les organisations : définition et approche	7
1.2.2 L'organisation hospitalière, une bureaucratie professionnelle.....	7
1.2.3 ... nécessairement coordonnée.....	8
1.3 L'hôpital en mouvement.....	10
1.3.1 La négociation	10
1.3.2 Du changement par ordonnance.....	11
1.3.3 ...à l'innovation ordinaire.....	12
1.3.4 Du concept de projet au projet de soins	13
1.4 Des acteurs essentiels : le directeur des soins et les cadres de santé	15
1.4.1 Le directeur des soins	15
1.4.2 Les cadres de santé, acteurs centraux des équipes et relais du directeur des soins au plus près du terrain.....	17
1.5 Directeur des soins : manager entre motivation et mobilisation	19
1.5.1 Définition du management	19
1.5.2 Cinq critères d'appréciation du management en établissement de santé	21
1.5.3 Motivation ou satisfaction : ce qui nous pousse à nous mobiliser :	21
1.5.4 L'implication dans le projet de soins, une ressource à exploiter.....	23
1.5.5 L'autorité et la dynamique de l'autorité du directeur des soins	25
2 L'ETUDE DE TERRAIN.....	29
2.1 Le contexte de l'étude.....	29
2.1.1 Le Centre Hospitalier Universitaire :	29
2.1.2 Le centre Hospitalier Général :	30
2.2 La méthode de l'étude et ses limites	30
2.3 Les entretiens	31
2.3.1 Conception du guide d'entretien	31
2.3.2 Analyse des entretiens	32
2.4 Corrélations avec l'observation	40

2.4.1	Le CHU.....	41
2.4.2	Au CHG :.....	43
2.4.3	Observations générales et enseignements	44
2.5	Conclusion de l'étude de terrain.....	45
3	PROPOSITIONS D' ACTIONS ET RECOMMANDATIONS :	47
3.1	La communication, gage de proximité.....	47
3.2	La dynamique de la participation.....	49
3.3	La décentralisation, source d'implication	51
3.3.1	De la centralisation à la contractualisation	51
3.3.2	L'évaluation	52
3.4	Le sens de l'humain.....	53
3.4.1	La connaissance du milieu humain :	53
3.4.2	La recherche permanente du contact :.....	53
3.4.3	La vigilance par rapport aux attitudes :	54
3.4.4	L'engagement personnel	54
3.4.5	Le renforcement de la cohésion du groupe.....	54
3.5	Agir au présent, tourné vers l'avenir.....	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CERSO : Centre d'Etude et de Recherche en Sociologie des Organisations

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

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

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DS : Directeur des Soins

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

SSA : Service de Santé des Armées

INTRODUCTION

Réflexions liminaires

A l'hôpital, comme dans toute institution, le management est au cœur des rapports entre les individus.

Son existence n'est pas remise en cause pour la simple raison qu'il apporte une solution nécessaire au problème des relations entre les hommes et qu'il est indispensable à l'efficacité des groupes, tournés vers la réalisation du Projet institutionnel.

Toute équipe de direction ne peut aujourd'hui ignorer cette dimension managériale. Mais, pour être reconnu, le management doit refléter dans sa pratique les évolutions de chaque époque, si nombreuses à l'hôpital, et répondre aux attentes des individus, marqués par les caractéristiques de la société contemporaine :

Les progrès scientifiques et techniques ont influé directement sur les modes de vie, les mentalités et la hiérarchie des valeurs :

- L'instruction est à la portée de tous. Très tôt, les individus sont appelés à se forger une opinion sur toute chose, particulièrement dans leur sphère professionnelle. Les « directeurs » sont ainsi placés face à l'exigence, sinon d'une maîtrise des savoir-faire à appliquer, du moins de la connaissance sans cesse actualisée de l'évolution des pratiques, pour pouvoir anticiper, décider, déléguer, en un mot diriger.

- La relation au travail a changé. Celui-ci, s'il constitue toujours une valeur, est devenu un sujet de débat public. La recherche du « mieux être » conduit les individus à négocier le supplément de travail qui peut leur être demandé, par de nouveaux avantages.

- Avec les médias, vecteurs de proximité, chacun est désormais habitué à voir et à entendre s'adresser directement à soi les responsables de ce monde, de manière toute naturelle et si régulière. Toute la hiérarchie intermédiaire, jusqu'au cœur des institutions et des entreprises, perd de ce fait une partie des pouvoirs qu'elle pourrait tirer de la détention de l'information ou de sa place dans la chaîne verticale de management, dont l'exercice est inévitablement devenu plus complexe, et plus « participatif ».

Par ailleurs, paradoxalement et trop souvent encore, pour des questions de rationalisation et d'optimisation, les dirigeants ont tendance à relativiser l'importance des individus au profit d'un « collectif » réducteur finalement peu révélateur de la réalité, et à vouloir instaurer de la distance avec le niveau opérationnel.

Les établissements de santé, où de nouvelles normes viennent sans cesse qualifier et accroître les exigences de qualité, n'échappent pas à ces caractéristiques. Dans un contexte difficile, les personnels soignants doivent aujourd'hui se pencher sur leur pratique et donc davantage se remettre en question. *« L'Hôpital vit aujourd'hui une situation de malaise récurrent. Le désenchantement hospitalier se traduit au quotidien par*

le découragement de beaucoup d'hospitaliers... »¹ Par sa complexité et les évolutions qui le caractérisent, l'hôpital nécessite pour l'accomplissement de ses missions un management des ressources humaines tout particulier. « Les organisations, et en particulier l'hôpital, sont à la recherche de conseils en animation des services et des équipes, conseils qui ne peuvent être donnés qu'au regard d'une investigation du côté des comportements humains »². Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, est placé au cœur de cette préoccupation. En quelques décennies, le management de la direction des soins, hier service de soins infirmiers, s'est profondément modifié, ainsi que le profil de la population soignante.

Motivations pour ce travail et constat de départ

Nos motivations pour ce travail de mémoire reposent sur notre expérience professionnelle. Engagé il y a 20 ans dans le Service de Santé des Armées (SSA), nous avons bénéficié en son sein d'une mobilité réelle : D'abord comme infirmier, au Centre Hospitalier des Armées de Bühl en Allemagne, et à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) du Val de Grâce à Paris, puis comme cadre de santé après une formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) de Meaux, à l'HIA Sainte Anne de Toulon et enfin cadre supérieur de santé à l'HIA Legouest de Metz.

Notre pratique soignante puis managériale, en chirurgie, en médecine, au bloc opératoire que de nombreux stages pratiques et sessions de formation dans d'autres structures hospitalières, militaires ou civiles, sont venus étayer, s'en est trouvée enrichie et diversifiée.

Cette mobilité nous a apporté une bonne connaissance de la composante hospitalière du Service de Santé des Armées, constituée de structures de taille modeste et donc favorables logiquement, à une gestion de proximité. Elle nous a permis d'appréhender différentes méthodes managériales de plusieurs « Infirmiers Principaux », puis Directeurs des Soins et de vivre différentes situations de management des activités de soins. Selon nos affectations, nous avons pu bénéficier ou non -en tant que cadre de santé- d'un accompagnement, bien entendu très lié au positionnement du directeur des soins en place.

Nous avons constaté que le directeur des soins, particulièrement dans les petites structures, semble avoir une influence directe sur le dynamisme des équipes de soins, par ce qu'il est intrinsèquement et par ce qu'il entreprend auprès des cadres de santé. Une

¹ Intervention de monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé, lors d'une réunion avec les professionnels de santé, juin 2003.

² HART J., LUCAS S., *Management Hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2002, p.2.

juste combinaison de « savoir être », dont le charisme n'est pas exclu, et de « savoir agir », placée pour ce qui nous concerne dans le contexte du Service de Santé des Armées et de ses spécificités, conditionnerait la réussite de l'action du directeur des soins.

Les situations vécues lors des différentes situations rencontrées nous ont fait prendre conscience que le contact établi par le directeur des soins avec le terrain, alliant « juste proximité et bonne distance », ainsi que l'accompagnement des cadres de santé semble être un des atouts d'une coordination réussie autour du projet de soins. A l'inverse, nous avons observé que l'absence de projet de soins formalisé ou de commission constituée du service de soins, que la distance dans l'espace et le temps, la communication interne réduite à sa portion congrue (par exemple, pas de réunion des cadres de santé pendant près de deux ans) sont vecteurs de démotivation, d'impression d'isolement, de manque de repères pour les cadres de santé et, par voie de conséquence, de manque de dynamique pour les équipes.

C'est pourquoi, par ce travail de mémoire, nous souhaitons réfléchir plus avant sur cette thématique des conditions de la collaboration du directeur des soins et des cadres de santé, fondement d'une organisation et d'une coordination réussies des activités de soins. Cette réflexion semble d'autant plus opportune que la fonction de directeur des soins connaît actuellement des évolutions notables dans les Hôpitaux des Armées, et que se développent de nouvelles règles de fonctionnement des établissements de santé : contractualisation tant externe (avec l'ARH, ou la Direction centrale pour les structures du Service de Santé des Armées), qu'interne (gestion de proximité, centre de responsabilité).

Problématique

Ce constat nous a conduit à un questionnement sur les acteurs influençant la dynamique, l'implication des personnels soignants et des cadres de santé qui doivent toujours donner du sens à leur pratique. Pour cela, ils ont besoin de repères, de guides, sur le terrain... Quels sont les acteurs qui, à l'hôpital, peuvent modifier favorablement cette dynamique du « corpus soignant » ? Quel est le rôle du directeur des soins dans ce domaine ? L'évolution de la profession de directeur des soins –aujourd'hui membre de l'équipe de direction - entraîne-t-elle nécessairement une plus grande distance par rapport aux cadres de santé et au terrain ?... et surtout :

En quoi le rôle du directeur des soins auprès des cadres de santé peut-il influencer sur la dynamique du projet de soins ?

Hypothèses de travail :

Deux hypothèses d'explication ont été retenues, ouvrant chacune un champ de recherche différent et complémentaire :

Hypothèse 1 : L'implication des cadres de santé et la dynamique du projet de soins sont sous tendues par la création d'une collaboration véritable entre le directeur des soins et les cadres de santé.

Hypothèse 2 : L'implication des cadres de santé et la dynamique du projet de soins sont favorisées si le directeur des soins s'implique sur le terrain, dans une « bonne distance et juste proximité ».

Approche méthodologique :

La première partie de ce travail, théorique et conceptuelle, s'attachera à préciser – dans une approche sociologique stratégique- les concepts d'organisation, de coordination et de projet, rapportés au contexte hospitalier, avant d'aborder d'abord le rôle de deux acteurs essentiels, le directeur des soins et les cadres de santé, puis le concept du management. Elle s'appuie sur une recherche documentaire et bibliographique pour étayer le constat et apporter des références au cadre théorique (sociologie des organisations, motivation, projet, innovation, autorité...).

La deuxième partie, consacrée à l'exploitation et l'analyse d'un travail d'enquête, donnera la parole aux acteurs rencontrés (cadres de santé et directeur des soins) à l'occasion d'entretiens semi directifs, sans notion d'échantillon représentatif. Elles seront corrélées aux observations des stratégies managériales des directeurs des soins rencontrés au fil des stages effectués au cours de cette année de formation. Observations que nous avons portées sur un journal de bord.

La dernière partie de cette étude permettra, à la lumière des informations apportées et analysées dans le domaine qu'elle concerne, de formuler des recommandations ou propositions d'actions pour l'exercice de la fonction de directeur des soins, particulièrement dans les structures de taille modeste. Nous n'employons pas ici à dessein le terme de *solutions*. En effet, « *le monde hospitalier présente quelques particularités qui font qu'on ne peut lui appliquer à la lettre les préceptes du management. (...). Ces caractéristiques de l'organisation hospitalière plaident pour une élucidation permanente des jeux d'acteurs et de groupes d'acteurs, rendant toute prescription managériale inopérante si elle n'est pas accompagnée d'une démarche compréhensive, qui nécessite alors de mobiliser approches en sciences sociales et en sciences humaines.* »³

³ HART J., LUCAS S., Op. Cit., p.2

1 L'HOPITAL, LIEU D'EXERCICE COMPLEXE ET SYSTEME EXIGEANT

L'évolution de l'Hôpital et les progrès techniques associés aux attentes légitimes des usagers ainsi qu'aux exigences de qualité sans cesse réaffirmées, ont accru la complexité du travail hospitalier et rendu plus difficile la coordination entre tous ses professionnels. Le directeur des soins, de ce fait, est placé face à de nouveaux défis.

Les relever exige de lui, plus que jamais, de comprendre le fonctionnement de l'organisation dont il est pour une part responsable, par l'analyse stratégique et systémique, mais aussi de mesurer les impératifs de coordination et de coopération sans lesquels l'organisation hospitalière serait inopérante. Les cadres de santé, ses collaborateurs directs et indirects, constituent ses relais essentiels jusqu'au cœur même de l'acte de soin. Or, l'équipe que ces derniers constituent, notamment par le partage d'une même identité professionnelle, demande un management spécifique et adapté, dont le concept demande d'être exploré.

1.1 Les postulats de l'analyse stratégique

Le champ social de l'hôpital, en tant qu'organisation, peut être l'objet d'approches différentes : celle de la production de soins, de leur technicité croissante, des soignants ou de leur rencontre... Ces approches font l'objet de constats, et s'accordent avec différents postulats. L'analyse stratégique présentée par Erhard Friedberg⁴ propose en propose trois, essentiels et applicables notamment à l'organisation hospitalière :

- Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses propres buts et objectifs, qui ne divergent pas forcément de ceux des organisateurs. Par exemple, certains cadres de santé ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas appliquer trop rigoureusement certaines consignes du directeur des soins. Il y a là des objectifs différents, et donc pas de rationalité -de raisonnement- unique. Il en existe une multiplicité plus ou moins contradictoire qu'il faut nécessairement prendre en compte.
- Tout acteur, au sein d'une organisation, conserve une liberté relative, sorte de jeu autonome qu'il utilise plus ou moins. « *On ne peut comprendre le fonctionnement réel d'une organisation sans prendre en compte cette réalité –relative mais réelle- de la liberté de l'acteur. Ces autonomies se*

⁴ FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*. Revue Pour, n°28. Paris : L'Harmattan, 1988.

combinent dans les jeux de pouvoir, le pouvoir central essayant de contrôler l'autonomie des acteurs qui, à leur tour, tentent de lui échapper. »⁵

- Dans ces jeux de pouvoir, les stratégies sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée. Selon les stratégies des autres acteurs, les contraintes de l'environnement hospitalier par exemple, aucun soignant n'a le temps ni les moyens de trouver la solution la plus rationnelle dans l'absolu pour atteindre ses objectifs. De façon réaliste, il choisira plutôt celle qui est la moins insatisfaisante parmi plusieurs solutions possibles. Ainsi, chacun de son point de vue a raison, a une bonne raison d'agir, selon sa position dans le système. A l'hôpital, « *Cet accent mis sur la compréhension des acteurs et leur rationalité propres, correspond à une attente très forte de la part des personnels, attente d'écoute, de compréhension, de reconnaissance. »⁶*

1.2 Le concept d'organisation

La qualité du fonctionnement d'une organisation est l'élément qui conditionne aujourd'hui la compétitivité d'une entreprise, mais aussi l'efficacité de toute entité administrative, culturelle ou sociale.

« Le plus grand changement survenu à l'hôpital au cours de ces trente dernières années tient sans doute au fait qu'il est devenu une organisation (et souvent une grande organisation) au même titre que les autres, c'est-à-dire qu'il utilise maintenant, et dans tous les domaines, un grand nombre de professionnels très compétents chacun dans son domaine. »⁷ C'est jusqu'à la Direction des soins, hier Service de soins infirmiers, qui se trouve confrontée à cette multiplicité de professionnels, (hyper)spécialisés souvent, inscrits aujourd'hui dans une logique de filière d'origine. Le mode de fonctionnement de l'hôpital est en effet très différencié, marqué par une spécialisation en unités de production de soins, de traitements et de diagnostics. Du service de soins de médecine jusqu'au laboratoire de biochimie, de l'unité d'accueil des urgences jusqu'à la salle de réveil, ces acteurs a priori cloisonnés sont au contraire très dépendants les uns des autres pour accomplir leur mission de soins, en relation constante entre eux, structurée ou non.

⁵ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*. 5^{ème} édition. Points. Paris : Editions du Seuil, 1990, p.132

⁶ GONNET F., *L'hôpital en question*. Paris : Lamarre, 1992, p.345

⁷ GONNET F., Op. Cit., p.20

1.2.1 Les organisations : définition et approche

Le dictionnaire Robert définit une organisation comme la façon dont un ensemble est constitué en vue de son fonctionnement. Il l'associe à la notion d'ordre, de structure et de coordination.

Dans « L'acteur et le système », Michel Crozier et Erhard Friedberg exposent et étudient l'organisation comme un phénomène autonome, obéissant à ses propres règles de fonctionnement, non dictées par des contraintes extérieures. L'hôpital exige d'envisager un ensemble systémique, à l'intérieur duquel les différentes parties (de multiples petits systèmes) sont en interaction. Cette vision d'ensemble revêt une importance toute particulière, c'est-à-dire autant que celle de chaque partie considérée. Selon M. Crozier et E. Friedberg, le système est caractérisé par l'importance de ses parties, dont il constitue au final plus que la somme, dans un « construit » humain collectif et contingent, au sein duquel la liberté des acteurs, réelle et relative, intervient à tout moment.

La conduite d'un projet nécessite tout d'abord pour les acteurs concernés de communiquer entre eux, d'interagir. C'est le point de départ de ce que les sociologues dénomment « l'action organisée » : une nécessaire coopération entre plusieurs individus qui vont ensemble réaliser quelque chose. Ainsi, les acteurs hospitaliers sont placés dans l'obligation de négocier, de collaborer et d'ajuster continuellement leur activité propre à celle des autres. Cette coopération ne sera pas forcément harmonieuse, et pourra être porteuse de tensions. L'hôpital, lieu de coopération et de complémentarité, à cet égard, est un monde *sous tension*⁸ pour qu'à la fin, l'action collective du soin se réalise. Et l'action organisée sera féconde, si elle s'appuie sur une forme structurée d'organisation.

1.2.2 L'organisation hospitalière, une bureaucratie professionnelle ...

Selon Henry Mintzberg⁹, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle. Il distingue dans une entreprise, quelle qu'en soit la structure, cinq éléments de base :

- *Le centre opérationnel*, composé d'opérateurs dont le travail est directement lié à la production de biens et des services de l'organisation. A l'hôpital, il s'agit des unités fonctionnelles de soins et de diagnostic, où les opérateurs sont les soignants, médicaux ou non.
- *Le sommet stratégique*, dont les membres ont en charge des responsabilités très larges. Sa mission est de faire en sorte que l'organisation atteigne ses objectifs de façon efficace et qu'elle serve les besoins de ceux qui la contrôlent

⁸ Cours de sociologie, F.X SCHWEYER, ENSP

⁹ MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations. Paris : Editions d'organisation, 1982.

et qui ont pouvoir sur elle. A l'hôpital, il peut s'agir du chef d'établissement et de son équipe, dont le directeur des soins, ou des autorités tutélaires (ARH, DDASS,...).

- *La ligne hiérarchique*, qui assure le relais entre sommet stratégique et centre opérationnel. Elle se déploie du sommet jusqu'à la proximité, en confiant à un cadre de deuxième niveau la responsabilité d'un groupe de cadre de premier niveau, lui-même responsable d'un groupe opérationnel. Cette notion de hiérarchie sous-tend celle de subordination, et donc d'autorité. A l'hôpital, la direction des soins connaît notamment pareille structuration hiérarchique : les cadres de santé de proximité des unités de soins rendent compte de leur action aux cadres supérieurs de santé qui participent à leur évaluation. Les cadres supérieurs de santé exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur des soins.
- *La technostructure*, dissociée du travail en direct, est le moteur de la standardisation dans l'organisation en agissant sur le travail des autres. Il s'agit de ceux qui conçoivent les procédés de travail, planifient et contrôlent les opérations, déterminent les qualifications nécessaires. A l'hôpital, cette fonction est assurée par différents groupes d'agents soignants, administratifs et techniques. L'encadrement de deuxième niveau, en retrait de la production immédiate des soins participe à cette fonction. Il s'agit pour la direction des soins, des cadres supérieurs de santé, collaborateurs directs du directeur des soins pour le développement d'outils communs et dans certaines missions transversales. Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines agiraient plus sur la standardisation des qualifications, par la formation continue et le recrutement.
- *Les personnels de support logistique*, qui fournissent des services indirects, depuis le service du courrier jusqu'au service du matériel et service économique, au profit des unités du centre opérationnel.

1.2.3 ... nécessairement coordonnée.

L'organisation hospitalière présente les caractéristiques de toute organisation :

- l'existence d'une division des tâches,
- celle d'une hiérarchie, bien réelle même si sans doute moins prégnante que dans d'autres organisations, industrielles par exemple.
- l'existence de règles officielles et de procédures multiples, parfois prédominantes. Celles-là sont de plus en plus formalisées et exigeantes.
- la permanence et une stabilité relative, qui justifient les trois points évoqués précédemment.

L'hôpital n'est pas cependant un univers parfaitement cohérent et réglé. Il est au contraire, comme toute organisation, un champ de forces dans lequel cohabitent, et rivalisent souvent des compétences parfois divergentes quant aux objectifs à poursuivre et aux attitudes à adopter, autour desquels tous doivent coopérer. Les règles, les procédures n'occultent ni n'éliminent les échanges, les relations, de type alliance ou convention qui s'y nouent, pas plus que les conflits qui s'y déclarent.

La liberté et la stratégie de ses acteurs qui détiennent des pouvoirs formels ou informels face à des zones d'incertitude, leur rationalité propre conjuguée à la complexité et la forte différenciation du milieu hospitalier, nécessitent une coordination toute particulière de ses activités. Cette coordination est confiée notamment au directeur des soins au sommet stratégique, et au cadre de santé au niveau opérationnel de l'unité de soins ou du plateau technique. Selon A. de Saint Exupéry, *coordonner, c'est nouer mieux les diversités particulières, non les juxtaposer pour un ordre vain.*

J. Lorsch et P. Lawrence (1967)¹⁰ utilisent le concept d'*intégration ou de coordination*, qui est le processus destiné à instaurer une unité d'efforts entre les différentes attitudes existant au sein de l'entreprise, et entre les différentes unités. Plus les unités seront différenciées, plus il y aura besoin d'intégration.

Henry Mintzberg différencie les structures selon leur mode principal de coordination, qui peut selon lui se réaliser selon cinq procédés :

- *l'ajustement mutuel* : le travail est coordonné par le simple recours à un processus informel de communication entre les opérateurs,
- *la supervision directe* : une personne prend la responsabilité du travail des autres et en assure la coordination en fournissant des instructions,
- *la standardisation des procédés de travail* : la coordination est incorporée au programme de travail par spécification ou programmation du contenu des tâches elles-mêmes.
- *la standardisation des résultats ou des « outputs »* : la coordination est assurée par la normalisation de la production.
- *la standardisation des qualifications* : la coordination se fait indirectement par la normalisation des compétences des opérateurs, c'est-à-dire par la spécification de la formation requise pour l'exécution de telle ou telle tâche.

Ces procédés sont pleinement applicables sur le terrain hospitalier : La variabilité des pratiques, nuisible à la qualité des soins notamment, l'exige. La démarche qualité n'a de cesse d'encourager les professionnels à standardiser leurs savoirs et leurs pratiques

¹⁰ Cités dans *Introduction à l'analyse des organisations*, de Y.F. LIVIAN. Paris : Economica, 2000.

de soins, du service clinique au laboratoire d'analyse, où la qualité du rendu des résultats passe par leur standardisation.

Cette standardisation des savoirs et des comportements est bien sûr une résultante de la formation initiale des soignants. On comprend mieux dès lors les appréhensions et les résistances de l'encadrement soignant face aux changements de programme des études, mais aussi la nécessité d'une formation continue performante.

Par ailleurs, la supervision directe, l'encadrement de proximité par le cadre de santé –coordonnateur premier-, et l'ajustement mutuel entre professionnels sont à l'hôpital des notions bien prégnantes, au sein même d'une unité fonctionnelle. Elles se traduisent toujours dans la négociation entre les acteurs concernés.

1.3 L'hôpital en mouvement

1.3.1 La négociation¹¹

La négociation a marqué profondément l'évolution des sociétés humaines depuis la nuit des temps. Elle constitue un élément caractéristique de la relation entre les hommes, depuis leur plus jeune âge, qui négocient pour demander, pour obtenir, pour s'opposer à autrui ou au contraire s'associer. La négociation est au fil du temps devenue également un fait marquant de la relation entre les individus au sein des organisations et des entreprises.

En milieu hospitalier, qu'il s'agisse de la relation « soignant soigné », de la relation avec les usagers, de la réalisation des plannings mensuels de travail, du projet de service ou de tout processus de changement, il y a lieu de négocier. Les négociations y sont permanentes, certaines aboutissent pendant d'autres naissent et se constituent, obéissant à des schémas bien établis, et non pas au hasard. La construction et la reconstruction de l'ordre des choses sont en effet le fruit d'un processus presque systématique de négociation et celui d'une évaluation régulière. Les cadres de santé, dans un contexte de travail et de relation hiérarchique, y sont une fois encore les premiers confrontés.

Or, malgré cette caractéristique de processus de négociation, nonobstant le fait que l'Hôpital demeure une structure lourde, adaptée à une production de soins standardisée, il avance et s'adapte. En effet, paradoxalement, il est sans cesse en mouvement, par la nature même de ses missions de soins techniquement en pleine évolution, par la volonté des usagers exigeant toujours davantage (et souvent légitimement), par celle des soignants, médicaux ou non, « d'aller de l'avant » et de

¹¹ WALDER F., *Saint-Germain ou la négociation*. Paris : éditions Gallimard, 1958. 195 p

progresser, ou encore par celle du législateur. I est habitué à innover, c'est-à-dire à introduire quelque chose de nouveau dans son organisation.

1.3.2 Du changement par ordonnance ...

Le changement et l'innovation, volontaires ou non (injonctions), conscientisés ou non, s'effectueraient donc autour d'axes tels que celui de la technologie et de la science médicale, ou celui de son propre fonctionnement.

En externe, l'accroissement du nombre de partenaires dans le cadre des groupements de coopérations sanitaires ou le développement des réseaux de santé entraînent de nouvelles exigences. Dans ce contexte de la coopération externe, c'est la reconnaissance même de l'établissement qui est en question. Ainsi, un manque de coordination interne, traduite par exemple dans le non respect de rendez-vous d'hospitalisation ou d'examens, un mauvais retour à domicile, un prise en charge de la personne soignée peu adaptée et personnalisée, etc., contribueront à discréditer l'hôpital concerné.

En interne, les modalités de l'application du principe de la nouvelle gouvernance précisée dans l'ordonnance du 2 mai 2005¹², viennent modifier considérablement le fonctionnement de l'Hôpital. Les établissements de santé autres que les hôpitaux locaux y sont invités à établir des *procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activités, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur*, fruit d'un contrat négocié entre le directeur d'établissement et le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité. À l'hôpital, cette idée de décentralisation des décisions, de délégation de gestion, de responsabilisation a, fait son chemin depuis une décennie.

Les Contrats d'Objectifs et de Moyens en interne semblent être une idée forte, portée jusqu'au plus haut sommet de l'état. Monsieur le Président de la République, à cet égard, déclarait en 1998 : « *La réforme (1996) a mis en place de nouveaux instruments et de nouvelles méthodes... Je pense aussi à la contractualisation interne, pour renforcer l'implication des équipes soignantes.... C'est le pari de la confiance et de la délégation. L'expérience prouve qu'il est souvent gagnant. ... des contrats internes aux hôpitaux, pour faire bouger l'organisation des services et mieux répartir les responsabilités... .* »¹³

¹² Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹³ Extrait de l'allocution de Monsieur le Président de la République, prononcée à l'occasion d'un déjeuner offert aux représentants de la communauté hospitalière le 28 mai 1998.

En effet, aujourd'hui, pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux peuvent définir librement leur organisation interne dans le respect des dispositions réglementaires de ladite ordonnance, et créer des véritables centres de responsabilité que sont les pôles d'activité. Les responsables de ces pôles, médecins praticiens hospitaliers titulaires, sont assistés selon les activités de ces pôles, par une sage femme cadre de santé ou un cadre de santé (il n'est pas précisé cadre supérieur de santé) pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif.

Ainsi, les cadres de santé sont amenés à prendre de nouvelles responsabilités dans la gestion interne de l'hôpital et à s'engager au sein d'une forme de triumvirat responsable, dans une dynamique véritablement contractuelle avec la Direction de l'établissement, dont le directeur des soins fait partie.

Il s'agit là d'un nouveau défi pour l'Hôpital en terme d'adaptabilité, certes contraignant pour son organisation, et dont les enjeux sont forts en terme de pouvoir, d'économie et d'efficience, mais aussi d'un challenge qu'il faut emporter.

1.3.3 ...à l'innovation ordinaire

Norbert Alter, professeur de sociologie à l'Université Paris IX (Dauphine) et directeur du Centre d'Etude et de Recherche en Sociologie des Organisations (CERSO), élabore une théorie originale basée sur l'idée que c'est désormais le mouvement, bien plus que la stabilité, qui caractérise les situations de travail¹⁴. L'organisation devient plus une trajectoire, charriant pêle-mêle des éléments hétéroclites et contradictoires, luttant contre elle-même dans une forme de désordre permanent. Selon lui, « *les entreprises sont tiraillées entre leurs contraintes d'organisation et d'innovation, entre la nécessité de planifier et celle de vivre l'aventure* ». Ainsi, l'absence de stabilité provoque l'exacerbation de l'activité professionnelle qui déploie des inventions visant à encadrer l'action collective et répondant aux normes de la « dirigeance ». C'est alors, plus que l'ordre, le désordre qui caractérise le fait organisationnel.

Issue d'un conflit avec l'ordre et objet d'appropriation critique, l'innovation serait, de plus, une action non logique parce que, en pratique, le décideur ne peut disposer de l'ensemble de l'information nécessaire, dans une limite objective de la rationalité. Cette rationalité est par ailleurs limitée par les normes sociales, les jugements moraux, les investissements subjectifs. Ainsi, nombre de décisions non logiques ne sont pas seulement explicables par le seul fait du manque d'information : la décision

¹⁴ Norbert ALTER, *L'innovation Ordinaire*, Presses Universitaires de France, 2000 (Les fiches de lecture de la chaire DSO/Conservatoire National des Arts et Métiers : B.LEBEAUPIN, Diplôme d'Etudes Approfondies), 30 p.

d'entreprendre (d'innover) est d'abord issue du plaisir de l'action, complété notamment par la volonté d'imposer des vues nouvelles.

L'innovation remet en cause l'organisation en visant la rationalisation du travail. Elle suppose non seulement de croire (*je crois, sans pouvoir le prouver, que ce que je propose est bénéfique, ou je le crois parce que d'autres le font*), mais elle suppose également de transgresser l'ordre établi, réclamant des dirigeants une attention toute particulière. La trajectoire d'une innovation dépend surtout des raisons pour lesquelles les acteurs sont amenés ou non à s'en saisir, à lui donner du sens, devenant ainsi des « passeurs ». Ce passage, ce mouvement est, somme toute, un fait banal, quotidien, *ordinaire*, qui suppose un investissement en travail, en action, et une identité de la part d'un grand nombre d'acteurs.

Cette théorie originale mérite d'être prise en compte par les équipes de direction des hôpitaux, parmi lesquelles les directeurs des soins, amenées législativement à concevoir et à formaliser des projets d'établissement. Ces directeurs des soins sont appelés nécessairement à réfléchir avec les cadres de santé sur les stratégies de changement, à identifier les capacités d'un ensemble à évoluer, aujourd'hui dans le contexte de pôles d'activité.

1.3.4 Du concept de projet au projet de soins

Levier majeur du management, le projet (formalisé) est un outil vivant qui permet de savoir où l'on est, de savoir où l'on va. Outil vivant parce qu'adaptable aux contraintes extérieures et ressources nouvelles, « *le projet est une intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur.* »¹⁵.

En effet, fondé sur des valeurs conceptuelles mais aussi pragmatiques, ainsi qu'en fonction d'exigences réglementaires et institutionnelles, le projet permet au cadre de santé comme au directeur des soins, dans les moments de doute, d'argumenter auprès de son équipe et de prouver la mesure de ce qui a été réalisé. « Voyez ce que nous avons fait ensemble, voyez ce qu'ensemble nous visons et quel chemin nous devons parcourir ! ».

La notion de projet en établissement hospitalier est introduite par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Elle a été réaffirmée dès l'article 1 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, et très récemment, par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Son article 6143-2 précise en effet que le projet d'établissement définit,

¹⁵ BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*. 2^{ème} édition. Paris : PUF, 1993, p.23

notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement et qu'il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques. L'élaboration du projet de soins, au niveau institutionnel, avec l'ensemble des professionnels concernés, sa mise en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité, relèvent règlementairement du directeur des soins.

De plus, conséquemment à l'application de la nouvelle gouvernance, il précise que le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique élabore avec le conseil de pôle, un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Ce projet doit comporter en outre des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'activation des pôles d'activité, au périmètre bien défini, avec leur chefferie propre, investis d'une délégation de gestion (certes dans le cadre d'une contractualisation interne), avec leur projet propre (dans le cadre du projet d'établissement), a conduit certains à augurer une balkanisation de l'hôpital. Pour ce qui concerne le projet de soins, on peut effectivement craindre une forme de cohabitation entre Projet de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques, et projets de soins des pôles, plus autonomes que ne l'étaient hier les services. De plus, l'ordonnance du 2 mai 2005 a fait disparaître la notion de Service de soins, vecteur de cohésion et élément fédérateur de la politique de soins.

Cette activation des pôles nécessitera en tout cas des ajustements mutuels et, de la part du directeur des soins et des cadres de santé, une collaboration et une coordination véritables, en vue d'assurer cohérence et cohésion pour une démarche d'ensemble et non parcellisée. Il s'agira bien, au cours d'un trajet, d'une *trajectoire*, parfois semé d'embûches, de *nouer mieux les diversités particulières et non de les juxtaposer pour un ordre vain*. La cohérence et la conduite efficace du projet dépendent en effet de la complémentarité des métiers, au service du patient : professionnels de santé, techniciens, biomédicaux, logisticiens.

« *Projet et trajet sont indissociables. Le trajet du projet, c'est la construction progressive d'une démarche intégrative des obstacles extérieurs et/ou des contradictions intérieures. On oublie trop souvent qu'un projet est un long parcours et pas seulement un résultat final.* »¹⁶ . Le cheminement sous tendu du projet, sa conduite au sein d'une organisation marquée par le phénomène d'innovation ordinaire, consiste en une

¹⁶ LHOTELLIER A. « Le travail méthodique de projet ». *Education permanente*, 1986, n°86, p.70.

valorisation de chacun des moments, mais aussi des acteurs, dans leur singularité, leur différence et leur nécessaire coordination.

1.4 Des acteurs essentiels : le directeur des soins et les cadres de santé

L'analyse stratégique nomme acteurs les membres de l'organisation. Cette notion d'acteur implique que l'individu est toujours actif dans le sens où il influence la situation dans laquelle il se trouve, marquée par des zones d'incertitude, c'est-à-dire non prévues par les statuts, les règlements, les organigrammes. Leur maîtrise, par le savoir, la compétence notamment, confère *de facto* un pouvoir réel, qui peut se superposer au pouvoir formel, plus ou moins selon les ajustements mutuels.

La réalisation de l'action collective du projet de soins, au sein de l'organisation hospitalière repose notamment sur la mobilisation et la collaboration de deux acteurs, certes dans un contexte hiérarchique bien défini : le directeur des soins et les cadres de santé. :

1.4.1 Le directeur des soins

➤ Un exercice réglementé.

La création du corps des directeurs des soins, est le fruit d'une longue évolution statutaire. Depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les infirmiers généraux étaient reconnus comme membres de l'équipe de direction et occupaient une direction fonctionnelle placée sous l'autorité du chef d'établissement, celle du service de soins infirmiers, exclusivement.

Devenus directeurs des soins, ils ont vu leur champ de compétence recouvrir aujourd'hui non seulement la filière infirmière, mais aussi les filières de rééducation et médico-techniques. Dans une logique de continuité après la réforme de la formation des cadres de santé de 1995, ce corps est désormais accessible quelle que soit la filière d'origine.

L'article 6146-9 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 précise que dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur. Ce directeur des soins est de plus président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques, composée de différentes catégories de personnels.

La place du directeur des soins, coordonnateur général des soins, au sein du conseil exécutif prévu par la nouvelle gouvernance n'est pas nommément précisée, ce qui a pu provoquer émoi et inquiétude chez les directeurs des soins quant à leur conditions d'exercice. Mais « *ce fait ne constitue pas un obstacle à leur exercice. Les directeurs des*

soins se sont mobilisés pour avoir une place nommément définie dans l'équipe de direction .Ils l'ont obtenue. Il ne peut en être de même pour ce qui concerne le conseil exécutif, pas plus pour eux-mêmes que pour d'autres directeurs. Mais il me semble justifié, naturel, qu'ils y siègent, et c'est par la reconnaissance de leur compétence qu'ils y siègeront. »¹⁷

L'article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière précise lui aussi la place de ces acteurs au sein des équipes de direction, ainsi que leur autorité déléguée par le chef d'établissement sur l'ensemble des cadres de santé.

Il en fixe de plus les missions :

« Il (le directeur des soins) coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins (...) et en assure l'animation et l'encadrement.

Il élabore avec l'ensemble des personnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.

Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services (...) à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins.

Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation.

Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. (...).

Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques. (...). »

Le nombre de directeurs des soins est variable –un ou plusieurs - d'un établissement de santé à un autre. Cette variabilité est liée à la taille de l'établissement considéré. Un CHU en comportera plusieurs, dont un coordonnateur général des soins.

➤ **Un exercice diversifié, jusqu'au niveau opérationnel**

Par sa place reconnue et réaffirmée au sein de l'équipe de direction, le directeur des soins occupe bien un niveau lié à la **politique** et la **stratégie** de l'établissement, puisque chargé de l'élaboration d'un projet impliquant directement l'action de près de 70% des personnels, et participant à la conception, l'organisation et l'évolution des services et activités de soins. Sa place se situe là à un niveau très supérieur dans la chaîne fonctionnelle hiérarchique et son rôle, dans chacun des points évoqués plus haut, est un rôle dans lequel la **prise de décision** revêt toute son importance : affectation des personnels, formation, évolution des services et des activités de soins, ... Elle nécessite

¹⁷ Intervention de monsieur le Directeur général du CHU de Nice, le 29 juin 2005 à l'ENSP.

une **bonne connaissance des problématiques rencontrées sur le terrain**, parfois **au plus proche de l'action sans en être au coeur**, et donc une bonne information, relayée par les cadres de santé, ou recueillie directement, pour assurer un pilotage performant des activités de soins et constituer une véritable force de proposition au sein de la dynamique décisionnelle.

De plus, la conception du projet de soins par le directeur des soins est bien conditionnée par la participation de l'ensemble des professionnels concernés (ce qui est large), et implique donc un management participatif pouvant exiger une certaine proximité du terrain. Le rôle du directeur des soins, en ce sens, ne pourrait se concevoir qu'en lien direct, plus ou moins étroit, avec la base opérationnelle et donc, au minimum, avec les cadres de santé de proximité.

1.4.2 Les cadres de santé, acteurs centraux des équipes et relais du directeur des soins au plus près du terrain

A l'hôpital, les agents du grade de cadre supérieur de santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à **encadrer des cadres d'unités fonctionnelles**, services, départements ou fédérations des établissements, à exercer l'encadrement de services, départements ou fédérations, compte tenu de l'activité, des techniques ou des effectifs des personnels de ces structures. Ils peuvent aussi exercer des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement¹⁸. Si cette fonction constitue un maillon essentiel du management de la direction des soins dans les grandes structures hospitalière surtout, ce travail de mémoire ne s'y attache pas prioritairement. Cette fonction, dans les établissements concernés et qui sont de taille importante, connaîtra de plus probablement à l'avenir des évolutions majeures, au coeur des pôles d'activité, créant à une autre échelle une nouvelle forme de proximité opérationnelle. Au carrefour des exigences et des logiques médicales, soignantes, administratives et des jeux de pouvoir, les cadres de santé dits de proximité, nous l'avons vu, sont en position hiérarchique directe avec les cadres supérieurs de santé. Les agents du grade de cadre de santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements, ou des missions communes à plusieurs services, ou encore de chargé de projet au sein de l'établissement¹⁹.

¹⁸ Décret 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

¹⁹ Id.

Ces soignants sont dits de proximité car toutes leurs fonctions s'exercent au plus proche du système de soins opérationnel, c'est-à-dire les équipes soignantes, les médecins, les étudiants, différents partenaires interne tels la diététicienne, l'assistante sociale, ou externe comme l'équipe mobile départementale de soins palliatifs, par exemple. Ces **cadres de proximité** sont aussi près des patients, et en relation avec leurs proches, en bout de chaîne, **au cœur de l'action**, face à des impératifs de gestion du temps réclamant souvent, sinon l'immédiateté, du moins une grande promptitude. Ils sont de plus, souvent, les seuls à avoir une vision globale de leur service, et permettent le passage du projet stratégique au projet opérationnel, constituant ainsi des **relais pour le possible**.

Il arrive que les cadres de proximité soient en situation de vulnérabilité parce qu'*anciens de l'équipe*. Ne leur est-il pas plus difficile dès lors, de dépasser leurs solidarités d'hier pour exercer pleinement leur responsabilité nouvelle d'encadrement, et de se rapprocher de l'équipe de direction ?

Selon Josette HART et Sylvie LUCAS dans *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*, le cadre de proximité occupe différentes positions au sein de l'organisation hospitalière :

- Celle d'acteur central de sa filière professionnelle. Par ses actions, il rend visible le travail des soignants. Il informe les cadres supérieurs et le directeur des soins de ce qui se passe sur le terrain, éclairant de ce fait leurs choix stratégiques. « *Raisonnement ainsi contient l'idée que les échanges hiérarchiques devraient se faire dans les deux sens, que cette conception du management rompt avec les modes hiérarchiques descendants et redistribue les jeux de pouvoirs en définissant la place de chacune des strates dans un but de structuration de la filière* ». ²⁰
- Celle de régulateur du fonctionnement du système de travail, n'étant plus dispensateur direct de soins. Cette position lui confère un pouvoir qui l'aide à contrôler les flux d'activité de son service. En dépend *in fine* la gestion de l'organisation des soins dont il est responsable. L'influence des cadres de santé, grâce à leur position d'observateurs et grâce à l'analyse des intérêts et des enjeux en cause, réside aussi dans l'identification, le discernement des zones d'incertitudes dues à l'imprévisibilité des comportements d'acteurs. Les théories managériales acquises en IFCS ne suffisent pas à l'exercice de leur fonction, il leur est souvent nécessaire d'adopter des solutions inscrites dans une logique de situation, relevant souvent de la débrouillardise, de l'ingéniosité et de l'astuce, d'autant plus aisément mises en pratique que leur expérience est importante. De

²⁰HART J., LUCAS S., op.cit., p.XVI

plus, par leur position de « marginal sécant » ou de portier²¹, *ayant un pied dehors et l'autre dedans*, ils interfèrent également avec les acteurs externes de la politique institutionnelle, et deviennent en quelque sorte les traducteurs de cette politique.

- Celle de maillon du management hospitalier, dans la mise en œuvre des projets institutionnels puisque c'est à leur niveau que l'opérationnalité s'exerce, que les projets s'évaluent, que la qualité et la charge de travail se mesurent, ainsi que la satisfaction des personnes soignées et des personnels soignants. Les cadres de proximité, *créateurs de l'esprit des lieux*, constituent de véritables leviers de changement.

Forts de ces différents postures, les cadres de santé supérieurs comme de proximité, donnent -chacun à son niveau- les ressources nécessaires au travail et aux bonnes conditions de travail des équipes. Ils sont les garants des règles institutionnelles et travaillent, avec le corps médical, au positionnement de leur service au sein de l'hôpital. Leaders des équipes soignantes, ils s'emploient à la reconnaissance et au développement des compétences de leur équipe, par la formation continue, l'intégration des nouveaux et des stagiaires. Par leur bonne perception des jeux d'acteurs et de leurs intérêts, ainsi que de leurs enjeux, ils sont en mesure d'anticiper et de concevoir des projets nouveaux, contributifs au projet plus global de la direction des soins.

Les cadres de proximité sont donc partie prenante des enjeux du management. Le directeur des soins, comme toute l'équipe de direction, doit clarifier, prendre en compte avec attention leur place dans le management global de la direction des soins, au sein de l'institution.

1.5 Directeur des soins : manager entre motivation et mobilisation

L'organisation hospitalière, comme tous les systèmes humains, est en perpétuelle quête d'équilibre. Les jeux s'y font et s'y défont, dans une lutte d'influence entre recherche de l'ordre, de la stabilité et de l'innovation. L'émotion, liée aux missions mêmes de l'Hôpital s'y mêle. Elle s'oppose à la standardisation des comportements. Rien n'y est acquis, n'y définitivement gagné et le management, mêlé de fragilité, ne s'y décrète pas.

1.5.1 Définition du management

Les dictionnaires consultés nous donnent pour définition du management qu'il s'agit de l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion d'une

²¹ FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*. Revue Pour, n°28. Paris : L'Harmattan, 1988, p.40.

entreprise. Henry Mintzberg propose cette autre définition : « *le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation, essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités* ». A l'hôpital, le management consiste à conduire l'action collective dans la cohérence avec les attentes des usagers, des personnels, et la compatibilité avec le projet d'établissement et les orientations régionales de santé.

Le directeur des soins est totalement impliqué dans le management hospitalier, particulièrement dans son aspect humain par le management d'une équipe de cadres de santé, au service de l'organisation des soins et pour leur coordination.

Ce management est ici entendu comme l'ensemble des actions d'encadrement et de gestion du contexte que constitue cette équipe, et non comme la simple définition et manipulation de ses composantes. Il implique de considérer l'ensemble des cadres de santé comme un système complexe et dynamique : comme dans tout groupe, les cadres de santé sont bien souvent interdépendants, influencés par le contexte de la direction des soins et plus largement de l'hôpital (organisation par pôle ou fédération, activité, sens et contenu des projets,...). Ils partagent une même fonction d'encadrement, une même discipline (la gestion des soins), et relèvent de la même autorité hiérarchique.

Cet ensemble exige de plus de multiples analyses : les cadres de santé ont leurs processus psychologiques propres (intra individuels), leurs personnalités, leurs relations inter individuelles (affinité, alliance,...), mais aussi leur organisation et leurs convictions, à relier souvent à leur cursus, leur expérience, et à leur formation en IFCS.

Le travail de management du directeur des soins consiste à trouver un équilibre entre trois champs :

- celui de la mémoire, qui donne du sens et crée le « nous » pour agir,
- celui de la communication, qui crée le ciment symbolique, bien différent des règlement et facteur de cohésion,
- celui de l'innovation, évoquée plus haut et qui nécessite une appropriation par les personnes, et donc un travail sur les représentations - la sienne et celle des équipes de travail.

1.5.2 Cinq critères d'appréciation du management en établissement de santé

La direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, émanation de la Haute Autorité de Santé (HAS), met en avant un verbatim de mots-clés permettant de caractériser un « bon responsable » : ²²

- ✓ *Capacité à négocier,*
- ✓ *Capacité à contracter en interne et en externe,*
- ✓ *Capacité à responsabiliser les acteurs,*
- ✓ *Capacité à motiver,*
- ✓ *Capacité à obtenir et à partager des informations fiables.*

Il est admis que le responsable d'une organisation a pour mission de réaliser les objectifs assignés à cette organisation et que, pour cela, il s'assure que l'objectif est partagé par les membres de celle-ci. Il motive et entraîne les acteurs à la réalisation des objectifs de l'organisation par la mobilisation.

1.5.3 Motivation ou satisfaction : ce qui nous pousse à nous mobiliser ²³:

La motivation est une dimension essentielle du management bien qu'elle soit difficile à définir. Elle diffère de la mobilisation qui est un phénomène externe et collectif, et qui constitue un processus de soutien de l'action et permet de rassembler et de dynamiser les énergies. Il est plus aisé de mobiliser les individus que de les motiver.

Il n'existe pas de modèle type de management de la motivation, qui ne peut, de plus, faire l'objet d'une procédure. Le directeur des soins doit cependant approfondir sa réflexion sur cette question, et s'imprégner de certaines approches théoriques, s'il veut *in fine* pouvoir mettre en œuvre le projet de soins avec l'ensemble des personnels concernés, et coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins. Car quel que soit le type de type d'organisation, c'est toujours la capacité à motiver qui conditionne la performance. La motivation des personnels, en effet, est un long processus, qui se construit au fil du temps, et qui doit tenir compte des attentes des individus autant que des différents secteurs concernés. « *Réfléchir sur la motivation, c'est*

²² HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. 2005, p.8

²³ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*. 5^{ème} édition revue et corrigée. Points. Paris : Editions du Seuil, 1990. p.85-96

avant tout réfléchir sur les valeurs et le sens de l'action, s'interroger davantage sur le pourquoi des choses que sur le comment. »²⁴

La motivation est un phénomène interne et individuel, produit par un ensemble de facteurs déterminants, qui amène l'individu à s'engager et à réaliser une action. Elle oriente les comportements vers un objectif déterminé. De nombreux chercheurs, depuis Abraham Maslow (théorie des besoins), ont cherché à bâtir des modèles théoriques de référence dans le domaine de la motivation au travail.

Arrêtons nous sur deux d'entre eux :

✓ La théorie des deux facteurs de Frederick Herzberg :

Théoricien de la motivation et l'un des premiers à avoir analysé la motivation dans les situations de travail, à étudier les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction, Frederick Herzberg, en 1959, complète l'approche d'Abraham Maslow en élaborant la théorie des « deux facteurs » susceptibles de déclencher la motivation : les *facteurs moteurs* qui se rattachent au contenu du travail, et les *facteurs d'hygiène* ou d'ambiance qui se rapportent au contexte du travail.

- Les *facteurs moteurs* ou valorisants, tels que, notamment, la reconnaissance, le niveau de responsabilité, l'autonomie accordée, l'avancement créent la satisfaction mais leur absence n'induit pas un niveau élevé d'insatisfaction ou de mécontentement. Ils entraînent des changements d'attitude durables s'ils sont satisfaits.

- Les *facteurs d'hygiène* ou d'ambiance, facteurs de mécontentement s'ils sont absents ou déficients, sont notamment le revenu, la politique organisationnelle et la supervision technique, la politique de gestion des ressources humaines, le supérieur hiérarchique, les relations entre les personnes et les conditions de travail.

Pour Herzberg, le véritable ressort de la motivation concerne la nature du travail et non sa rétribution, qui réduit l'insatisfaction sans exercer forcément une fonction motivante. La motivation au travail serait ainsi renforcée en augmentant la part d'initiative individuelle dans le travail, en donnant une activité complète et cohérente, en accroissant la liberté dans la réalisation du travail, en informant régulièrement sur l'activité globale de l'organisation, en permettant un contrôle intégré par le travailleur et des retours d'information par les utilisateurs.

✓ La théorie des « champ de vie » de Kurt Lewin :

Professeur de psychologie à l'université de Berlin, Kurt Lewin analyse la motivation comme une interaction de l'individu avec son milieu, qui détermine un « champ de vie ». Cet espace ainsi créé génère des attractions et des répulsions qui affectent le

²⁴ MONTSERRAT X., *Comment motiver*. Paris : Editions d'organisation, 2004. p.10²⁴

comportement individuel d'où provient la motivation, qui résulte de la performance antérieure, du niveau d'aspiration (manifestation de tension vers un but), de l'exécution de l'action nouvelle ou encore de la réalisation de l'action (succès ou échec). Lewin estime de plus que la participation au processus de décision implique une plus grande motivation des membres d'une organisation, dans un logique de management participatif.²⁵:

En effet, l'homme se résigne de moins en moins à n'être qu'un simple rouage d'une machine complexe. Il entend au contraire être associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions qui le touchent directement ou qui touchent son domaine d'activité, son champ d'exercice. Faire participer les cadres de santé, et de manière plus générale ses subordonnés (cf. ligne hiérarchique de Henry Mintzberg), est le moyen de leur manifester la preuve de la considération et de la dignité auxquelles ils ont droit.

Ces théories permettent d'établir des liens avec l'exercice du directeur des soins, entrant tour à tour dans les *facteurs d'ambiance* ou dans les forces animant le *champ de vie* des cadres de santé dont le directeur des soins doit connaître, par l'analyse évoquée plus haut, les qualités et les défaillances. Il faut en tenir compte, pour répartir harmonieusement fonctions et responsabilités, en vue de permettre à chacun d'exprimer au mieux ses compétences et de ressentir de la satisfaction au travail. Cela constitue pour lui un gage supplémentaire d'efficacité, qui demeure, à l'évidence, le premier critère de choix. C'est aussi le moyen d'obtenir une forme d'adhésion active au projet de soins.

1.5.4 L'implication dans le projet de soins, une ressource à exploiter.

Concrètement, la conduite du projet de soins, comme tout changement ou démarche de projet, suppose un certain nombre d'opérations dont l'ordonnancement et le respect influenceront sur l'implication des personnels :

- ✓ Une clarification des objectifs,
- ✓ Le choix des méthodes et du style,
- ✓ La désignation des acteurs et de leurs rôles respectifs, (qui anime les sous-groupes de travail, qui arbitre,...)
- ✓ La fixation de *zones négociables* du changement,
- ✓ La consolidation des appuis politiques du projet (par le directeur des soins),
- ✓ Le contrôle de l'avancement, à différents échelons hiérarchiques et en transversal ainsi que le respect de l'échéancier...

Cette conduite du projet est d'autant plus cruciale **qu'en dépend la perception que les acteurs ont du changement et de la place qu'ils peuvent ou non y tenir**. Le changement doit placer les acteurs dans des situations nouvelles, de manière à susciter

²⁵ LEWIN K., *Psychologie dynamique, les relations humaines*. Paris : Presses Universitaires de France, 1959

des comportements nouveaux. Ce ne sont pas les discours, même volontaristes et habiles, qui poussent au changement, mais la nécessité pour l'agent de s'adapter à la situation qu'il a à affronter, pourvu qu'on l'y aide si nécessaire.

Nos organisations hospitalières ont besoin de cette implication pour fonctionner efficacement, pour faire fonctionner des équipes transversales ou des groupes de projet. Ce n'est pas seulement d'organigrammes dont on a besoin, mais de l'implication des personnes pour mener à bien leur mission. « *Le véritable intérêt de l'implication est de constituer une ressource qui doit être actionnée, exploitée pour produire quelque chose (...). L'implication résulte de la relation que les personnes ont construite, tricotée tout au long de leur expérience dans l'entreprise. On parle souvent de l'implication en termes binaires avec ceux qui le sont et ceux qui ne le sont pas. Cela traduit mal la réalité : tout le monde est impliqué, mais pas forcément de la manière et avec l'intensité que l'on attend.* »²⁶

Cette implication sous tend la thématique du concret, du sentiment d'utilité. Personne n'a jamais répondu sans être impliqué, sans avoir le sentiment d'adhérer au Projet. L'implication c'est aussi le plaisir, la satisfaction au travail procurée parfois par la tension (être impliqué, c'est souvent l'excitation de la réussite qui n'a d'égale que la peur de ne pas y arriver), ou bien la fierté de ce qu'on fait, et dans quelle institution.

Il est, notamment à l'hôpital, des situations où l'engagement de la personne dans son travail, sa capacité à prendre sur elle pour réaliser son activité (à lui donner du sens et à ne pas en perdre de vue la finalité) souvent dans des conditions difficiles, deviennent les conditions indispensables d'une bonne performance et de qualité des soins. Ceci, quels que soient les *process*, les formations ou les définitions de fonctions. L'organisation hospitalière est bien une organisation inscrite dans la durée, avec sa hiérarchie et ses règles internes, et si ses membres ne parviennent plus à percevoir la cohérence de leur action, ils se réfugient dans des stratégies à court terme sans lien avec le projet global institutionnel. L'organisation pourrait ainsi, paradoxalement, s'avérer source de démotivation et démobilisatrice.

La conduite du projet de soins nécessite l'exercice d'un certain « leadership ». Il faut quelqu'un pour clarifier constamment les objectifs, redéfinir les méthodes, associer et coordonner les acteurs, le tout dans une dynamique durable. C'est là que la mission du directeur des soins, *entrepreneur social* au sens d'Erhard Friedberg et tout à la fois *veilleur*, trouve tout son sens. Capable de porter un projet collectif, de l'adapter aux évolutions et aux attentes des cadres de santé notamment, qu'il aidera à s'y reconnaître,

²⁶ THEVENET M., *Le plaisir de travailler*. 2^{ème} édition. Paris : Editions d'organisation, 2004, p.180.

le directeur des soins dispose pour cela d'un atout de taille dont il doit user avec discernement : l'autorité.

1.5.5 L'autorité et la dynamique de l'autorité du directeur des soins

Les chercheurs en management, en étudiant l'efficacité des personnes en position d'autorité, privilégient une conception structurelle du leader. Est leader une personne investie d'une autorité formelle, autrement un chef dont le rôle est bien défini par les exigences de la structure.

La Fonction Publique, Hospitalière notamment, et a fortiori le Service de Santé des Armées, se prêtent règlementairement à l'exercice d'une autorité formelle. Placé sous l'autorité du chef d'établissement, le directeur des soins, par délégation de ce dernier, est détenteur d'une part d'autorité sur l'ensemble des cadres de santé. Il est donc intégré à une chaîne hiérarchique de direction, chargé de l'organisation des activités de soins, dont en quelque sorte il devient *chef*.

Maurice Barrès disait de l'autorité *qu'elle est moins la qualité d'un homme qu'une relation entre deux êtres*. Il distinguait ainsi l'autorité en soi qui est un état, de l'exercice de l'autorité, qui est un acte de commandement, de management.

Le fait d'obéir à un chef, autrement dit se soumettre aux ordres d'une autorité légitime est un des premiers mécanismes de coordination du travail. Nécessaire au fonctionnement social, l'autorité et sa conséquence, l'obéissance, sont souvent occultées au profit de notions plus valorisantes : les qualités de leader, le pouvoir lié à des compétences ou un charisme particuliers, par exemple. Encore faut-il souligner la différence entre l'autorité de droit, qui donne le droit de demander à quelqu'un de modifier son comportement et de se faire obéir, et l'autorité de fait, qui se définit comme l'influence qui s'impose aux autres en vertu du mérite ou de la compétence et qu'on retrouve dans l'expression « faire autorité », ou « autorité naturelle ». Obéir à son supérieur hiérarchique n'est donc pas la même chose que d'être convaincu, motivé ou influencé par une personne faisant preuve de qualités de *leadership*.

L'autorité sera en outre légitime si la plupart des membres du groupe auquel elle s'applique, ici les cadres de santé, la reconnaissent et y adhèrent. Un cadre de santé de proximité va considérer comme légitime la demande de formalisation d'un projet par le cadre supérieur ou par le directeur des soins. Mais « *le fait d'être en position hiérarchique supérieure ou de disposer du statut de règles n'implique pas automatiquement la reconnaissance de leur légitimité par les membres de l'organisation. (...). Si elle est définie et légitime (...), l'autorité conduit les individus en position subordonnée à*

suspendre leur capacité critique et de choix et à utiliser les ordres de l'autorité comme guide de leurs actions. » (Kelman et Hamilton, 1989²⁷)

« *L'autorité repose d'abord sur la raison, il faut exiger de chacun ce que chacun peut donner.* » écrivait A. de Saint-Exupéry dans le Petit Prince. Cette vue de l'autorité est intéressante. Il s'agit, de considérer ce que chacun est en capacité de donner, pas plus, mais pas moins, ce qui nécessite de le connaître, de le comprendre et de le *respecter*.

En cela, le directeur des soins doit avoir conscience des conséquences potentiellement *déresponsabilisantes* de son autorité. Si elle est excessivement exercée et réduit donc les marges d'autonomie, le cadre de santé deviendrait alors agent passif d'une autorité supérieure et de la structure. Toute participation, initiative, innovation deviendrait dès lors délicate, voire impossible.

Il est difficile de décrire le *chef* idéal, dont pourrait s'inspirer un directeur des soins, puisque tant d'éléments entrent en jeu, dont, sans doute, une part de charisme et un certain courage quotidien. Ce chef sera reconnu en tout cas par la maîtrise de quatre qualités essentielles, ou vertus managériales, qui semblent s'appliquer avec justesse à la fonction de directeur des soins :

- ✓ **La compétence**, fruit de la connaissance et de l'expérience. Elle est un facteur de rayonnement, de cohésion, de réussite dans l'action et d'aisance dans les rapports avec autrui, si nombreux à l'hôpital.
- ✓ **La force de caractère**, qui exige une foi inébranlable en sa mission, excluant toute forme de scepticisme. Elle se forge au fil des situations épineuses rencontrées, et des enseignements tirés de chacune d'elles. Elle permet de faire connaître ses avis sans chercher à plaire, mais en faisant preuve de discipline intellectuelle, de rigueur et de réalisme. C'est encore elle qui s'impose, alliée au courage, quand il s'agit d'arbitrer, de trancher, d'encourager les initiatives, d'oser, et d'entreprendre davantage.
- ✓ **Le désintéressement**. Les personnels ont tôt fait de repérer les calculateurs et les opportunistes, qu'ils ne tiennent pas en grande estime. L'autorité repose sur la loi et des textes précis en dessinent les limites et les contours. C'est l'action collective, visant le bien commun, qui fonde l'exercice de la fonction de *chef*.
- ✓ **Le sens de l'humain**, dont dépend en grande partie l'efficacité du manager, à l'hôpital en particulier, pétri par la nature même de ses missions de tant d'humanité.

²⁷ ALLARD-POESI F., *Management d'équipe*. Les topos. Paris : Dunod, 2003. p.41

Bien des concepts ont été abordés et explicités en première partie, à la lumière desquels nous allons nous intéresser à l'étude qui a été menée sur le terrain.

Nous observerons en deuxième partie la conception que les cadres de santé ont de leur collaboration avec leur directeur des soins, du sens qu'ils ont de ses enjeux et des conditions nécessaires à sa pleine réalisation.

2 L'ETUDE DE TERRAIN

2.1 Le contexte de l'étude

L'étude de terrain s'est déroulée de février à juin 2005, notamment au cours des stages effectués pendant la formation de directeur des soins. L'objectif était de répondre à notre questionnement lié :

- ✓ aux conditions d'une bonne collaboration de la fonction de directeur des soins avec celle de cadres de santé de proximité,
- ✓ à l'influence de cette collaboration sur la dynamique du projet de soins.
- ✓ à la distance opportune, qui s'établit ou doit s'établir entre ces acteurs.

Nos hypothèses, que nous voulions confirmer ou infirmer étaient les suivantes :

L'implication des cadres de santé et la dynamique du projet de soins :

- sont sous tendues par la création d'une collaboration véritable entre le directeur des soins et les cadres de santé,
- sont favorisées si le directeur des soins s'implique sur le terrain, dans une « bonne distance et juste proximité ».

Notre étude s'appuie essentiellement sur des observations recueillies au cours des deux stages effectués lors de notre formation de directeur des soins.

2.1.1 Le Centre Hospitalier Universitaire :

Le premier dans un Centre Hospitalier Universitaire de 1990 lits, répartis sur plusieurs sites. Entré activement dans le processus de réforme du Plan Hôpital 2007, ce CHU prévoit de s'organiser en 14 pôles médicaux dont les périmètres viennent d'être définis, et 3 pôles de direction. Le premier projet d'établissement du CHU étant arrivé à échéance fin 2004, un nouveau projet est en cours d'élaboration, reposant sur l'activation prochaine de ces pôles, sur l'adoption de la tarification à l'activité, et sur « quatre principes simples, fédérateurs et solidaires : qualité, complémentarité, efficience et innovation » (note du directeur général relative à l'élaboration du projet d'établissement).

La Direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est intégrée au sein du Département « Ressources Humaines et Activités de Soins ». Le coordonnateur général des soins est présent à toutes les instances du CHU. Chaque semaine, il participe aux réunions du conseil exécutif et anime une réunion des 5 directeurs des soins qui l'assistent dans sa mission d'organisation et de mise œuvre de la politique des soins infirmiers. Ces 6 directeurs des soins -dont le coordonnateur général-

sont géographiquement répartis sur les différents sites du CHU. Ils gèrent 37 cadres supérieurs de santé, 158 cadres de santé ou faisant fonction.

Chaque directeur des soins travaille en autonomie sur le site ou le secteur géographique dont il a la responsabilité. Il rencontre très régulièrement, au cours de réunions institutionnelles, les cadres supérieurs de santé (une fois par mois) et les cadres de santé (une fois par semestre) relevant de son autorité, ou de manière moins formelle, mais également chaque semaine les agents qui le demandent et/ou le nécessitent, au cours de demi-journées expressément consacrées à cette activité. Chacun assure de plus, dans le contexte de la politique des soins, une mission transversale spécifique au sein du CHU.

2.1.2 Le centre Hospitalier Général :

Le second stage s'est déroulé dans un Centre Hospitalier Général de 350 lits, également en pleine restructuration, dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire avec le secteur privé. Sa taille modeste, comparable à celle d'un établissement du SSA, motivait notre choix de le prendre pour terrain de stage.

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, y est entouré par trois cadres supérieurs de santé et 17 cadres de santé ou faisant fonction. Il est, de plus, chargé par intérim de la direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) rattaché à l'établissement, mission qui lui prend plus du tiers de son temps professionnel.

Le projet de soins, rigoureusement formalisé, est soumis à de régulières évaluations en regard de l'échéancier fixé.

Le directeur des soins réunit chaque semaine les cadres supérieurs et toutes les six semaines les cadres de santé de manière formelle.

2.2 La méthode de l'étude et ses limites

Complétant le constat de départ et la recherche bibliographique et documentaire, notre étude s'appuie :

- sur des informations annotées formellement sur un « carnet de route » ou « journal de bord », rapportant des faits et observations liés aux stratégies managériales des directeurs des soins face aux cadres de santé, à leur attitude intrinsèque (ce qu'ils sont par leur personnalité et leur expérience), aux outils utilisés (projet de soins, mode de communication, déplacements éventuels dans les services,...).
- sur des entretiens semi directifs sans notion d'échantillon représentatif réalisés au cours des stages effectués ces derniers mois : avec :

- le coordonnateur général et un directeur des soins du CHU terrain de stage,
- le directeur des soins du CHG,
- 11 cadres de santé diplômés et en exercice depuis trois ans au moins (8 au CHU, 3 au CHG), leurs cadres supérieurs ayant été préalablement rencontrés et informés de notre démarche.

Cette méthode a pour intérêt de permettre une comparaison a priori peu rationnelle entre des structures de taille bien différentes, sur un thème particulier dans un domaine qualitatif du management. Ses limites sont liées au nombre d'entretiens réalisés, qui légitime une représentativité toute relative, notamment chez les cadres de santé de plus de trois années d'expérience. Elle n'a donc pas de valeur statistique, n'autorise pas de généralisation, ni de pourcentage.

Par ailleurs, un carnet de bord reste un carnet personnel, et représente un outil soumis à la partialité, ou à la subjectivité de son auteur, même soucieux de rester objectif.

Cette méthode et le contenu de l'étude permettent cependant de tirer de réels enseignements ou prise de conscience en lien avec la thématique choisie, par les témoignages recueillis et les situations rencontrées.

2.3 Les entretiens

Ils ont eu une durée moyenne de 35 minutes, et ont fait l'objet d'un enregistrement numérique, sauf pour les directeurs des soins et deux cadres de santé.

Dans tous les cas, ces entretiens ont ensuite été retranscrits par logiciel de traitement de texte, en vue de leur analyse ultérieure, avec une volonté de rapporter le plus fidèlement et aussi souvent que possible, les phrases telles qu'elles ont été exprimées.

Nous avons pris le temps, au cours des stages, de rencontrer les cadres de santé concernés par ces entretiens semi dirigés, à l'occasion d'échanges informels. Cela explique sans doute que le climat de ces entretiens avec eux a été très chaleureux, sur un ton en fait très direct, a priori sans autocensure.

2.3.1 Conception du guide d'entretien

Le guide d'entretien (cf. annexe) a été conçu aussi bien à l'intention des directeurs des soins et qu'à celle des cadres de santé. Il se veut suffisamment généraliste pour pouvoir s'adapter à l'interlocuteur rencontré. Il a été bâti en regard de notre problématique, et décliné face aux hypothèses retenues, pour aboutir aux thèmes de questions suivants :

Thème 1 : Le Projet de soins

Thème 2 : La motivation

Thème 3 : La collaboration et qualité des relations

Thème 4 : Le DS acteur de terrain et de proximité ?

2.3.2 Analyse des entretiens

Thème 1 : Le Projet de soins

Pouvez vous me citer quelques outils dont dispose le directeur des soins pour coordonner et mettre en œuvre les activités de soins ?

Comment ces outils doivent ils être mis en place par le DS ?

Existe-t-il un projet de soins dans votre établissement ? Pouvez-vous m'en parler ?

Selon vous, dans quelle mesure le projet de soins est-il un moteur pour la dynamique des équipes de soins ?

Pensez vous que les relations qui s'établissent entre le directeur des soins et les cadres de santé peuvent avoir une influence sur la dynamique du projet de soins ?

- **Au CHU :**

Les outils, qui permettent au DS de remplir sa mission, sont notamment les réunions (générales ou thématiques) et la communication sous toutes ses formes, citées 7 fois.

Le projet de soins est cité 6 fois. L'équipe de secours et le service de compensation et de suppléance sont cités une fois.

Le plan de Formation est cité deux fois et les indicateurs de charge de travail, deux fois.

L'ensemble des 8 cadres exprime, sinon la *nécessité absolue*, du moins l'importance d'une concertation au sujet de l'utilisation des outils cités dans les entretiens : « *Il ne faut pas que les décisions d'utiliser tel ou tel outil nous tombent dessus* », « *Il faut au moins que nous en discussions avec les cadres supérieurs, et si possible avec le DS. Ça se passe mieux quand les équipes savent que nous travaillons en concertation* ». Un cadre manifeste sa satisfaction d'avoir été associé à la réflexion lors de l'élaboration du précédent projet de soins. Un autre signale le « *caractère impératif d'une collaboration, c'est-à-dire d'échange, pragmatique pour son application concrète.* »

6 des cadres de santé sur 8 ont connaissance du projet de soins formalisé et en présentent succinctement les grandes lignes, sans entrer dans les détails :

- 4 parmi eux seulement savent qu'il est arrivé à échéance en fin d'année et que la direction des soins travaille à l'élaboration et la formalisation d'un nouveau projet.
- 4 parmi eux vont jusqu'à en présenter le document.

L'un des deux cadres n'ayant pas connaissance de l'existence d'un projet formalisé et suivi, met en doute son utilité et fait montre de scepticisme quant à son rôle : *« un projet de soins, ce n'est que des mots, vides de sens, beaucoup de vœux pieux qui sont en décalage avec ce que nous vivons au quotidien. »*

Les cadres décrivent le projet de soins comme un repère pour les soignants (4), un document *« qu'il faut lire avant le rapport d'activité pour savoir si l'on est conforme »*, un *« élément fédérateur qui évite d'être saucissonné par service »*, *« un élément qui donne du sens, et le sentiment d'aller ensemble dans le même sens »*, *« qui peut être précieux pour l'équipe quand il y a conflit. »*

Sur leurs relations qui s'établissent avec le directeur des soins, les cadres de santé sont quasiment unanimes (7) : Le rôle du DS est essentiel, *« il doit descendre de sa tour d'ivoire pour s'en faire le porteur, en plus des cadres supérieurs »*, *« en parler et l'utiliser de manière concrète, c'est à dire nous demander où nous en sommes »*, *« Le DS représente le service de soins, son contact est essentiel pour la dynamique du projet, surtout s'il accepte de se montrer accessible »*.

Le directeur des soins du site concerné présente le projet de soins comme un outil essentiel de management, dont le coordonnateur général des soins est le garant. Ce dernier manifeste à cet égard une vive motivation et corrèle son élaboration à celle du nouveau projet de l'établissement, soumise elle-même à l'élaboration des projets de pôles. *« La nouvelle gouvernance est venue dans ce domaine complexifier cette étape d'élaboration du projet. Mais ce n'est pas insurmontable, il faudra juste un peu de temps et beaucoup de communication. »*

- **Au CHG :**

Le projet de soins est cité comme outil de management du DS au cours des trois entretiens.

Les trois cadres de santé interrogés sont très au fait du projet de soins, formalisé par le DS et objet d'une vaste concertation, reprise régulièrement au cours des réunions. Le DS selon eux, y attache une grande importance. Ils sont en mesure de le présenter assez précisément et pour ce qui concerne leur service, d'en évaluer l'avancement. Les cadres justifient le projet de soins : *« un projet de soins tel que le nôtre permet de savoir ce que l'on va faire demain, surtout en période de bouleversements, d'en parler aux*

*équipes et d'avoir la possibilité d'argumenter, de rassurer et aussi de demander des réajustements ». « Il faut montrer qu'on est dans le même bateau. Le bateau, c'est le projet de soins, nous on ne navigue pas toujours à vue, on sait parfois où on va ! ». Ce projet étant bien approprié, il est effectivement décrit comme *motivant*.*

Nous constatons le même attachement à la communication et à la concertation qu'au CHU, l'expression de « *tour d'ivoire* » ayant été aussi prononcée au sujet du DS qui, là aussi, est décrit comme « *incarnant le service de soins* », « *donnant donc par sa personne, plus de vie au projet qu'il soutient* ».

Il existe au CHU comme au CHG une dynamique de projet, bien appropriée par la direction des soins. Les cadres de santé de proximité reconnaissent qu'il s'agit d'un outil fondamental de management du directeur des soins et admettent, au CHG, ses conséquences sur la vie des équipes qu'ils encadrent et sur leur propre implication. La connaissance qu'ils en ont est cependant très imparfaite au CHU. Paradoxalement, les cadres confèrent une grande importance à cette notion de projet de soins, et le désignent comme « *élément fédérateur et donnant du sens* » au service de « *l'opérationnalité* ».

Pour la majorité des cadres interrogés, le projet de soins doit être mis en place dans un contexte de concertation et d'échange.

Dès cette première thématique, nous notons le souhait des cadres de voir s'impliquer au plus près le directeur des soins ainsi que le besoin unanime de communication qui existe chez eux, et directement avec le directeur des soins.

Thème 2 : La motivation...

Par la valorisation et responsabilisation des acteurs – reconnaissance de leurs actions.

Pouvez vous me parler de ce qu'est pour vous la motivation dans son travail ?

Quelle est selon vous, l'attitude que le DS doit adopter face aux projets individuels et collectifs? Comment doit il s'en saisir ? Pour quelle conséquence sur la dynamique des cadres de santé ?

▪ **Au CHU :**

Les 8 cadres de santé interrogés définissent bien la motivation comme un élément qui les pousse à agir, à mener efficacement leur mission d'encadrement. « *Un moteur de l'action lié aux conditions de travail, et elles ne sont pas faciles en ce moment, mais aussi à bien d'autres facteurs comme le sens de ce que nous faisons, ou les gens avec qui nous travaillons.* », « *Il faut que les relations soient bonnes.* ». Pour un autre cadre de

santé, ce sont « *les relations avec son cadre supérieur qui jouent beaucoup sur sa motivation* ».

De la motivation dépend l'implication. Cette idée est avancée par 6 sur 8 des cadres interrogés, dont 4 disent spontanément être motivés et *aimer leur métier de soignant*.

Pour un cadre, il semble important que le DS valorise personnellement les projets qui lui sont présentés, ou qu'il le fasse à un moment donné au cours de leur suivi. Pour un autre, qui *encourage les projets dans son service*, « *le DS doit faire de même avec nous, son équipe* ». Un troisième demande que les projets et les initiatives qui sont menés soient reconnus, « *par le DS ou pas* », mais qu'il y ait une reconnaissance. « *Mais si le DS dit que tel ou tel cadre de santé est impliqué, ça donne un plus... car on se dit qu'il s'intéresse à ce qu'on fait* ». Un autre cadre demande de la reconnaissance, pas pour lui, mais pour les équipes, et « *c'est d'autant mieux perçu que se sont les gens de la hiérarchie qui le font, l'équipe s'en trouve plus motivée ensuite et c'est plus facile pour nous !* ».

Le thème de la responsabilisation, décrite comme nécessaire, ne semble pas constituer une préoccupation majeure des cadres, « *La charge de travail est importante et les missions nombreuses* », « *Avec l'accréditation, on nous nomme responsables de quelque chose tous les mois, ce qui compte c'est le suivi par la hiérarchie et son soutien* ».

- **Au CHG :**

Les 3 cadres rencontrés définissent sans difficulté la motivation. La reconnaissance des projets et travaux individuels ou collectifs leur semble indispensable (3) : les soins palliatifs, la consultation infirmière, le projet de vie des personnes âgées sont cités. « *Notre DS nous accompagne et valorise ce que nous faisons* », « *il connaît nos dossiers* », ou « *on ne le voit pas assez, c'est sûr, mais les relations sont bonnes. Il sait nous dire ce que nous attendons, souvent avec humour. On a envie de le suivre* ».

Au CHU comme au CHG, les DS ont bien conscience de cette problématique de la reconnaissance, comme élément de motivation, *trop rarement exprimée* (au CHU), mais ne doutent pas globalement de l'implication des cadres de santé, relayée par les cadres supérieurs.

<p>Au CHU et au CHG, les cadres de santé reconnaissent leur motivation, pour un métier qu'ils aiment exercer ou pour lequel ils manifestent un grand intérêt. Elle dépend notamment de facteurs extérieurs dont la reconnaissance par la hiérarchie, du travail</p>

accompli et des efforts fournis. Les cadres de santé, inclus dans de nombreux groupes de travail, n'expriment pas de malaise face à la notion de responsabilisation.

A travers cette thématique de la motivation et de l'implication, nous notons le souhait ou la satisfaction de voir une forme de reconnaissance exprimée par le directeur des soins, même occasionnellement, et la conséquence positive de cette reconnaissance sur l'implication des cadres, notamment au CHG, où la distance hiérarchique semble moins prégnante.

Thème 3 : La collaboration et qualité des relations

Selon vous, quelles relations le DS doit-il développer avec les cadres de santé ?

- *en terme de communication (écoute, attitude,...)*
- *en terme de soutien de l'encadrement*
- *quelle distance hiérarchique voyez vous entre le directeur des soins et les cadres de proximité*

▪ Au CHU :

La plupart des cadres interrogés sont très demandeurs d'une relation directe avec le DS : *« Il est essentiel que le DS lui-même donne du sens, explique sa politique d'affectation des personnels, que nous ne comprenons pas toujours. Il faut qu'il nous parle de ses attentes. »*

Six cadres évoquent la notion de *rendre compte*, et *d'argumenter* par rapport à des objectifs prédéterminés avec le cadre supérieur et le DS. Deux d'entre eux évoquent *la future mise en pôle d'activité, et du mode de contractualisation interne, qui pourrait aussi être adopté par les cadres de proximité en tant que subordonnés du cadre supérieur. »*. Cette solution *«aurait sans doute une influence positive sur la vie des équipes qui sauraient aussi à quoi s'en tenir »*, *« nous obligerait à avoir un vrai projet »*.

Cinq d'entre eux formulent le vœu de pouvoir le rencontrer plus facilement en face à face pour des problèmes particuliers, (*pour trouver un soutien*), sans toujours devoir tenter de les résoudre avec le cadre supérieur. *« Parce que justement certains problèmes ne peuvent pas être résolus avec le cadre supérieur... »*. *« Le rôle du cadre supérieur est un peu nébuleux, actuellement, avec tous les changements, on ne sait pas exactement comment se positionner. Ça dépend en plus des personnalités et ça, c'est dommage... »*. *« Il faudrait plus d'écoute, créer des liens, se connaître »*.

Le souhait d'une communication personnelle de ce type avec le DS semble moins fort chez les cadres (3) qui ont établi une excellente relation avec leur cadre supérieur.

Néanmoins, ceux là, comme leurs collègues, expriment le vœu de réunions formelles plus régulières et plus fréquentes (exprimé 6 fois). « *Même si le CHU est grand, il y a plusieurs directeurs des soins, ils ont chacun un secteur de taille plus petite, ça doit être possible* ». La notion d'un soutien direct est évoquée plusieurs fois, « *on a moins l'impression qu'il nous évalue, que le cadre supérieur* », sans toutefois passer outre la hiérarchie. « *C'est important de pouvoir dire ce qu'on a sur le cœur.* ».

Un autre cadre estime que, si les DS sont beaucoup pris par des rendez-vous individuels liés au recrutement notamment, il est nécessaire de provoquer des réunions avec les secteurs et leur cadre supérieur, même courtes, « *comme des groupes de paroles* ». « *Cela demande de la disponibilité, c'est certain que le DS doit avoir beaucoup de travail et de réunions diverses, et nous devons travailler avec les cadres supérieurs qui sont ses adjoints* » reconnaît un autre cadre.

Les cadres sont unanimes pour décrire une forte ligne hiérarchique, et l'image très pyramidale de la direction des soins. « *Il y a trop de relais, de verrous* ». Celle-ci n'est pas remise en cause, mais mériterait d'être assouplie, « *raccourcie sans éliminer personne* » pour plus de proximité : « *pour voir le DS, il y a toute une procédure, il faut déjà en parler au cadre supérieur, ce qui est normal (mais pas de lui parler forcément du contenu), ensuite il faut argumenter auprès de la secrétaire. Jamais on ne téléphone directement au DS.* ».

A ce sujet, le DS du site concerné déclare avoir une organisation fondée sur les relais que constituent les cadres supérieurs, qui ont toutes leur place dans l'organigramme actuel et en qui il a globalement toute confiance . « *De plus, le temps me manque pour une plus grande proximité avec les cadres de santé, même si j'ai conscience qu'elle est sans doute souhaitable* ». « *Des rencontres existent, elles ont lieu lors des plages de mon agenda (une demi journée par semaine) que je réserve chaque semaine aux rendez-vous avec les agents.* ».

- **Au CHG :**

Les 3 cadres interrogés attendent – et obtiennent - clairement un soutien de la part du directeur des soins, particulièrement dans le contexte des restructurations où chacun doit trouver sa place. « *Les relations sont chaleureuses, ce qui est important, on n'hésite pas à lui parler de nos problèmes quand on le croise* ».

Les réunions formelles des secteurs de chirurgie, de médecine, de plateau médico-technique qu'organise régulièrement le DS sont particulièrement appréciées, parce que permettant les échanges directs et les mises au point. « *On doit pouvoir l'interpeller, d'homme à homme (sic), pour savoir ce qu'il pense ...* ».

Les cadres travaillent en regard du projet de soins, sur lesquels ils s'appuient. La notion de contractualisation est avancée une fois, et est décrite comme *une collaboration carrée qui apporte de la transparence*.

Le DS, appelé par ses responsabilités à gérer par intérim l'IFSI rattaché au CHG, a délégué aux cadres supérieurs la collaboration au recrutement des personnels paramédicaux, très chronophage. Cette solution, dont il a bien conscience qu'elle n'est pas forcément judicieuse, lui permet en revanche d'établir une certaine proximité avec les cadres de santé des services. Ces derniers ont apprécié cette démarche qui « vise à rétablir l'équilibre », mais déplorent que le DS ne soit pas pleinement « à son poste ».

Pour la plupart des cadres interrogés la relation avec le DS revêt une importance toute particulière, et semble rendue globalement plus complexe par la présence très forte des cadres supérieurs au CHU, relais incontournables du DS. Leur présence n'est pas remise en cause. Se pose là la thématique des missions et de la place du cadre supérieur de santé, qui seront sans doute affectées par la nouvelle organisation en pôles d'activité.

Le désir d'une contractualisation interne au sein de la chaîne hiérarchique de la direction des soins émerge, sans doute porté par l'application de la réforme de la Nouvelle Gouvernance.

La distance hiérarchique, de fait, est réelle au CHU, et dépend de la présence et du positionnement managérial du DS et du cadre supérieur. Une aspiration à plus de proximité, d'accessibilité du DS, ressort en tout cas des entretiens, qui se confirme plus encore dans la thématique suivante.

Thème 4 : Le DS acteur de terrain et de proximité ?

Nous avons abordé précédemment la qualité de la relation qui s'établit entre le DS et les cadres de santé, selon vous, le directeur des soins doit-il s'impliquer sur le terrain ?

Dans quelle mesure ? Pourquoi ?

Quelle conséquence cette présence a-t-elle sur la dynamique des équipes ?

- **Au CHU :**

L'implication du directeur des soins est bien envisagée par la plupart (7) des cadres de santé interrogés.

« La venue du DS dans les services me semble naturelle, il y est chez lui autant que moi, il incarne le service de soins et c'est valorisant pour les équipes qu'il vienne voir ce que nous faisons. ».

« Il y a quelques mois, le DS est passé dans le service, tout le monde l'a bien vécu. Nous, les cadres on fait toute l'intendance, la gestion des lits, on cherche des trésors de solutions pour toutes sortes de problèmes, c'est bien que le DS s'en rende compte réellement ».

« Autrefois, Madame L. qui est devenue coordonnatrice des soins aujourd'hui, faisait comme ça, elle venait nous voir, c'était bien. On écrivait moins et on se voyait plus. »

Un autre cadre affirme que le DS gagne en crédibilité *« si on le voit régulièrement dans les services, mais aussi en respect de la part des personnels », « pas en crainte, mais en respect ! ».* *« Imaginez vous qu'il y a de nombreuses infirmières dans cet hôpital qui n'ont jamais vu l'actuel DS : on le voit au moment de l'embauche, puis en cas de changement de service, c'est tout ! Encore que, quand il y a le conseil de service on invite le DS qui ne peut pas toujours venir, et tout le monde n'est pas là. »*

« Un malade, ce n'est pas parce qu'on l'écoute qu'il va guérir, mais c'est un soin. Pour nous, c'est même chose, nous avons besoin d'être écouté par le DS, qui normalement nous représente à la Direction. »

« En tant que cadre, particulièrement en période d'accréditation et d'évaluation des pratiques, comme on dit (sic), je crois que le passage du DS dans les services, l'observation du quotidien sont fondamentaux », « ça prouverait qu'il n'est pas si éloigné que nous le pensons souvent et ça nous aiderait dans l'application de certaines décisions ou dans le respect de la réglementation, par rapport aux glissement de tâches : le DS a du poids, il a réglé en une seule visite le problème des perfusions qui étaient préparées la nuit par les aides-soignantes ! ».

De nombreux autres témoignages concordent en ce sens d'un lien direct et régulier du directeur des soins avec le terrain. Ces témoignages sont pondérés par une volonté de formaliser les modalités de ce lien s'ils s'avéraient étroits. Ce contact ne doit cependant pas *« être vécu comme de l'espionnage »*, et ses modalités *« doivent être claires »*. *« Il peut passer quand il veut, même assister aux visites ou aux transmissions de temps en temps, mais il faut qu'on soit prévenus, et notre chef de service »* *« S'il vient aux transmissions, il faut qu'il dise pourquoi à l'équipe, il ne faut pas qu'on nous dise après que nous sommes fliquées (sic) »*, *« il faut que nous soyons tout de même autonomes dans ce que nous faisons. Je n'ai pas envie de devoir rendre des comptes sur tout ce que je fais, il faut de la confiance ! »*.

Le coordonnateur des soins du CHU reconnaît la nécessité de la bonne connaissance du terrain, comme un gage de réussite dans son management. *« La connaissance du terrain, en temps réel si possible, constitue souvent un argument face*

au Directeur Général et aux médecins » et de citer quelques exemples où cette proximité lui a été précieuse au cours de sa carrière.

Le directeur des soins du site n'a pas été interrogé formellement à ce sujet.

▪ **Au CHG :**

Les témoignages, à l'instar de ceux exprimés au CHU, concordent en faveur d'une proximité de terrain : « Pour pouvoir nous dire, « je sais encore de quoi vous me parlez », il faut quand même être un minimum sur le terrain. ». « pas dans une tour d'ivoire ».

« Je ne suis pas choquée de la présence du DS dans les services, au contraire. Pas tous les jours, tout de même, il faut qu'on soit un peu libre ! ».

« Nous voyons depuis quelque temps beaucoup plus le DS dans les services, il se réapproprie son rôle et c'est très bien. Et puis, il y met les formes, il nous donne rendez-vous : pour venir une fois ou l'autre aux transmissions, voir comment on utilise le dossier de soins, ... ». « Il s'attache au projet et nous le savons, et les équipes aussi. »

Le coordonnateur des soins partage effectivement cette nécessité d'un contact régulier avec les services, comme indicateur de marche de la direction des soins.

Au CHU et au CHG, les cadres de santé dans leur grande majorité expriment avec enthousiasme la nécessité et le caractère naturel de la venue du directeur des soins dans les services et unités fonctionnelles. Ils reconnaissent son influence sur la conduite du projet de soins en équipe et sur la motivation des personnels

Cette proximité est décrite de manière simple et directe, comme gage de crédibilité, de respect et d'efficacité du directeur des soins. Peu ou pas exercée sur le site concerné au CHU, elle y est espérée et attendue. Elle est au contraire exercée au CHG, où elle est visiblement appréciée et où les cadres regrettent les absences du DS en lien avec ses responsabilités à l'IFSI.

Dans tout les cas, les modalités d'exercice de cette proximité, doivent faire l'objet de certaines précautions d'usage, respecter les zones d'autonomie des acteurs concernés et éviter un caractère trop incisif. Cette « bonne distance et juste proximité » doit être argumentée auprès des équipes et donc être le motif d'une communication claire, pour « un consentement éclairé » des équipes.

2.4 Corrélations avec l'observation

Les observations effectuées au fil des stages, nous ont permis d'aborder les thématiques du projet de soins, de la collaboration et de la qualité des relations qui

s'établissent entre le directeur des soins et les cadres de santé, et de nous questionner sur la nécessité ou non pour le directeur des soins, d'être aussi (et pas seulement) un acteur de terrain et de proximité.

Nous jugeons opportun de souligner ici que les structures observées ont leur spécificité. Liée à leurs missions, qui conditionnent leur technicité, leur dimensionnement et leur structuration humaine et architecturale, elle l'est aussi à leur histoire. Leur management est intimement dépendant de leurs *managers*, de leurs *chefs*.

De la qualité de son chef et de son équipe, dépend souvent en effet la valeur d'une entreprise, d'un établissement. Cette dimension constitue donc une variable majeure qu'il faut prendre en compte.

Là, ce n'est pas seulement la compétence technique et le sens de l'organisation – objectivement plus mesurables- qui entrent en jeu, mais aussi la dimension humaine, comme une indéfinissable variable relationnelle, où comptent la cordialité, l'éducation, la chaleur des échanges et la simple attention portée *aux plus petits*.

Notre expérience professionnelle variée nous avait déjà permis d'en prendre conscience, de l'échelle d'un service jusqu'à celle d'un hôpital.

2.4.1 Le CHU

Le Centre Hospitalier Universitaire constitue un vaste ensemble, aux effectifs humains considérables. Notre stage nous a permis de *démythifier* l'institution qu'il représente, connotée d'immensité, et de comprendre mieux son fonctionnement.

Il est réparti sur plusieurs sites, les échanges et les interdépendances nécessaires, mais aussi les cloisonnements y sont nombreux.

Ce CHU, nous l'avons dit, connaît de profondes transformations. Bon nombre d'acteurs y sont confrontés légitimement à l'incertitude, au doute et au relativisme, dans le contexte de la définition du périmètre des pôles, des délégations probables et de gestion. La direction des soins ne pourra y faire face qu'au prix d'une coordination efficace par les directeurs des soins concernés, en liaison avec les services administratifs -notamment le service des ressources humaines- et logistiques, mais aussi le corps médical.

Chaque directeur des soins y exerce ses fonctions sur un site particulier et est, de plus, investi de responsabilités transversales. Son domaine d'activité *vertical*, y est donc circonscrit, coordonné avec celui de ses pairs, par le coordonnateur général des soins.

Ce domaine représente, dans le cadre de notre étude, un ensemble, un système, de taille très comparable à celle du Centre Hospitalier Général que nous avons également choisi pour exemple, ou aux établissements hospitaliers du Service de Santé des Armées (nombre d'agents, de service, espace géographique, ...). Cet ensemble est, à notre sens,

à taille humaine, et les relations, les déplacements y sont tout à fait possibles. Cette observation a d'ailleurs été faite par certains cadres de proximité.

Cette remarque mérite d'être pondérée par le fait que la proximité avec le terrain, pour un directeur des soins au sein d'un vaste ensemble tel qu'un CHU, y est sans doute moins évidente du fait des nombreux déplacements entre sites, dans le cadre de missions transversales ou de réunions de coordination entre directeurs des soins, qui peuvent s'avérer particulièrement coûteuses en temps. De plus, par sa structure, par sa ligne hiérarchique forte, par le nombre de ses acteurs, par ses procédures dans la transmission des décisions et dans la réunions de ses instances, un CHU reste un système lourd, qui tel un porte-avion à la manoeuvre, réclame de ses dirigeants qu'ils demeurent à la barre *sans descendre sur le pont*.

Des réunions des cadres de proximité y ont lieu régulièrement, moins fréquemment qu'avec les cadres supérieurs de secteurs, c'est-à-dire toutes les quatre à six semaines. Elles ont lieu trimestriellement en présence du directeur des soins, mais aussi des cadres supérieurs.

Un réseau intranet performant permet d'y diffuser l'information de manière ciblée, adaptée et personnalisée.

Nos entretiens, les rencontres et les réunions auxquelles nous avons pu participer nous ont cependant permis de mesurer combien les cadres de santé de proximité, encadrés par les cadres supérieurs, y sont demandeurs d'une relation plus directe avec le directeur des soins, par le biais de rencontres plus régulières en réunion ou au cœur des services. De fait, les directeurs des soins se portent peu à leur rencontre. En revanche, ce que nous avons observé, nous permet de mesurer le réel souci de contact avec les agents, puisque deux matinées sont réservées chaque semaine à cet effet.

De plus, notre stage nous a permis d'observer que le rôle et la posture managériale des cadres supérieurs conditionnent beaucoup au CHU, le besoin exprimé par les cadres de santé, de recevoir un soutien de la part du directeur des soins, corroborant ainsi les conclusions des entretiens. De cette relation notamment, particulièrement dans un établissement hiérarchisé et inévitablement procédurier du fait de sa taille, dépendrait donc celle qui est requise entre le directeur des soins et les cadres de proximité.

Par ailleurs, un exemple nous a montré combien la présence, ou du moins la bonne connaissance du terrain par le directeur des soins, pouvait s'avérer un vecteur facilitant, en terme de décision, voire de stratégie :

Dans le contexte de l'évolution des activités chirurgicales et de stérilisation, de vives résistances au changement se sont manifestées chez les acteurs paramédicaux, se portant à la frontière d'un conflit social et d'une manière particulièrement exacerbée. Ces résistances étaient liées à la redistribution des postes et à la mutualisation des moyens

humains sur un seul site, équipé d'une stérilisation ultramoderne, que le directeur des soins n'avait toujours pas visitée. De fait, une connaissance du terrain était là nécessaire, en dépit des rapports nombreux du cadre supérieur responsable. Ces difficultés majeures se sont en effet aplanies grâce au déplacement à plusieurs reprises (matinée opératoire et après-midi) et au plus près, d'un directeur des soins, qui a pu comprendre la problématique en visitant, en comprenant l'organisation en ligne des nouveaux autoclaves, des tunnels de lavage, et de leur configuration par rapport au bloc opératoire.

2.4.2 Au CHG :

La notion de projet de soins et sa conduite coordonnée par le directeur des soins avec l'ensemble des cadres de santé sont bien appropriées par les acteurs concernés.

L'information au CHG circule également grâce à un réseau intranet performant. Les cadres de santé, comme au CHU, consultent quotidiennement leur messagerie. De plus, le directeur des soins assure la diffusion d'un opuscule intitulé « Info flash du DS », adapté et synthétique, apprécié des cadres de santé.

L'observation nous a aussi permis d'y mesurer certaines difficultés rencontrées par le directeur des soins, en lien avec sa responsabilité double de coordonnateur général des soins et de directeur d'IFSI. L'activité du directeur des soins impliqué dans cette étude est en effet fractionnée et ne peut être pleinement consacrée ni à l'hôpital, ni à l'IFSI. Ce sont à l'hôpital les cadres supérieurs qui ont été par délégation investis de certaines prérogatives du directeur des soins. Celui-là ne l'ignore pas, et compte sur l'arrivée prochaine d'une nouvelle directrice à l'IFSI pour se consacrer pleinement aux missions de coordination générale des soins de l'hôpital. Nous pensons en effet qu'une structure hospitalière telle qu'un CHG, nécessite effectivement la présence à temps plein d'un directeur des soins, qui rendrait plus efficacement son positionnement au sein de l'équipe de direction,. Cette présence accrue lui permettrait de se réapproprier pleinement ses missions et de répondre mieux aux attentes des cadres de santé, avec une proximité plus affirmée.

Pour ce qui nous concerne, aller au sein des services, rencontrer les cadres de santé avec le directeur des soins dans le contexte d'une évaluation des pratiques dans la prise en charge de la douleur, en vue de collaborer à l'enquête conduite par un réseau régional, a été riche d'enseignements. Cette expérience, sur plusieurs jours, a été l'occasion de mesurer la qualité des relations qui s'établissent autour d'un projet concret, suivi, et objet de réajustements, impliquant et responsabilisant les cadres de santé de proximité.

Nous avons noté la richesse des relations qu'autorise la proximité, certainement influencée par la dimension *charismatique*, intrinsèque du directeur des soins concerné. La proximité, si elle est source d'un rapprochement indéniable, ne s'oppose pas à l'exercice de l'autorité, au professionnalisme et à la prise en compte de la dimension stratégique de la fonction de directeur des soins. C'est ce que nous avons constaté.

2.4.3 Observations générales et enseignements

Le succès d'un changement dans l'organisation vient de l'engagement des partenaires et de la qualité de sa préparation : information, rencontre avec les partenaires sociaux si nécessaire. Si cette situation d'évolution des activités nécessite d'être préparée, elle fait bien sûr appel aux compétences relationnelles des directeurs des soins, dans la perspective de résistances naturelles au changement, de freins, de conflits sociaux potentiels.

Etre avec les soignants, se présenter devant eux, c'est trouver l'occasion d'informer, de commenter, mais aussi d'écouter : c'est même parfois éviter des malentendus en expliquant certaines décisions qui pourraient être mal interprétées ou mal comprises.

De l'activité de soins paramédicaux dépend celle de l'hôpital même, et donc sa pérennité, puisqu'elle sous tend la continuité des soins. Au cœur d'une problématique affectant le niveau politique de l'institution, le directeur des soins, par son expérience soignante et sa connaissance générale du terrain, peut le cas échéant s'avérer être l'acteur déterminant d'une résolution de problème. Il peut comprendre au mieux les obstacles à la continuité des soins, qu'ils soient matériels ou humains, et devenir un négociateur privilégié aussi bien avec les directeurs ou les praticiens concernés, qu'avec les soignants.

La politique de l'établissement peut parfois évoluer plus vite que l'évolution concrètement engagée de ses structures : nous pensons là à la volonté de la direction du CHU terrain de stage, d'externaliser éventuellement son activité de stérilisation, alors même qu'une procédure de regroupement sur un seul site est amorcée et des travaux en conséquence ont été réalisés. Cette perspective souligne deux qualités requises pour l'exercice de la fonction de directeur des soins : la flexibilité et l'adaptabilité. Elles ne doivent en aucun cas effacer la conviction dans les valeurs soignantes ni leur affirmation, et ne s'opposent pas à la force de caractère, également nécessaire.

Nos observations nous confortent aussi dans l'idée que les directeurs des soins ont une part à prendre dans le management de proximité. La présence du directeur des

soins, ponctuellement au plus près de l'action, peut s'avérer être un atout majeur de réussite. Le management par des cadres de proximité et celui, plus stratégique, des cadres supérieurs ne sont pas incompatibles avec l'intervention directe du directeur des soins.

La mise en place des pôles, la nouvelle gouvernance et les évolutions majeures que connaîtront certains établissements de soins dans les mois à venir, au moins dans ce que nous avons pu observer au cours de nos stages, constituent un enjeu de taille pour le directeur des soins, qui aura là un rôle privilégié à jouer.

Le travail en équipe, particulièrement en équipe de direction, demande de se porter au-delà des considérations corporatistes mais aussi de défendre des valeurs professionnelles pour la qualité du service rendu. Cette dimension nous a semblé valable également verticalement, entre les maillons de l'échelle hiérarchique. Ainsi, les acteurs ne doivent pas s'arc-bouter sur leur positions et parfois doivent accepter de lâcher prise.

C'est, après tout, ce qu'attendent les directeurs des soins, dans la gestion et la coordination des activités de soins, de la part des cadres de santé envers les équipes, pour les fédérer et motiver autour du projet de soins.

2.5 Conclusion de l'étude de terrain

En conclusion de cette deuxième partie, nous pensons pouvoir valider nos deux hypothèses retenues : L'implication des cadres de santé et la dynamique du projet de soins sont bien sous tendues notamment par la création d'une collaboration véritable entre le directeur des soins et les cadres de santé. Elles sont de plus favorisées si le directeur des soins s'implique sur le terrain, dans les structures de taille modestes, dans une « bonne distance et juste proximité ».

Ce travail sur le rôle central du directeur des soins, sur son « attitude managériale », et l'utilisation de ses outils comme le projet de soins, dans la problématique de l'implication des cadres de santé, peut être un élément contributif de la réflexion et du positionnement des directeurs des soins du SSA, amenés à conseiller leur Médecin-chef, à unir en eux ces deux ressources distinctes que sont la pensée et l'action.

Nous proposons en troisième partie de cette étude, d'émettre quelques propositions d'action. Chacun pourra peut être, s'il le souhaite, suivant sa personnalité et selon le niveau auquel il est placé, y trouver des sources de réflexion, utiles à l'orientation de son management.

3 PROPOSITIONS D' ACTIONS ET RECOMMANDATIONS :

Le répertoire des métiers de Fonction Publique Hospitalière²⁸, décline la fiche du directeur des soins en y associant deux idées majeures dont la traduction ne semble pas devoir aller de soi : L'exercice de ce métier, ainsi présenté, consiste bien à « *concevoir la politique des soins et des activités paramédicales et en diriger la mise en œuvre, à décider et/ou influencer les choix stratégiques d'organisation des activités paramédicales* », à un niveau clairement politique mais aussi à « *animer, mobiliser et entraîner les équipes* », à un niveau plus proche de l'opérationnel. Il s'agit bien là de se situer entre *bonne distance et juste proximité*.

En conséquence, la construction de nos propositions d'action, à l'usage du directeur des soins, s'effectue autour de quatre axes de management qui nous semblent prioritaires. Ils forment un tout cohérent, pour lui permettre de lier politique et animation, en associant l'élaboration de la stratégie et sa réalisation dans l'action : **Communiquer, Faire participer, Décentraliser, et développer le sens de l'Humain.**

Ce faisant, le directeur des soins se donnera toutes les chances de pouvoir instaurer parmi les personnels sur lesquels il a autorité, une authentique collaboration, gage d'efficacité et de valeur.

3.1 La communication, gage de proximité

Il existe plus qu'une simple nuance entre informer et communiquer. Informer, c'est mettre au courant, faire part de quelque chose. Mais communiquer peut certes désigner la même opération : « communiquer » une nouvelle, ne sous tend pas la notion d'une réponse attendue. Il s'agit là d'une action à sens unique. Or, l'étymologie latine *communicare* signifie « être en relation avec ».

Dans le domaine des missions du directeur des soins, du management hospitalier plus généralement, nous avons abondé dans l'idée que la cohérence de toute action et la convergence des efforts de chacun, (dans le contexte mouvant du projet de soins), est le fruit notamment de la coordination et de l'organisation des soins. Cette synergie ne peut être possible, quelles que soient l'échelle et la distance hiérarchique, que par une excellente connaissance de l'action à entreprendre et du but recherché. Dès lors, une

²⁸ Répertoire des métiers de la Fonction Publique hospitalière, sous la direction de P Douste Blazy Editions ENSP, 2004.

communication de qualité s'avère indispensable. Elle permettra de plus de parvenir à une meilleure compréhension mutuelle, levier –pourquoi pas- d'estime partagée, et en tout cas d'efficacité renouvelée.

La communication ouvre la voie à un style novateur et meilleur de management. Elle prélude de plus à la participation et la décentralisation, gage de responsabilisation des personnels. Il ne s'agit pas de tergiverser avant de décider, de perdre du temps dans des négociations superflues qui ne pourraient que s'ajouter inutilement à celles qui se pratiquent déjà à l'hôpital. Celui qui se soucie de dialoguer avant de demander l'exécution d'une mission, en usant de son autorité, a le droit ensuite d'attendre davantage en qualité dans l'exécution de cette mission, dans son évaluation et lors des réajustements éventuels.

En revanche, celui qui n'a pas versé son écot à ce devoir de communication doit s'attendre à être moins compris, moins *fidèlement* suivi par des cadres de santé, en proie déjà à un malaise notoirement dénoncé.

Une communication ouverte, confiante et efficace, est gage de proximité entre les acteurs et facilite la relation avec le terrain. Elle repose sur une information de qualité : Les avancées technologiques dans ce domaine, appliquées à l'hôpital, tels les réseaux *intranet*, *intranet*, décrits dans l'observation de terrain, constituent d'excellents moyens de communication, en temps presque réel, qui permettent d'éviter parfois de laisser libre cours à des bavardages infondés et à inquiétudes injustifiées. Ils méritent de ce fait d'être parfaitement maîtrisés par le directeur des soins, appelé de plus à intervenir devant des publics professionnels ou estudiantins pour exposer ses points de vue sur la politique de soins ou la conduite de telle ou telle action thématique.

D'autres moyens de communication, en outre, sont appréciés par les cadres. Sur un support papier convivial et chaleureux, l'« l'Info flash du DS », cité dans cette étude, fait l'unanimité de ses destinataires. Par ailleurs, des réunions régulières, faisant l'objet d'un ordre du jour préalablement diffusé, au déroulement structuré et permettant l'expression des uns des autres, sont d'excellents forums de communication si leur durée n'est pas excessive et si leur animation est rigoureuse.

L'information, pour être de qualité, doit répondre à un besoin, s'adapter au niveau de responsabilité (encadrement supérieur et de proximité) et aux préoccupations de ceux à qui elle s'adresse, être courte et présentée de manière attrayante. Elle doit être surtout opportune, permanente et se rapporter à tous les domaines d'activité qui touchent l'ensemble de l'encadrement des soins, c'est-à-dire très large et diversifiée. Elle exigera donc une disponibilité certaine de la part du directeur des soins.

Interpersonnelle ou institutionnelle, la communication au sein de la direction des soins est un vecteur de motivation, par la réflexion dont elle est le liant, autour des valeurs professionnelles, de leur affirmation éthique, de l'organisation et du projet de soins.

La communication entretenue par le directeur des soins, responsable de la formation continue, permet de plus l'articulation entre le projet personnel et le projet institutionnel et donc la compatibilité recherchée entre les objectifs de l'un et de l'autre.

Communiquer est donc un **acte essentiel dans le domaine du management de la direction des soins**, où coopération (au-delà des clivages des filières et des spécialités) et coordination sont maîtres mots. **Sa pratique y accroît l'efficacité de l'encadrement en favorisant l'épanouissement de chacun.**

3.2 La dynamique de la participation

Les cadres de santé, comme la majorité des acteurs hospitaliers, entendent aujourd'hui être associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions qui les touchent, ou qui concernent leur domaine d'activité. La participation se situe aussi bien lors du processus d'élaboration de la décision que dans l'étude des modalités de son exécution.

En revanche, la décision revient toujours à celui qui sera le premier responsable de ses conséquences :

- ✓ Avant la décision a lieu une concertation au cours de laquelle le directeur des soins doit consulter les cadres de santé et les associer à la définition des objectifs de son niveau, et ainsi leur faire discerner les bornes de leur action.
Cette concertation, selon la nature du sujet, peut être obligatoire comme dans les instances telle que la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT). Elle est institutionnelle ou d'ordre individuel. Elle peut de plus impliquer le corps médical, par l'intermédiaire de la CME.
- ✓ Après la décision, le directeur des soins doit obtenir de chacun qu'il prenne part à mise en œuvre. Il laissera aux cadres de deuxième ou de premier niveau le soin de définir leurs propres objectifs et d'en fixer les étapes. Il tient alors un rôle de guide et les incite à développer leur efficacité en leur accordant une marge suffisante d'initiative, d'autonomie, et de choix.

Cette association se poursuit dans la conduite du projet, lors des bilans partiels et eu égard à l'objectif fixé : il s'agit alors, avec le cadre supérieur, mais aussi les cadres de

proximité, d'évaluer en commun les résultats obtenus et d'effectuer les réajustements nécessaires.

La mise en place de la concertation se concrétise par des structures et des pratiques qui varient selon les situations, les compétences des personnels concernés, mais aussi les buts poursuivis :

- ✓ Les commissions consultatives. La CSIRMT permet au directeur des soins d'associer chaque catégorie de personnels à l'élaboration de projets ou de décisions ayant trait à la direction des soins (organisation, coordination, validation de protocoles de soins, etc.). Elle crée du lien entre les différents professionnels des soins.
- ✓ Les réunions du type « grand rapport », s'adressent surtout aux cadres supérieurs et intéressent tous les domaines d'activité. Leur dimension est surtout stratégique.
- ✓ Les groupes de travail qui peuvent être constitués au sein de la direction des soins, à l'initiative ou avec l'accord du directeur des soins, pour l'étude de sujets spécifiques et le plus souvent complexes, parfois épineux (régime des gardes et astreintes par exemple).

Ces groupes peuvent concerner également les médecins ou les personnels administratifs : Ils doivent donc se constituer en toute transparence pour intégrer, le cas échéant, d'autres intervenants, extérieurs à la direction des soins.

Ces structures et leurs pratiques ne sauraient devenir des buts, elles ne sont que des moyens permettant de stimuler l'esprit d'initiative et de créativité ainsi que l'aptitude au changement, facteur de progrès. Elles ne valent que par ceux qui les constituent et les animent, et par l'adhésion au Projet de soins, qu'elles suscitent.

La participation ne peut être efficace que grâce à un effort particulier du directeur des soins pour faciliter l'expression des opinions des cadres de santé, fussent-elles divergentes. Il doit veiller à ne provoquer ni des attitudes craintives ou serviles, ni une contestation globale qui serait le signe de son échec personnel. Il pourra en écarter le risque en maîtrisant le sujet abordé et en s'y tenant scrupuleusement, sans digression ni jugement de valeurs. Cet exercice exige donc de lui une préparation rigoureuse notamment par la connaissance claire de l'ordre du jour et la lecture des documents utiles ou le recueil des avis opportuns.

La concertation exige aussi un certain esprit de confiance, que le directeur des soins obtiendra en appréciant objectivement la façon dont les cadres de santé font preuve

d'initiative et de responsabilité, sans se contenter de relever les erreurs et les lacunes. Ainsi, la participation sera plus sereine, transparente et dénuée de formalisme excessif.

Trop souvent, et nous pensons que cela est regrettable, la participation n'en reste qu'au stade des bonnes intentions ou ne s'active qu'à la veille d'échéance de poids (audit externe, par exemple). La participation ne doit pas, de plus, se révéler corporatiste et négliger le corps médical ou administratif.

Chacun doit trouver son compte dans une bonne pratique de la participation, appelée sans doute à prendre une importance accrue dans une forme nouvelle, face aux enjeux sous-tendus par les pôles d'activité. Le directeur des soins, placé au carrefour de ces pôles responsables, devra y veiller.

3.3 La décentralisation, source d'implication

Tout système complexe et fortement hiérarchisé, comme les établissements de santé, comporte un risque de centralisation excessive. Cette tendance est dangereuse. Elle provoque une inadaptation des décisions aux situations concrètes, une absence de souplesse, un cumul de charges et un retard préjudiciable dans bien des cas ainsi qu'une baisse de la motivation des échelons subordonnés.

3.3.1 De la centralisation à la contractualisation

Pourtant, le directeur des soins doit parfois dans certaines circonstances pratiquer une centralisation rigoureuse pour mieux rendre compte au chef d'établissement : situation d'urgence ou de conflit, mise en cause de l'image de l'établissement, ... Le recours à la centralisation s'explique alors par le souci de la cohérence des actions, de la discrétion ou de l'efficacité des moyens.

Toutefois, hors de ce contexte, le directeur des soins doit lutter contre l'excès de prudence et le perfectionnisme qui le conduiraient à faire monter jusqu'à lui ou à collecter dans les services, toutes les informations, y compris celles dont il n'a que faire, et à décider finalement de « tout ». Il s'interdirait alors, en exécutant les tâches qui reviennent aux cadres supérieurs voire à ceux de proximité, de bénéficier de leurs capacités et leur ôterait de plus les possibilités d'épanouissement que permet la responsabilisation.

Ainsi se trouve justifiée la décentralisation, par la délégation, qui consiste à donner aux échelons subordonnés des responsabilités de décision relevant normalement de

l'échelon supérieur. Elle visera à mettre en œuvre, en toute cohérence, une partie de l'action globale à mener, sans s'affranchir *in fine* de La Responsabilité de l'action engagée. Par exemple, notamment dans le SSA, les directeurs des soins seront amenés à décentraliser, à déléguer à des cadres supérieurs, certaines de leurs missions telles que la Formation continue, la gestion du Service Infirmier de Compensation et de Suppléance ou d'autres services transversaux.

D'autre part et au contraire, la mise en pôle d'activité et la délégation de gestion dans les établissements de grande taille conduiront peut être les directeurs des soins à remplir surtout des missions transversales, telle que l'hygiène ou la gestion des risques liés aux activités de soins.

Pour préparer des cadres à assumer des responsabilités, le directeur des soins doit agir avec « une bonne distance ». Il s'agit, dans le souci du respect de la contractualisation obtenue, de leur laisser une grande liberté d'action, et d'éviter – avec confiance - toute intervention qui, dès lors, serait mal perçue.

3.3.2 L'évaluation

Cependant, *la confiance n'exclut pas le contrôle*, et les cadres supérieurs ou de proximité doivent lors des évaluations admettre d'éventuelles critiques et savoir reconnaître leurs erreurs, pour tirer des leçons positives.

Cette fonction d'évaluation, demande d'ailleurs au directeur des soins de développer une culture spécifique de l'évaluation et de discerner des éléments d'appréciation pertinents, ou indicateurs, en regard de la taille et des différents secteurs d'activité.

Ainsi, inviter les cadres de santé à élaborer et à tenir à jour des tableaux de bord mensuels sur l'activité de leur service, en établissant des liens essentiels de management, est un bon point de départ à une évaluation de leur performance :

- mesure des résultats en regard d'objectifs à long, moyen et court terme de l'organisation dans son ensemble et des différents secteurs d'activité,
- adéquation des moyens mis en place notamment en terme d'efficience et d'efficacité,
- satisfaction des personnes soignées, des personnels et des différents partenaires.²⁹
- (...)

²⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. 2005, p.27

3.4 Le sens de l'humain

L'exercice du management est d'abord celui d'une relation entre les hommes.

De cette relation dépend en grande partie son efficacité. Les rapports du directeur des soins avec les cadres de santé doivent donc comporter cette chaleur humaine sans laquelle il n'y a pas d'adhésion active, ni implication consciente et volontaire.

L'effort, dans ce domaine, est à poursuivre dans quatre directions :

3.4.1 La connaissance du milieu humain :

Manager une équipe de cadres exige de les comprendre.

Et d'abord convient-il donc de les connaître, tout en évitant de s'immiscer dans leur vie personnelle et en s'efforçant de les voir non pas comme on voudrait qu'ils soient, mais tels qu'ils sont. Dans cette perspective, on ne doit pas se limiter aux renseignements d'ordre administratif : il faut être attentif aux situations personnelles, aux aspirations, aux préoccupations, aux besoins des cadres de santé, et en cela, se porter au devant d'eux avec chaleur, respect, et simplicité.

3.4.2 La recherche permanente du contact :

Elle exclut des comportements trop rigides ou formels qui bien souvent ne servent qu'à dissimuler une timidité excessive, un manque de confiance en soi ou des insuffisances fâcheuses. Elle demande de mettre à profit, voire de susciter, les occasions propices à l'échange et à l'établissement de rapports confiants. Pour cela, la présence ponctuelle du directeur des soins sur le terrain, particulièrement au cours des moments forts de la vie quotidienne d'une équipe, comme les transmissions, la visite médicale - et pourquoi pas le « café » ? - sont des moments à privilégier, en accord avec l'encadrement de proximité et les médecins chefs de service.

Il faut dès lors distinguer les activités où la plus grande rigueur s'impose, en particulier lorsque la continuité et la sécurité des soins sont en jeu (transmissions par exemple), de celles qui peuvent favoriser des relations humaines plus détendues (« pots » de départ par exemple). Dans ce dernier cas, le directeur des soins se doit d'être abordable et ne pas hésiter à se livrer plus personnellement, car la connaissance des personnes implique une certaine réciprocité.

3.4.3 La vigilance par rapport aux attitudes :

Deux excès sont à éviter : la froideur et la familiarité. Il s'agit pour le directeur des soins, appelé parfois au plus près de l'action, de trouver un équilibre entre rigueur et compréhension, entre distance et proximité.

Pour l'extérieur, il ne peut se soustraire à son devoir de représentation. Il témoigne en effet de ce qu'est la direction des soins de l'établissement et se porte en avant pour participer aux moments forts de la vie d'autres établissements de santé voisins, des instituts de formation. Il en reçoit en stage les étudiants, dont il est responsable dans son établissement.

3.4.4 L'engagement personnel

La fonction de directeur des soins exige un engagement personnel important. Son exemple, sa disponibilité et son exigence sont déterminants.

Proche des cadres de santé et des équipes, le directeur des soins explique, commente, sanctionne, guide, stimule et donne de la valeur ajoutée à leurs actions. Le directeur des soins doit autant que possible se monter d'une grande disponibilité et amener les cadres de santé à faire de même. L'accès à son bureau doit être, à sa demande, facilité par son secrétariat, pour lui permettre de recevoir les partants, les arrivants, et tous ceux qui souhaitent lui exposer des problèmes personnels, sans qu'il néglige pour autant les priorités institutionnelles.

3.4.5 Le renforcement de la cohésion du groupe

Le développement de l'identité professionnelle des cadres de santé, les difficultés qu'ils connaissent sur le terrain, le manque de reconnaissance dont ils disent parfois souffrir, les poussent à développer un sentiment d'appartenance à une cellule, à une catégorie où la solidarité n'est pas un vain mot.

Renforcer la cohésion du groupe, pour provoquer une dynamique plus forte autour du projet de soins, passe aussi par le développement d'une certaine mobilité au sein des cadres de santé, qui ne doit pas être toutefois trop fréquente et, en tout cas, être toujours justifiée.

Celle-ci contribuera à limiter les cloisonnements entre spécialités, à éviter les résistances aux changements entraînées par une culture de service réductrice, et à privilégier un sentiment d'appartenance plus institutionnelle.

Développer le sens de l'humain dans la direction des soins doit amener deux effets principaux : L'adhésion à la politique du directeur des soins, ainsi que la cohésion de toute l'équipe, ce qu'on appelait hier *service de soins*.

D'ailleurs, le directeur des soins ne peut être seul. Il manage l'organisation des soins, en collaboration avec une équipe de cadres supérieurs, de cadres de proximité, et en relation avec les chefs de service médicaux et administratifs, sans quoi rien ne serait possible.

3.5 Agir au présent, tourné vers l'avenir.

Il existe des directeurs des soins, en d'autres CHU ou CHG, qui dès leur affectation, s'équipent de blouses blanches et se rendent d'emblée, régulièrement, dans les services cliniques, de rééducation et médico-techniques, sans occulter pour autant la dimension politique et stratégique de leur fonction.

Le directeur des soins est en tête de la direction des soins, non au dessus. Il peut en effet se retrouver dans la mêlée, comme certains évènements médiatisés l'ont souligné ces derniers temps. Il décide, et peut manager au milieu de « ses » cadres de santé, tout en s'efforçant de disposer toujours d'un temps d'avance sur le quotidien. Nos stages nous ont montré combien cette affirmation est criante de vérité en ce concerne le recrutement des personnels paramédicaux et leur affectation au sein des services cliniques, dans le contexte de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Le directeur des soins éclaire l'avenir dans la recherche des moyens à mettre au service du patient et de leur organisation la plus efficiente, alors même que l'action quotidienne est souvent immédiate, et qu'elle reste permanente et pressante.

CONCLUSION

L'Hôpital est un monde en mouvement.

Les évolutions qui n'ont pas fini de le marquer, dont les causes sont multiples, conduisent à une réflexion plus approfondie et à une analyse plus poussée du management des ressources humaines qui s'emploient à y dispenser des soins de qualité.

Le directeur des soins, placé depuis peu dans une dynamique de coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, a vu sa fonction prendre une dimension nouvelle, au-delà des logiques de spécialité, de métier d'origine et des cloisonnements. Sa mission de manager des activités de soins comprend la coordination des soins, la coopération entre les acteurs hospitaliers, et leur implication dans le projet de soins institutionnel.

Pour cela, elle repose sur la contribution et la collaboration des cadres de santé de proximité, qui, ensemble, constituent la clé de voûte de la direction des soins, sa *colonne vertébrale*. Leur adhésion pleine et consciente au projet de soins, leur degré d'implication conditionnent la réussite de l'action du directeur des soins.

Particulièrement dans les structures de taille modeste - comme celles du SSA - parce plus propices peut-être à une meilleure connaissance mutuelle, cette implication tient notamment au fait que le directeur des soins établit une relation directe avec eux, et se montre, autant que possible, présent sur le terrain.

L'exercice du management par le directeur des soins suppose en tout cas de l'adaptabilité et un souci certain de la proximité. Ils constituent un gage de réussite pour la mise en œuvre des activités de soins et laissent augurer une meilleure qualité des prestations au service de la personne soignée.

Plus l'ascension hiérarchique est importante et que le titre, par sa puissance ou son prestige, semble devoir nous éloigner des personnels dont on est responsable, et plus il faut prendre conscience que l'efficacité de notre action dépend aussi de la proximité que l'on se doit d'établir et vivre au quotidien avec ses subordonnés.

Puisque nous rédigeons ce mémoire à la veille de réintégrer le Service de Santé des Armées, nous nous permettons ici de citer le Maréchal de Belle-Isle (1684-1761), conseillant son fils appelé à prendre le commandement d'un régiment : « *Connaissez vos hommes, ayez pour votre lieutenant-colonel la déférence la plus grande et pour vos capitaines des égards marqués. Aimez les bas-officiers et les soldats, parlez leur souvent et avec bonté, consultez-les même quelquefois. (...) C'est autant pour votre gloire que pour votre honneur que je vous recommande de vous montrer humain et généreux ;*

l'humanité, la libéralité nous gagnent et nous conservent le cœur des hommes avec qui nous vivons, auxquels nous commandons. »

Si cette affirmation est valable pour l'officier, elle l'est aussi par analogie pour le directeur des soins, *repère* au sein de la direction des soins, ainsi que pour le cadre de santé, proche par ses fonctions de son équipe. Tous deux sont en effet *soumis aux lois et règlements applicables aux officiers*.

Cet exercice du management, pétri d'humanité, ne devrait pas leur être si difficile, justement parce qu'ils sont, à leur niveau respectif, appelés à servir l'Homme et à prendre en compte la souffrance des malades accueillis.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal officiel de la République Française*, 3 mai 2005, 7626.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001 – Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. *Journal officiel de la République Française*, 18 janvier 2002,1008.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991 – Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 02 août 1991.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002.- Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, 7187.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. - Décret 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière *Journal officiel de la République Française*, 01 janvier 2002, 38.

OUVRAGES :

ALLARD-POESI F., *Management d'équipe*. Les topos. Paris : Dunod, 2003. 128 p.

AUTHIER M., HESS R., *L'analyse institutionnelle*. Collection « Que sais-je ». Paris : Presses Universitaire de France, 1981.

BALLE C., *Sociologie des organisations*. Collection « Que sais-je ? ». 2^{ème} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 1992.

BERNOUX P., *La sociologie des organisations*. 5^{ème} édition revue et corrigée. Points. Paris : Editions du Seuil, 1990. 382 p.

BLANCHARD K., JOHNSON S., *Le manager minute*. Paris : Editions d'organisation, 1987. 115 p.

BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*. 2^{ème} édition. Paris : PUF, 1993.

BROUSSILLON A., *Surveillante à cœur ouvert : Un franc-parler pour un autre regard sur une profession*. Paris : éditions Seli Arslan, 1996. 190 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Points. Paris : éditions du Seuil, 1977. 500 p.

FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*. Revue Pour, n°28. Paris : L'Harmattan, 1988. 124 p.

FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle* (sous-titre : *Dynamiques de l'action organisée*). Paris : éditions du Seuil, 1993. 414 p.

GONNET F., *L'hôpital en question*. Paris : Lamarre, 1992. 359 p.

HART J., LUCAS S., *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. 180 p.

LEWIN K., *Psychologie dynamique, les relations humaines*. Paris : Presses Universitaires de France, 1959. Nombre de pages

LIVIAN Y.F., *Introduction à l'analyse des organisations*. 2^{ème} édition. Paris : Economica, 2000. 110 p.

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation, 1982.

MONTESINOS A., *Surveillante, une fonction à reconsidérer*. Paris : éditions Arnette, 1992. 242 pages.

MONTSERRAT X., *Comment motiver*. Paris : Editions d'organisation, 2004. 238 p.

THEVENET M., *Quand les petits chefs deviendront grands*. Paris : Editions d'organisation, 2004. 179 p.

THEVENET M., *Le plaisir de travailler*. 2^{ème} édition. Paris : Editions d'organisation, 2004. 265 p.

WALDER F., *Saint-Germain ou la négociation*. Paris : éditions Gallimard, 1958. 195 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

SCHWEYER F.X. « L'hôpital sous tension ». *Sciences humaines*, 2005, hors série n°48, pp. 60-63

LHOTELLIER A. « Le travail méthodique de projet ». *Education permanente*, 1986, n°86, pp. 67-72

FICHES DE LECTURE :

Les fiches de lecture de la chaire DSO/Conservatoire National des Arts et Métiers : B.LEBEAUPIN, Diplôme d'Etudes Approfondies, « Norbert ALTER, *L'innovation Ordinaire*, Presses Universitaires de France, 2000 », 30 p

COLLECTIVITE D'AUTEURS :

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. 2005, 40 p.

Répertoire des métiers de la Fonction Publique hospitalière, sous la direction de monsieur Philippe Douste Blazy Editions ENSP, 2004.

Liste des annexes

- Le Guide d'entretien

Annexe : Guide d'entretien

PREALABLE :

Actuellement directeur des soins en formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, je vous remercie de me recevoir et d'accepter cet entretien que j'ai sollicité dans le cadre de mon travail de mémoire.

Celui-ci, ainsi que je vous l'avais précisé au cours de notre récente conversation téléphonique porte, disons de manière très générale, sur « Le rôle du directeur des dans l'implication des cadres de santé et la dynamique du projet de soins. » Si vous le voulez bien, cet entretien aura une durée de trente à quarante cinq minutes.

Taille de l'hôpital :

Taille du service :

Structure pavillonnaire ou monobloc :

Qualité de la personne sollicitée pour l'entretien :

Thème 1 : Projet de soins

Pouvez vous me citer quelques outils dont dispose le DS pour coordonner et mettre en œuvre les activités de soins ?

(Attendu : Projet, transmissions ciblées, dossier de soins, rencontres thématiques,...)

Comment ces outils doivent ils être mis en place par le DS ? *(Attendu : Consensus)*

Existe-t-il un projet de soins dans votre établissement ? Pouvez-vous m'en parler ?

(Détailler, faire parler)

Selon vous, dans quelle mesure le projet de soins est-il un moteur pour la dynamique des équipes de soins ? *(Fédérer, motivation,...).*

Pensez vous que les relations, qui s'établissent entre le directeur des soins et les cadres de santé peuvent avoir une influence sur la dynamique du projet de soins ?

Pourquoi ?

(Demander des précisions)

Thème 2 : La motivation

Par Valorisation et responsabilisation des acteurs – reconnaissance de leurs actions,

Pouvez vous me parler de ce qu'est pour vous l'implication dans son travail ?

(Faire parler)

Pourquoi ?

Quelle est selon vous, l'attitude que le DS doit adopter face aux projets individuels et collectifs ? Comment doit il s'en saisir ? *(Suivi, valorisation, responsabilisation, reconnaissance)*

Pour quelle conséquence sur la dynamique des cadres de santé ? *(Implication)*

Thème 3 : Collaboration et qualité des relations

Selon vous, quelles relations le DS doit-il développer avec les cadres de santé ?

- en terme de communication (écoute, attitude,...)
- en terme de soutien de l'encadrement
- quelle distance hiérarchique voyez vous entre le directeur des soins et les cadres de proximité

(Parler du cadre supérieur)

Thème 4 : Le DS, acteur de terrain et de proximité ?

Nous avons abordé précédemment la qualité de la relation qui s'établit entre le DS et les cadres de santé.

Selon vous, le directeur des soins doit-il s'impliquer sur le terrain ?

Dans quelle mesure ? *(Proximité et connaissance des équipes)* Pourquoi ?

Quelle conséquence cette présence a-t-elle sur la dynamique des équipes ?