



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**L'impact de l'organisation en pôles
d'activité sur le management du
directeur des soins**

Maria DEVAUD

Remerciements

Par ces quelques mots, je souhaite remercier tous les professionnels qui ont eu la patience de répondre à mes questions et qui ont accepté de prendre du temps pour m'aider dans mon cheminement.

Madame Isabelle MONNIER et Monsieur Mathias WAELLI, ont su démêler toutes les interrogations et m'ont aidé dans ma réflexion.

Je tiens à dire merci aux Directeurs des soins qui m'ont fait partager leurs expériences et leurs connaissances.

Je n'oublie pas l'équipe pédagogique et je les remercie pour leur soutien.

A Maëlys, Hervé

A Fanette

Sommaire

Introduction	1
1 L'Hôpital d'aujourd'hui	5
1.1 Héritier des traditions : Hôpital charité-Hôpital social.....	5
1.1.1 Rappel historique	5
1.1.2 Une succession des réformes avant l'ordonnance de 2005.....	5
1.1.3 La modernisation des hôpitaux.....	6
1.1.4 Rappel architectural	7
1.2 Hôpital médico-économique.....	7
1.2.1 De l'ordonnance de 2005 à la loi HPST de 2009, l'hôpital modernise son organisation.....	8
1.2.2 Par la consécration des pôles d'activités : modèle d'organisation unique	9
1.2.3 Avec un médecin-manager : Le chef de pôle	10
1.2.4 Un management et une gestion économique des pôles	10
1.3 La direction des soins dans la nouvelle organisation hospitalière	15
1.3.1 L'hôpital : organisation complexe	15
1.3.2 Hôpital et projets	16
1.3.3 De la supérieure au directeur des soins	17
1.3.4 A la politique et à la stratégie	18
2 A l'écoute des organisations.....	19
2.1 Méthodologie de recherche.....	19
2.1.1 Choix des établissements	19
2.1.2 Population interviewée	20
2.1.3 Les outils de recueils.....	20
2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête	21
2.1.5 Méthode d'analyse	21
2.2 Restitution des entretiens.....	22
2.2.1 L'évolution des métiers.....	23

2.2.2	Les acteurs et l'organisation en pôles d'activité	25
2.2.3	Les relations interprofessionnelles entre les différents acteurs	28
2.2.4	Les missions du directeur des soins à travers le regard de ces acteurs.....	32
2.3	Analyse et discussion	33
3	Préconisations à mettre en place par le directeur des soins dans le management de l'encadrement.....	35
3.1	La politique de management du directeur des soins	35
3.1.1	Un management centré sur le patient	35
3.1.2	Une communication dans l'organisation polaire à favoriser.....	36
3.1.3	La compétence collective au service de l'organisation.....	38
3.2	Animer et motiver les Hommes : mission du directeur des soins.....	40
3.2.1	Le management à la confiance	40
3.2.2	Manager des cadres managers	41
3.2.3	Positionner institutionnellement l'encadrement	43
3.3	Le plan d'actions.....	45
3.3.1	Clarifier les rôles	47
3.3.2	Construire un parcours qualifiant	49
3.3.3	Améliorer les pratiques professionnelles.....	51
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
COPIL	Comité de Pilotage
CME	Commission Médicale d'Établissement
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC	Développement Professionnel Continu
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OPP	Organisation Pluraliste Publique
T2A	Tarification à l'activité

Introduction

L'hôpital, depuis trente ans connaît des modifications dans son environnement et ses modes de fonctionnement avec une accélération ces dix dernières années.

En 2002, le plan MATTEI, annonce la modernisation de l'hôpital. Un des enjeux de ce plan est de transformer la gestion d'un hôpital à l'image de celle d'une entreprise en développant les centres de responsabilité, la contractualisation avec les autorités de Tutelle, l'autonomie budgétaire et la délégation de gestion vers les soins.

Le plan MATTEI, Hôpital 2007, s'accompagne de réformes qui sont à la fois structurelles (création de pôles d'activité), institutionnelles (nouvelle gouvernance) et financières (la tarification à l'activité ou T2A).

L'Ordonnance du 2 mai 2005¹ met fin à l'organisation hospitalière fondée sur le découpage des services médicaux et instaure le pôle d'activité comme mode d'organisation de référence. Au niveau de chaque pôle d'activité, est nommée une nouvelle autorité, un praticien responsable de pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le *fonctionnement technique*. Il est assisté selon les activités du pôle par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de ses compétences et par un cadre administratif. Cette organisation en pôles doit améliorer la qualité du service rendu et l'efficacité des établissements de santé.

La loi du 21 juillet 2009² portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) poursuit la réorganisation et la modernisation de l'ensemble des systèmes de santé. Elle conforte l'organisation interne de l'hôpital en pôles d'activité cliniques ou médico-techniques. Le directeur de l'établissement en définit librement l'organisation interne. Elle est mise en place conformément au projet médical d'établissement. A la tête de ces pôles, est nommé un médecin chef de pôle.

Le chef de pôle est nommé par le directeur. Il signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement et organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a

¹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n° 102 du 3 mai 2005, 7626.

² MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009,12184.

autorité fonctionnelle, *le fonctionnement du pôle* et l'affectation des ressources humaines. Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par des collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Cette fonction de collaborateurs de chefs de pôle n'est pas réglementairement définie, mais de manière générale les établissements ont maintenu le trio de pôle (médecin-soignant-administratif).

Le cadre soignant de pôle, a un rôle crucial dans le fonctionnement quotidien du pôle. Il devient le collaborateur privilégié du chef de pôle. La solidité de ce binôme est primordiale pour le maintien de la stabilité du pôle au quotidien. Un nouveau métier, de nouvelles fonctions apparaissent dans cette organisation. « Leur positionnement reste double, entre l'appartenance au trio de pôle, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et leur place dans la hiérarchie soignante, sous l'autorité de la direction des soins³ ». Il gagne en autonomie par rapport à la direction des soins⁴. Il le considère comme « leur patron », même s'il n'appartient pas à la filière soignante et estime qu'il est la personne la mieux à même d'évaluer leur action⁵.

Les acteurs de terrain, cadres de proximité et praticiens hospitaliers constituent le socle du pôle. La focalisation sur le trio de pôle, la nomination de chefs de pôle et des cadres supérieurs de pôle, représentent un bouleversement important de leur propre positionnement au sein de l'institution.

Les chefs de service se sentent « déclassés » au fur et à mesure des réformes⁶. Les cadres de proximité restent très attachés aux services. La création de la fonction cadre de pôle a été perçue comme un échelon supplémentaire et a suscité des frustrations chez les cadres de proximité. De plus, la plupart du temps, il n'a pas été associé aux réflexions sur le découpage des pôles⁷.

Le directeur des soins a vu son rôle stratégique s'accroître ces dernières années. D'une part l'ordonnance du 2 mai 2005 confie dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à un directeur des soins. Il est membre de l'équipe de direction, nommé par le directeur. D'autre part la loi HPST, fait du directeur des soins, coordonnateur général des soins, un membre de droit, au sein du Directoire. Cette loi, reconnaît, par les missions qui lui sont confiées la position stratégique, politique et institutionnelle dans la gestion du personnel soignant, la formation

³ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.23.

⁴ Op.cit.p.39

⁵ Op.cit.p.40

⁶ FELLINGER F., BOIRON F., juin 2011- janvier 2012, *Mission hôpital public*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.39.

⁷ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et de des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.29.

et la recherche. Dans, le cadre de la nouvelle gouvernance, le directeur des soins, « est l'animateur et le coordinateur de l'équipe de cadres supérieurs, des cadres de santé. Il est le garant de l'harmonie institutionnelle de l'équipe soignante »⁸. Enfin, le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière confirme le rôle plus stratégique, politique et moins opérationnel des Directeurs des soins.

Cette organisation en pôle, fait apparaître l'émergence d'acteurs majeurs, constitués par le trio de pôle. Mon intérêt professionnel pour cette organisation en pôles concerne le questionnement du maintien du lien, autre que hiérarchique, entre le directeur des soins et l'encadrement.

Des retours d'expérience, m'ont apporté ces réflexions suivantes :

- En fonction de la posture du cadre de pôle, ses attitudes, ses réactions apparaissent comme une volonté de se dissocier de la direction des soins, des mots apparaissent comme « *l'ingérence du directeur des soins* » ou « *nous n'avons plus besoin du directeur des soins* » et « *nous sommes des mini-directeurs des soins* »;
- Les cadres de proximité se sentent non reconnus dans l'organisation des unités, « *le cadre de pôle nous affecte des agents sans notre avis sans parution de poste à la mutation* », « *le cadre de pôle ne nous écoute pas* ». Ils traduisent cette frustration par les questions suivantes : « *Mais où est le directeur des soins? Que fait le directeur des soins ?* ».

L'organisation en pôle met en place un schéma pyramidal médical (chef de pôle) et une hiérarchie avec un schéma d'orientation transversale (direction des soins).

Les chefs de pôles d'activités cliniques ou médico-techniques sont à la fois médecins et managers de leurs pôles. Leur fonction de chef de pôle est renforcée auprès de la direction et des équipes médicales et non médicales du pôle. Ils sont investis d'une réelle autorité déconcentrée. Ils deviennent des acteurs majeurs de l'hôpital avec des attentes vis-à-vis du cadre de pôle. Au regard de ces attentes, du soutien apporté par l'institution aux chefs de pôles, dans la gestion des ressources non médicales et la recherche d'une efficacité médico-économique, quelles sont les compétences attendues du cadre de santé de pôle? Quelle est sa valeur ajoutée? Quel lien le directeur des soins peut-il mettre en place avec le cadre de santé de pôle ?

⁸ TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.20

Le directeur des soins dans les missions qui lui sont confiées doit maintenir, la cohérence et la cohésion des équipes de soins au sein de l'institution. Au regard de ces constats, ma question de départ est :

En quoi, la mise en place des pôles d'activité modifie-t-elle les relations de travail entre le directeur des soins et l'encadrement ?

Pour explorer cette question, je m'appuie sur 2 hypothèses :

1. L'évolution du métier de l'encadrement ;
2. Les incidences de la mise en œuvre de l'organisation en pôles sur l'exercice managérial du directeur des soins.

La première partie de mon travail consiste à aborder le cadre théorique par des concepts et une recherche documentaire pour étayer mes constats.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse d'une enquête sur le terrain pour explorer mes hypothèses de travail. Le choix méthodologique retenu est l'entretien semi-directif, auprès des directeurs des soins, des cadres supérieurs de pôles, des cadres de proximité, des chefs de pôles et des directeurs. Ces entretiens ont eu lieu dans un Groupe Hospitalier Universitaire et un Centre Hospitalier Universitaire. J'ai complété cette enquête lors du Module Interprofessionnel de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), auquel j'ai participé, sur « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management »⁹. Cette enquête donne une approche de la stratégie managériale dans cette organisation en pôles d'activité.

La troisième partie abordera les préconisations et les propositions d'actions concrètes à la prise de fonction. Elle s'appuiera sur des actions conduites par le directeur des soins au sein d'établissement organisé en pôles d'activité.

⁹ BRUEL S., DARMENTON A., DEVAUD M. et al. « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management : Module Inter Professionnel de Santé Publique » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, mai 2012, Rennes, EHESP, 2012

1 L'Hôpital d'aujourd'hui

L'origine historique des hôpitaux en France prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société.

1.1 Héritier des traditions : Hôpital charité-Hôpital social

1.1.1 Rappel historique ¹⁰

Les maisons hospitalières offertes par les chrétiens pour les pauvres et les pèlerins sont à l'origine de la naissance des établissements de santé (Hôtel-Dieu de Lyon en été fondé en 549 et celui de Paris en 651).

Au Moyen-Âge, la vocation est étroitement liée à la Religion. Le malade est confondu avec le pauvre. L'hôpital appartient au patrimoine de l'Eglise. Ce n'est pas un centre de soins thérapeutiques mais un système d'aide apporté par l'Eglise dont la mission est de toucher l'âme et d'honorer Dieu.

A la Renaissance, l'administration royale tente de maîtriser le pouvoir religieux en impliquant des laïcs dans la gestion. En 1692, un édit royal de Louis XIV, demande les créations d'«Hôtel-Dieu» et d'hospices pour recevoir et «renfermer» les pauvres, vieillards et orphelins¹¹. La notion d' « hôpital général » est généralisée de Paris à la province. L'hôpital est investi d'une mission sociale.

La Révolution en 1789, consacre la nationalisation des hôpitaux et en 1796, ils sont rattachés aux communes. Telle est l'origine d'une tutelle étroite entre l'hôpital et la commune. La Révolution française consacre l'hôpital comme lieu de soins.

Les hôpitaux se médicalisent progressivement à la fin du XVIIIème siècle. Ils poursuivent leur évolution tout au long du XIXème siècle grâce aux progrès de la médecine et de la science. Ils progressent dans la moitié du XXème siècle par l'apparition des premières assurances sociales et leur généralisation en 1945. L'hôpital, passe de la charité à l'assistance.

1.1.2 Une succession des réformes avant l'ordonnance de 2005

La loi du 21 décembre 1941¹² rompt avec l'hospice et ouvre l'hôpital aux malades payants. Cette loi consacre également l'hôpital comme un établissement sanitaire et social, pose les bases de l'institution moderne, organise les hôpitaux en **service médicaux**. La fonction de directeur est créée. L'activité de soins devient sa mission prioritaire. L'hôpital devient un établissement de soins ouvert à tous.

¹⁰ SAFON.M.O., Septembre 2011, *Historique des réformes hospitalières en France*, pôle documentation de l'Irdes, [visité le 7 août 2012], disponible sur internet : www.irdes.fr

¹¹ CLEMENTJ.M., 2011, *Précis de droit hospitalier*, 2e édition, Bordeaux : Les études hospitalières, p.12

¹² Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils est complétée par un décret d'application du 17 avril 1943 qui consacre l'organisation de l'hôpital en services.

L'ordonnance du 30 décembre 1958¹³, dite réforme Debré, instaure une médecine hospitalo-universitaire, en créant le temps plein médical. L'hôpital devient un pôle d'excellence, de soins, d'enseignement et de recherche.

La loi du 31 décembre 1970¹⁴ met en place le service public hospitalier. Les hôpitaux deviennent des établissements sanitaires, pivot du système de santé et crée la carte sanitaire.

La loi du 31 juillet 1991¹⁵, dite réforme Evin, instaure les schémas régionaux d'organisation sanitaire et crée des outils de management comme le projet d'établissement et les contrats pluriannuels. Le projet d'établissement définit les orientations stratégiques, de gestion de l'établissement sur une période de 5 ans. C'est le début des restructurations et de fermetures des lits. Cette loi crée la direction du service des soins infirmiers et la commission du service des soins infirmiers.

Les ordonnances Juppé¹⁶**en 1996**, mettent l'hôpital public au centre d'une réforme ambitieuse. Elle s'organise autour de la régulation régionale par la création des agences régionales de l'hospitalisation et par l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière avec l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et un renforcement des réseaux de soins. La gestion se modifie en développant la contractualisation interne avec la création de centres de responsabilité et externe des établissements de santé¹⁷.

1.1.3 La modernisation des hôpitaux

Le plan Hôpital 2007, plan de modernisation de l'hôpital, repose sur une simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que sur la création d'un régime de financement unique, la tarification à l'activité (T2A). Cette allocation de ressources modifie la gestion financière des établissements, en accordant toute son importance au développement de l'activité et donc des recettes. C'est une médicalisation du financement, un développement d'outils de pilotage médico-économique, une responsabilisation des établissements et des acteurs. Cette réforme financière a des impacts sur les organisations et sur la stratégie des hôpitaux. La nouvelle organisation interne des établissements publics de santé **supprime les centres de responsabilités en créant les pôles d'activité**.

Ce plan, conçu en 2002, mis en œuvre en 2003 se voit prolonger par un plan d'investissement.

¹³ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires à la réforme et de l'enseignement médicale et au développement de la recherche médicale. Journal officiel du 31 décembre 1958

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière Journal officiel, n°70-318 du 3 janvier 1971.

¹⁵ MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991,10255.

¹⁶ MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicale de dépenses des soins. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996,6311

¹⁷ DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPERC., PAIRE C., 2011, *Droit hospitalier*, 8^e éd., Paris : Dalloz, p.139

1.1.4 Rappel architectural

Les hôpitaux, au cours des siècles connaissent des évolutions architecturales¹⁸.

Les hôpitaux généraux sont de tailles diverses. La plupart, sont des hospices de faible capacité où se côtoient les orphelins, les malades, les vieillards, les mendiants, les aliénés et les filles de «mauvaise vie». Leurs typologies sont sous la forme d'hôpital-chapelle, de maison-hospitalière et surtout d'hôtel-Dieu, en forme de cloître.

Le développement de l'hygiène pasteurienne (fin XIXème, début XXème) et le développement des spécialisations médicales conduisent à des constructions de type pavillonnaire et s'étendent sur des grandes surfaces. Des établissements de santé privés apparaissent pour combler les lacunes des établissements publics qui s'occupent de l'indigence.

Dans les années 1930-1950, les hôpitaux blocs permettent une concentration des moyens, une facilité de communication et de circulation.

Les années 1970 apportent une humanisation par la construction d'établissements de plus petite taille, plus faciles à gérer, autour de 500 lits.

L'évolution des progrès technologiques oblige la concentration des moyens techniques lourds et onéreux (IRM, Scanner) vers la construction d'un nouveau style architectural, gigantesque en périphérie des villes : l'hôpital bloc.

C'est dans ce contexte architectural, avec des établissements de différentes époques, peu adaptés aux exigences de confort et de sécurité actuelles que la recomposition de l'offre de soins s'organise. Le plan d'investissement est nommé « Plan Hôpital 2007-2012 ». Il privilégie l'efficience hospitalière et répond aux besoins du schéma régional d'organisation des soins. Ce plan, valorise les restructurations et les regroupements d'établissements et de plateaux techniques (publics et publics-privés) afin de répondre aux besoins de santé de la population. Il modifie également les restructurations et les organisations internes par la création des pôles pour optimiser l'efficience et la performance de l'établissement¹⁹.

1.2 Hôpital médico-économique

La modernisation des établissements de santé répond à la nécessité pour les établissements de santé de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités.

¹⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, septembre 2009, *Ensemble modernisons l'hôpital, Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières*, [visité le 6 août 2012], disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/.../Guide_nouvelles_organisations_et_architecture

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Présentation des opérations retenues au titre du plan hôpital 2012*, Dossier de presse, Mercredi 10 février 2010, [visité le 6 août 2012], disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/IMG/.../Dossier_de_presse_100210-Hopital2012

1.2.1 De l'ordonnance de 2005 à la loi HPST de 2009, l'hôpital modernise son organisation

De 1941 à l'ordonnance de 2005, les établissements de santé étaient organisés en services et son chef est « un titre consacrant à la fois la reconnaissance d'un chef d'école médicale mais aussi d'un responsable d'équipe auquel chacun, praticien hospitalier, infirmier ou patient peut se référer »²⁰.

L'ordonnance de 2005, modernise la gestion des établissements publics de santé en rénovant l'organisation interne hospitalière en incitant les services à se regrouper en pôles d'activité cliniques et médico-techniques. La nouvelle gouvernance repose sur les principes suivants²¹:

- « L'affirmation de la priorité donnée au pilotage médico-économique dans un contexte de mise en place de la tarification à l'activité, pilotage auquel les médecins doivent désormais être étroitement associés;
- Le principe de subsidiarité : la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins ».

La gouvernance est exercée par un conseil exécutif. C'est une instance de concertation stratégique, présidée par le directeur d'établissement. Le conseil exécutif est composé, à parité des membres de la direction et du corps médical (dont au moins la moitié est responsable de pôle). L'objectif de cette cogestion médecin-administration est de favoriser au mieux la gestion de l'établissement.

Le conseil d'administration définit sur proposition du conseil exécutif l'organisation en pôles d'activité et la politique de contractualisation interne. Elle s'accompagne d'une délégation de gestion de l'établissement vers le pôle, avec des objectifs financiers, de qualité de la prise en charge du patient et de modalités d'intéressement.

Dans chaque pôle d'activité créé, un conseil de pôle est institué. Le responsable médical de pôle est assisté par un cadre administratif et un cadre de santé.

Les établissements de santé s'orientent vers une déconcentration de gestion vers le corps médical, un décloisonnement des logiques médicales, soignantes et administratives dont la finalité est une amélioration de la prise en charge du patient. La mise en place de la T2A et des pôles, intronisent ces derniers comme un échelon de la gestion médico-économique.

²⁰ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales. p.10

²¹ Op.cit. p.3

Cette modernisation se poursuit par la loi du 21 juillet 2009 dite loi Bachelot qui instaure une territorialisation des politiques de santé. Les établissements de santé sont amenés à s'adapter et à répondre aux besoins de santé de la population Elle modifie l'organisation interne de l'hôpital, renforce les relations et l'organisation de l'offre de soins entre l'hôpital et l'Agence régionale de santé (ARS) et crée des nouveaux outils de coopération entre les établissements de santé.

Cette loi maintient le principe de définir librement l'organisation interne de l'établissement de santé. Une nouvelle architecture apparaît avec un conseil de surveillance (ex-conseil d'administration), dirigé par le directeur assisté du directoire (remplace le conseil exécutif, la composition est non paritaire avec une majorité de médecins). L'organisation interne est mise en place sous forme de pôles d'activité clinique ou médico-techniques. Ces pôles sont le cœur de la stratégie médicale et du pilotage opérationnel de l'établissement²². En 2011, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), près de 80% des établissements publics de santé étaient divisés en pôles. Ils constituent le seul mode d'organisation interne de l'hôpital public²³.

1.2.2 Par la consécration des pôles d'activités : modèle d'organisation unique

Selon l'Article L 6146-1 du code de santé publique : « Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation et de recherche ».

Les pôles peuvent comporter des structures internes. Ils peuvent naître d'une logique de regroupement : disciplines, type de population, d'organe ou par spécialité, mode de prise en charge, flux (programmés ou urgences), compétence (laboratoires) ou d'autres logiques. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-techniques sont dénommés pôles hospitalo-universitaires. Ces pôles doivent revêtir une « masse critique afin de favoriser le travail pluridisciplinaire et améliorer la prise en charge du patient ».²⁴ Par contre, un pôle trop grand ne favorise pas l'appartenance au pôle. Au-delà, du nombre 150, il faut de la hiérarchie, des règles de fonctionnement pour que le groupe fonctionne. Les établissements de grande taille, trouvent dans ce système un levier de management et de pilotage de projets.²⁵

²². AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, novembre 2010, *Les clés pour comprendre la loi HPST*, Paris : ANAP, p.45. disponible sur internet : <http://www.anap.fr/>

²³ Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) peut dispenser un établissement de créer des pôles d'activité « lorsque l'effectif médical le justifie ».

²⁴ MOQUET-ANGER M.A, 2010, *Droit hospitalier*, L.G.D.J, Paris, p.212

²⁵ FELLINGER F., BOIRON F., juin 2011- janvier 2012, *Mission hôpital public*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.43

1.2.3 Avec un médecin-manager : Le chef de pôle²⁶

La loi HPST simplifie les règles de nomination du chef de pôle. Désormais les chefs de pôles sont nommés par le directeur sur proposition d'une liste élaborée par le président de la Commission médicale d'établissement (CME). La nomination est pour une durée de quatre ans renouvelable.

L'article 13 de la loi HPST définit : « Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-techniques met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a **autorité fonctionnelle**, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines [...]. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par **un ou plusieurs collaborateurs** dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme ».

Pour l'accompagner dans leur nouvelle fonction de médecin-gestionnaire, dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. Cette formation, selon l'arrêté du 11 juin 2010²⁷, comprend au minimum soixante heures.

1.2.4 Un management et une gestion économique des pôles

Les pôles sont renforcés à travers les chefs de pôle, la contractualisation interne et la délégation de gestion.

A) Les outils de gestion

a) *La contractualisation interne et la délégation de gestion*

L'objet de la contractualisation interne est de responsabiliser des chefs de service dans la gestion de leurs ressources, de simplifier le pilotage et la gestion de l'établissement ainsi que le décloisonnement des unités de soins.

Depuis, 2005, les responsables des pôles bénéficient d'une **délégation de gestion** de la part du directeur. Ce terme disparaît dans la loi du 21 juillet 2009 et prévoit la **délégation de signature** qui peut être accordée par le directeur au chef de pôle. Il délègue sa signature dans des conditions déterminées par décret. La délégation de signature est

²⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-techniques dans les établissements publics de santé. Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010,10942.

²⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-techniques. Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010, 10948.

consentie *intuitu personae*. Elle peut être retirée à tout moment par le directeur. Le transfert de délégation de signature vers le corps médical est une innovation²⁸.

Le contrat de pôle²⁹, élaboré pour une durée de quatre ans, est signé entre le directeur et le chef de pôle. Il précise les objectifs en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il fixe les indicateurs retenus pour évaluer la réalisation de ces objectifs. Le contrat de pôle est un contrat d'engagement managérial qui renforce le rôle et la responsabilité du chef de pôle.

Le contenu de la délégation de gestion dans le cadre du contrat de pôle porte sur un engagement des dépenses et précise également les compétences du chef de pôle dans la gestion des ressources humaines, dans l'amélioration des organisations et les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Elle apporte au chef de pôle une gestion de proximité, une souplesse dans les prises de décisions dans la mise en œuvre des soins. Des compétences de gestion sont ainsi accordées au chef de pôle par délégation du directeur.

Le projet de pôle, issu du contrat, est élaboré par le chef de pôle. Il comporte des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Il décrit la mise en œuvre opérationnelle du contrat de pôle. Il détermine l'activité médicale, les ressources nécessaires, l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés aux pôles et l'accompagnement des évolutions à venir.

b) Les lieux d'expression et de concertation

La loi HPST supprime les conseils de pôle d'activité. Le décret du 11 juin 2010 mentionne « que le chef de pôle doit organiser une concertation interne associant toutes les catégories du personnel ». Les lieux d'expression sont variables, bureau de pôle élargi ou restreint, conseils médicaux ou assemblées. Ils ont des fonctions différentes selon les chefs de pôles et les établissements³⁰.

c) L'autorité fonctionnelle

Selon l'article L-6146-1 du code de santé publique le chef de pôle a une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. L'autorité fonctionnelle consiste en l'attribution d'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail. Elle se distingue de l'autorité hiérarchique qui confère le pouvoir

²⁸ SAISON J., 2009, *Droit hospitalier*, 2^e édition, Paris : Gualino, pp.87-89

²⁹ Art. 6146-8 du Code de Santé Publique

³⁰ Selon la Direction générale de l'offre de soins, trois quarts des chefs de pôle organisent des réunions de travail avec leurs équipes, certains se retrouvent en assemblée, parfois des conseils de pôle sont maintenus.

de nomination, d'avancement et de mutation. Le chef de pôle, peut détenir via la délégation, des « pouvoirs » qui n'étaient pas dans leurs attributions³¹.

Le chef de pôle encadre et organise le travail sur le terrain, donne des avis sur les affectations et les fiches de postes. Cette autorité crée un lien de subordination. L'objectif de cette autorité est de donner au chef de pôle toute l'autorité nécessaire à la réalisation du contrat de pôle qu'il a signé avec le directeur. Il associe à la fois son métier de médecin et un rôle de manager. Dans les autres pays européens, *il est appelé Clinical Manager* : il doit être clinique, c'est à dire servir la qualité et la sécurité des soins³². Dans ce rôle, il est assisté de collaborateurs.

B) Les collaborateurs du chef de pôle

L'ordonnance du 2 mai 2005 prévoyait un responsable de pôle, assisté par un cadre de santé (ou selon le cas par une sage-femme cadre) et un cadre administratif. Aujourd'hui, le terme de collaborateurs est inscrit dans la loi. La composition de cette équipe dépend de l'initiative du chef de pôle. Dans les faits le trio de pôle demeure mais c'est souvent un binôme de pôle entre le médecin et le cadre de pôle³³, complété par un directeur délégué aux pôles chargé de coordonner les relations entre le pôle, la direction générale et les services supports.

a) Les cadres de santé de pôle

Reconnaissent le chef de pôle comme leur patron et ressentent une direction des soins déconnectée de leurs pratiques quotidiennes³⁴. Les cadres supérieurs de pôle sont en général choisis par le chef de pôle, mais en tous cas jamais imposés par les directions des soins aux chefs de pôles contre leur avis.

Dans la mise en place des pôles, ils se sont pleinement investis dans le management et dans la prise en charge de la gestion interne du pôle. Malgré leur rôle dans le fonctionnement quotidien du pôle, ils ont le sentiment d'être insuffisamment reconnus par l'institution. Ce ressenti est lié à la suppression de l'obligation réglementaire de « trio de pôle³⁵ ».

³¹ VAISSIERE-BONNET M.G., mars 2010, « Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle », *Santé RH*, pp.17-19

³² DEBROSSE D., SIMON P., janvier-février 2009, « Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST? », *Revue hospitalière de France*, n°526, pp.12-15

³³ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales. p.4

³⁴ Op.cit. 41

³⁵ FELLINGER F., BOIRON F., juin 2011- janvier 2012, *Mission hôpital public*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.46

Toutefois les cadres de santé de pôle s'affirment par :

1. La reconnaissance de leur rôle et de leurs missions³⁶ :
 - « Décliner le projet de soin institutionnel au sein du pôle, en relation avec le chef de pôle ;
 - Planifier, organiser et coordonner les soins par rapport aux activités d'un pôle, en veillant à l'optimisation des moyens et équipements dédiés, dans le respect des contraintes qualité-hygiène et sécurité des soins, et en manageant des encadrants de proximité ;
 - Mettre en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle ».
2. Leur positionnement de *leadership*
 - Dans le management des pôles et en assurant la gestion selon l'implication plus ou moins grande du chef de pôle³⁷,
 - Avec plus d'autonomie si la délégation est sensible (gestion de projets, choix de formation pour le personnel, de crédits sur des recettes...) ;
 - « A égalité de compétences avec les directeurs de soins qui s'accrochent à leurs prérogatives³⁸ ».

Cette nouvelle organisation leur apporte une reconnaissance et une légitimité. Leurs attributions avec la montée en puissance des pôles, leur donnent une identité marquée d'une forte dimension managériale. Ils doivent se penser « en position de responsable et être force d'impulsion et d'initiative au niveau du pôle³⁹ ».

Ils considèrent leur fonction comme un **nouveau métier**⁴⁰. Un positionnement qui implique, un périmètre plus élargi, des relations plus transversales avec d'autres professionnels et un autre regard sur l'institution. Les relations sont plus directes avec les médecins chefs de pôle et la direction. En raison du facteur humain, la fonction du cadre de santé de pôle est à « géométrie variable »⁴¹ avec un éloignement des soins et une immense charge de travail. Jean- Marc Grenier⁴² souligne « *le risque d'être accaparé par la gestion et de s'éloigner des soins en pratique comme dans les esprits (...) et de diffuser*

³⁶ Ministère de la Santé et des Sports, 2009, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche métier 05U10: cadre soignant de pôle*, [visité le 10.10.2012], disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

³⁷ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.23

³⁸ HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectif soins*, n°203, pp. 24-26.

³⁹ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.23

⁴⁰ FELLINGER F., BOIRON F., juin 2011- janvier 2012, *Mission hôpital public*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.46

⁴¹ HAUTEMULLE M. février 2011, « Exercice infirmier : Des évolutions plus qu'une révolution », *L'Infirmière Magazine*, n° 295, pp.18-19

⁴² Jean-Marc Grenier était président jusqu'à octobre 2012 de l'Association Française des Directeurs des Soins
Maria DEVAUD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2012

un discours médico-économique et non plus médico soignant alors qu'il faut un discours médico-économique ET soignant⁴³».

b) *Le cadre administratif*

La fonction du cadre administratif du pôle est moins uniformément définie, avec un profil de professionnels variable selon les établissements. Les cadres administratifs de pôle sont attachés d'administration, adjoints des cadres, parfois d'autres catégories professionnelles, titulaires ou contractuels, affectés à temps plein, ou partagés entre différents pôles. Le manque de cadre administratif dans les pôles conduit le cadre soignant de pôle à s'impliquer sur cette fonction qui n'est pas la leur⁴⁴.

c) *Les cadres de santé de proximité*

Les cadres de santé de proximité sont les « oubliés⁴⁵ » de la gouvernance :

- Ils sont exposés, absorbés par les tâches périphériques, coincés entre les équipes sous pressions et les décisions de leur direction ;
- Ils constatent un glissement d'un « transfert officieux » d'une partie des tâches des cadres de santé de pôle qui sont appelés à des missions transversales ;
- Ils veulent participer à la vie du pôle, être concertés et non seulement subir la pression du pôle ;
- Ils considèrent le pôle comme un maillon qui complique leur progression de carrière. ;
- Ils ont un sentiment de frustration avec la création de cet échelon supplémentaire de cadre de santé de pôle.

Selon la DGOS, le rôle du cadre de proximité est d'« Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations⁴⁶ ». Il doit être associé par les cadres de santé de pôle à l'organisation de la mutualisation des moyens et des personnels entre services ainsi qu'à la mise en œuvre du projet de soins à l'échelle du pôle⁴⁷. Élément indispensable dans la gestion quotidienne de l'unité, leurs compétences sont amenées à évoluer dans la gestion des conflits et le management des équipes.

⁴³ HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectif soins*, n°203, pp. 24-26.

⁴⁴ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.24

⁴⁵ Op.cit.pp.24-26

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Sports, 2009, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche métier 05U20 : cadre responsable d'unité de soins*, [visité le 10.10.2012], disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

⁴⁷ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.30

1.3 La direction des soins dans la nouvelle organisation hospitalière

Cette organisation peut se définir comme un « ensemble des fonctions et des relations déterminant formellement les missions et les fonctions que chaque unité de l'organisation doit accomplir et les modes de collaboration entre ces unités »⁴⁸.

1.3.1 L'hôpital : organisation complexe

L'hôpital, « bureaucratie professionnelle » selon H. Minzberg, est une organisation complexe qui produit des biens ou des services standardisés et s'appuie pour fonctionner sur les compétences et les qualifications des professionnels. C'est une « structure d'autorité, composée de positions individuelles dont chacun voit sa fonction et l'étendue de ses compétences déterminées de façon hiérarchique⁴⁹» Cette approche met deux logiques de pouvoir. La logique décisionnelle est représentée par la partie administrative, « la direction », et la logique professionnelle représentée par le centre opérationnel composé de spécialistes, « les professionnels ».

L'organisation en pôles d'activité est un passage de la bureaucratie professionnelle à la **structure décisionnelle**. Elle est composée de plusieurs entités autonomes avec une capacité de réponse stratégique, des allocations efficaces des ressources entre les entités et une modification des lignes managériales traditionnelles⁵⁰. La culture du corps médical était basée sur la collégialité et des relations horizontales, elle évolue vers la verticalité. Le chef de pôle se positionne sur une ligne verticale avec le chef d'établissement et vis-à-vis des chefs de service dans le domaine de la gestion et du management. Parallèlement, les équipes soignantes de culture pyramidale et hiérarchique sont amenées à « transversaliser » leurs pratiques. De même, les directions fonctionnelles « doivent passer d'une culture verticale [...] à une logique horizontale de prestations de services, de coordination, d'animation⁵¹».

Des études en sciences de gestion, qualifient les établissements de santé comme des « **organisations pluralistes publiques (OPP)** »⁵². Les critères qui les définissent sont : « des objectifs multiples, des lieux de pouvoir diffus et des processus de travail reposant sur des connaissances spécifiques ». Les caractéristiques qui les composent sont : « une taille importante, des ressources limitées et une multiplicité d'acteurs ». Les facteurs

⁴⁸ GODELIER E., 23 mars 2006, Structures et organisations de l'entreprise,[visité le 26.08.2012],disponible sur internet : <http://crg.polytechnique.fr>

⁴⁹ ALTER N., 2008, *Sociologie du monde de travail*, 2^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, pp.47-49

⁵⁰ LAUDE L., « Changement et accompagnement social : UE sociologie des organisations et des relations sociales à l'hôpital » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 9 et 10 juillet 2012, Rennes, EHESP, 2012

⁵¹ ZEGGAR.H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.36

⁵² GAUDRON.P., mars 2012, « l'hôpital, une organisation publique », *Gestions hospitalières*, n°514, pp.41-44.

associés sont : « le cadre institutionnel, l'organisationnel avec la nouvelle gouvernance, les ressources et les compétences des acteurs, l'axe financier et budgétaire via la T2A et les régulations ».

1.3.2 Hôpital et projets

Peter Drucker⁵³ affirme que les seuls facteurs qui font progresser une entreprise sont les hommes, de l'ouvrier au directeur, leur capacité d'innovation et la façon dont ils organisent leurs relations de travail. Il définit le **management** comme une : « Activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement ».

Aujourd'hui un nouveau modèle d'organisation s'impose. **L'hôpital s'organise par mode projet** : projet d'établissement, projet médical, projet de pôle, projet de soins, projet social. Au niveau des pôles, émerge un consensus autour du projet confié par le directeur de l'établissement, au plus près des activités cliniques. C'est une volonté « visant à faciliter la réalisation du projet, notamment par une mobilisation transversale des acteurs impliqués et un suivi de la réalisation des objectifs intermédiaires avec réajustement des processus⁵⁴ ».

Selon l'Agence National d'Appui à la Performance⁵⁵ : « **Le projet** est un ensemble d'actions à réaliser pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin ». Le projet est limité dans le temps alors que **le processus** est une action organisée permanente. La conduite de projet se décline en six étapes : définition du projet, cadrage, diagnostic, plan d'action, mise en œuvre et évaluation.

Ce type d'approche est d'amener l'ensemble des professionnels à travailler ensemble. Cette relation de travail induit une relation humaine qui implique au moins deux personnes dans le cadre du travail. La mise en place d'une démarche projet permet d'identifier les impacts du changement sur les acteurs et les organisations. Elle facilite l'expression des professionnels. La modification de la ligne managériale, conduit à la nécessité de trouver un équilibre dans cet échange social entre les aspirations des acteurs et les aspirations de l'institution.

⁵³ SARDY B, SARDY L., SARDY *Définition du management*. [visité le 26.08.2012], disponible sur internet : [Bienvenue sur Man@g'R - Free](#)

⁵⁴ ACKER D., BENSANDON A.C., LEGRAND P. et al. avril 2012, *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, Inspection générale des affaires sociales, p.43

⁵⁵ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, juin 2012, *Piloter et manager les projets au sein du pôle*, ANAP, p.9. Disponible sur internet : <http://www.anap.fr/>

Chaque professionnel a un rôle, qui se définit par le produit d'interactions entre l'acteur et le contexte d'action. Le professionnel en tant qu'acteur participe à l'émergence, à la régulation d'un système et répond aux attentes de l'organisation. Dans ce contexte les métiers se modifient. Les cadres soignants ont une appartenance au même groupe professionnel. Selon le Répertoire des métiers de la Fonction Publique, ils appartiennent à la famille Soins et management des soins.

Ce même Répertoire des Métiers définit :

- **Le métier** comme un ensemble d'activités professionnelles regroupant des postes, des spécialités ou des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences.
- **La fonction** : la personne met son activité au service du public, pour remplir une tâche déterminée, soit directement, soit dans le cadre d'une organisation collective publique ou privée.

La mise en place des pôles atteint également la dimension managériale du directeur des soins. Pour comprendre un groupe professionnel, il est important de replacer le directeur des soins dans le système professionnel dont il est issu⁵⁶.

1.3.3 De la supérieure au directeur des soins⁵⁷

Pendant des siècles, des communautés religieuses de femmes ont accueilli et soigné, les indigents, les malades dans des abbayes et des hôpitaux.

A la fin des années 1960, les directeurs d'établissements recherchent un interlocuteur au niveau de la hiérarchie des services de soins. Les mouvements sociaux de 1968, mettent en évidence la nécessité de recréer un emploi d'autorité au sommet de la hiérarchie infirmière à l'hôpital.

Les « Infirmières Générales », des laïcs issus de la promotion d'infirmières, remplacent les supérieures des anciennes communautés religieuses. Le décret statutaire est signé le 11 avril 1975. Les soins infirmiers sont nommés et placés comme une activité. Le service infirmier est associé à la structure de l'établissement.

A partir de 1989 avec le décret statutaire, l'infirmière Générale assiste de droit aux réunions de la Commission Médicale d'Etablissement en sa qualité de membre de l'équipe de direction responsable des soins infirmiers.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit la création du service de soins infirmiers dans chaque établissement. La direction est confiée à l'Infirmière

⁵⁶ DUBAR C., TRIPIER P., BOUSSARD V., 2011, *Sociologie des professions*, 3^e édition, Paris, Armand Colin, p.334.

⁵⁷ Association Française des directeurs de soins, *Historique de la profession*, [visité le 25 août 2012], disponible sur internet: <http://www.directeurdesoins-afds.com>

Générale qui préside la « commission d'expression spécifique ». Le projet de soins infirmiers est intégré au projet d'établissement.

Le décret du 18 août 1995⁵⁸ portant création d'un diplôme de cadre de santé concerne tous les professionnels paramédicaux titulaires d'un diplôme cadre. Ce décret est une volonté d'ouverture et d'élargissement du service de soins infirmiers.

L'ordonnance du 2 mai 2005, prolonge cette organisation aux activités de rééducation et médico-techniques et crée la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

1.3.4 A la politique et à la stratégie

L'impact de la mise en place des pôles apporte une mutation dans la fonction du directeur des soins et une modification de la ligne managériale traditionnelle de l'hôpital. Le directeur des soins, est comme le souligne Jean Mar Grenier « *le conseiller du chef d'établissement sur les projets de soins, les questions stratégiques, l'évolution des pratiques [...], il est repositionné sur la stratégie et la politique [...] pour autant, il a toujours à gérer l'opérationnalité transversale⁵⁹* ». Le directeur des soins a un rôle d'expertise, en particulier dans le domaine des ressources humaines et une connaissance du terrain et de la logique des soins.

Le coordonnateur des soins, en tant que président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et représentant 70% des effectifs de l'établissement, est un membre de droit du directoire. « A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁶⁰ ».

Dans cette nouvelle organisation, les cadres de santé de pôles sont valorisés. Les cadres supérieurs de santé⁶¹, non responsables de pôles, sont sur des missions d'appui aux cadres de pôles ou sur des missions transversales. Les cadres de santé de proximité sont « oubliés ». Les médecins chefs de pôles dirigent les pôles d'activités. Les lignes managériales se modifient. Le directeur des soins est impacté par cette nouvelle organisation. Jusqu'à quels points ? L'enquête de terrain doit apporter des compléments sur cette réflexion.

⁵⁸ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Journal officiel du 20 août 1995, 12468 et 12469

⁵⁹ HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectif soins*, n°203, pp. 24-26.

⁶⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel° 0227 du 30 septembre 2010.

⁶¹.Le corps des cadres de santé comprend le grade de cadre de santé et le grade de cadre supérieur de santé. Ce dernier correspond à un avancement de carrière.

2 A l'écoute des organisations

La finalité de ce travail de recherche sur le terrain est :

- D'apporter des éléments éclairants sur l'apport théorique et conceptuel qui concernent, l'évolution des métiers de l'encadrement et les incidences de l'organisation polaire sur l'exercice managérial du Directeur des soins ;
- De répondre à cette question : « En quoi la mise en place des pôles d'activité modifie-t-elle les relations de travail entre le directeur des soins et l'encadrement ? ».

2.1 Méthodologie de recherche

Afin d'appuyer ma réflexion sur un maximum d'éléments, j'ai réalisé une première phase exploratoire dans un grand groupe hospitalier universitaire. Puis, j'ai participé au travail de recherche du module inter professionnel de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) sur « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management ». Enfin j'ai mené des investigations dans un Groupe Hospitalier Universitaire et un Centre Hospitalier Universitaire qui viennent de stabiliser le découpage des pôles.

2.1.1 Choix des établissements

Mon choix s'est porté sur des établissements de grandes structures universitaires avec une organisation polaire de deuxième génération.

Le Groupe Hospitalier Universitaire (A) est constitué de 5 hôpitaux étendus géographiquement sur 2 départements d'une distance de 52 kilomètres. Il est composé de 3 426 lits dont deux tiers à orientation gériatrique et un tiers de lits de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Il se divise en 12 pôles cliniques et médico-techniques dont 2 pôles hors du site MCO. Le dernier découpage des pôles date de fin 2011. Il a été mené sur une réflexion du parcours de soins du patient.

Le Centre Hospitalier Universitaire (B) comprend 3 groupes hospitaliers et 7 sites géographiques. Il organise son activité sur 15 pôles cliniques (MCO) et 6 pôles transversaux (dont 3 pôles médico-techniques) répartis sur les 3 groupes hospitaliers. Sa capacité d'accueil en nombre de lits et de places est de 3258 lits, dont trois quart essentiellement en lits de MCO et un quart à orientation gériatrique. Le dernier découpage des pôles date de fin 2010, s'est basé sur une logique médicale.

L'enquête s'est concentrée sur 6 pôles comprenant 3 pôles cliniques et 3 pôles médico-techniques :

- Le pôle accueil-urgence et orientation gériatrique;
- Le pôle spécialisé hématologie-infectiologie-cancérologie;
- Le pôle neuro-locomoteur ;
- Le pôle imagerie médicale ;
- Le pôle produits santé ;
- Le pôle biologie.

Les pôles sont multi-sites, comprenant entre 400 et 650 agents, excepté un pôle comprenant 120 agents. Dans les pôles cliniques, le nombre de lits est environ de 350.

L'enquête de terrain et l'observation *in situ* se sont faites en situation de travail. J'ai resserré mon enquête sur les pôles médico-techniques, car ce sont des pôles transversaux. Le directeur des soins est dans un rôle transversal.

2.1.2 Population interviewée

Vingt personnes ⁶²ont été interrogées comprenant du personnel des services cliniques et des services médico-techniques :

- Deux directeurs : un directeur de site et un directeur référent de pôle ;
- Deux chefs de pôle ;
- Sept cadres de santé de pôles ;
- Six cadres de santé de proximité ;
- Trois directeurs des soins.

2.1.3 Les outils de recueils

A) Méthodes de recueil d'informations

L'étude s'est déroulée sur une période allant de fin mars à mi-juin. Elle se décompose en trois temps : une phase exploratoire de 3 semaines (fin mars à début avril) complétée par le travail de recherche en inter-professionnalité (3 semaines en mai⁶³) et enrichie par l'enquête sur le terrain de 4 semaines (fin mai-début mi-juin).

Le choix technique pour mener cette enquête est l'entretien semi-directif avec un guide d'entretien identique sur le Groupe Hospitalier Universitaire et le Centre Hospitalier Universitaire.

⁶² Annexe 1: Liste exhaustive des personnes interviewées

⁶³ Cette étude de terrain a permis d'interroger 30 personnes des catégories professionnelles suivantes : directeur, chef de pôle, directeur des soins, cadre administratif, cadre de pôle, cadres de proximité La problématique de cette étude est la suivante : « Quel est l'impact de la réforme sur l'évolution des fonctions et des métiers d'encadrement ? ».

J'ai élaboré 5 guides d'entretiens semi-directifs par catégorie professionnelle:

- Directeur⁶⁴ ;
- Chef de pôle⁶⁵ ;
- Cadre de santé de pôle⁶⁶ ;
- Cadre de santé de proximité⁶⁷ ;
- Directeur des soins⁶⁸.

Chaque personne interrogée a été volontaire. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés. Chaque entretien a duré environ 1 heure et demie au cours de laquelle une prise de notes a été réalisée. Les profils et les expériences professionnelles sont variables.

B) Les objectifs de ces entretiens

Sont :

- D'établir une relation de confiance avec les différents acteurs interrogés pour permettre un recueil d'informations, de retours d'expériences, une expression de leur ressenti sur l'organisation polaire et l'impact sur leur métier le plus proche de la réalité;
- De mesurer les modifications d'organisation dans les relations de travail entre le directeur des soins, l'encadrement : le cadre de santé de pôle, le cadre de proximité.

2.1.4 Les limites et les points forts de l'enquête

C'est une enquête déclarative, qualitative et non exhaustive. Elle correspond à un recueil fourni par 20 personnes, à un moment donné et avec une part de subjectivité. L'échantillon est de petite taille. Les établissements sont engagés dans l'organisation en pôles d'activité à des degrés différents. Cette enquête a été enrichissante dans la qualité des échanges, dans la richesse des informations et dans la réflexion professionnelle.

2.1.5 Méthode d'analyse

L'analyse s'est faite à partir du guide d'entretien de chaque catégorie professionnelle. Le choix de la restitution des entretiens, s'appuie sur une analyse thématique en lien avec la question de recherche et le cadre conceptuel. Les verbatims illustrent des données recueillis auprès des personnes interviewées. Dans cette restitution seront présentées, les entretiens menés dans le Groupe Hospitalier Universitaire et le Centre Hospitalier Universitaire.

⁶⁴ Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif du directeur

⁶⁵ Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif du médecin-chef de pôle

⁶⁶ Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé de pôle

⁶⁷ Annexe 5 : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé de proximité

⁶⁸ Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif du directeur des soins

2.2 Restitution des entretiens

Avant d'aborder les différents thèmes, je vais expliciter les différences et les points communs pour simplifier la lecture de la restitution.

Les établissements, sont fortement engagés dans l'organisation en pôles d'activité. Au niveau de chaque établissement, chaque pôle comprend

- Un chef de pôle ;
- Un cadre de santé de pôle ;
- Un cadre supérieur de santé en mission transversale sur la qualité ;
- Un directeur référent de pôle (B) ou un directeur de site (A) ;
- Un cadre administratif affecté sur un pôle (B) ou plusieurs pôles (A).

Le contrat de pôle est co-signé entre le chef de pôle et le directeur général de l'établissement de santé. Dans chaque contrat de pôle, se trouve une déclinaison du projet de soins. Un projet de pôle existe dans chaque pôle. La délégation de gestion est progressivement mise en place (recrutement, formation).

Dans les deux établissements, les cadres de pôles sont des cadres de santé recrutés à partir d'un appel à candidature interne. Le candidat propose un projet professionnel et répond aux exigences d'un oral, devant un jury, composé du directeur des soins, du directeur des ressources humaines et du chef de pôle. Dans l'établissement (B), le choix institutionnel du cadre de pôle est obligatoirement un cadre supérieur de santé. L'encadrement (B) est issu de la filière médico-techniques alors que l'encadrement (A) est issu de la filière infirmière.

La direction des soins des établissements a conservé sa position sur site. Le directeur des soins (B) des pôles médico-techniques est positionné à la direction centrale en position transversale. Les directeurs des soins sont référents des pôles du site et ils sont en dehors des pôles. Tous les directeurs des soins ont l'autorité hiérarchique.

Pour faciliter la restitution des entretiens, je vais restituer l'entretien des directeurs, des chefs de pôle, des cadres soignants de pôles, des cadres de proximité et des directeurs des soins selon trois thématiques :

- L'évolution des métiers ;
- Les acteurs et l'organisation polaire ;
- Les relations inter professionnelles entre ces différents acteurs.

Enfin je terminerai par les missions du directeur des soins à travers le regard de ces acteurs.

2.2.1 L'évolution des métiers

- **Les directeurs**

Ont tous les deux connus le fonctionnement en services. Le directeur (B) a occupé un poste de directeur des ressources humaines pendant 25 ans dans l'établissement. Le directeur (A) a eu une expérience de l'organisation polaire dans un autre établissement.

Pour les directeurs de ces deux établissements, l'organisation polaire a apporté une évolution dans leur fonction avec la délégation de gestion aux chefs de pôles.

- **Les chefs de pôles**

Sont à leur deuxième mandat. Avant d'exercer cette fonction, ils ont occupés des responsabilités, en tant que président de la CME, ou en tant que membre du conseil exécutif. Le chef de pôle (B) est membre du directoire.

Ils constatent que leur métier de clinicien a plus ou moins changé et maintiennent leurs activités cliniques. Un des chefs de pôle se définit comme « *un médecin-manager* » avec cette notion d'efficience, « *d'arrêt des châteaux forts en Espagne* ». Le deuxième, met en avant un rôle d'accompagnement dans les regroupements de service pour « *faire bouger les mentalités* ».

La demande de formation de chef de pôle est variable. Le chef de pôle (A) n'a pas ressenti le besoin de se former et de suivre la formation conseillée. Par contre, le chef de pôle (B), pense que la formation est « *une porte d'amélioration, la théorie qui se confronte à la pratique, intellectuellement c'est super pour le management* ». L'apport de formation et les responsabilités précédentes leur permettent d'assurer leurs nouvelles fonctions à travers la délégation de gestion et la contractualisation.

- **Les cadres de santé de pôle**

Sont tous des cadres supérieurs de santé. Leur ancienneté dans cette fonction de cadres supérieurs est en moyenne de 10 ans. C'est leur premier mandat de cadre de pôle depuis fin 2010 (B) et fin 2011 (A). Quatre des sept cadres de santé de pôle sont en possession d'un titre universitaire (management, qualité). Aucun cadre de pôle n'a eu une formation d'adaptation au poste.

Unaniment les cadres de santé de pôle ne voient pas de changement dans leur métier mais des valeurs bousculées par la « *dimension financière* ». Leurs fonctions se sont modifiées avec la délégation de gestion, « *il faut toujours rendre des comptes, on est plus isolé, notre travail c'est d'être derrière un clavier sur des tableaux de bord et faire plus d'administratif* ». Cette fonction, c'est « *la transversalité, le poids d'autres*

responsabilités » mais c'est également *«prendre de la hauteur* ». Les cadres de pôle reconnaissent perdre le contact avec le terrain et le personnel. Ils l'expliquent par l'évolution de l'institution, les restructurations et la délégation de gestion. Les cadres de santé de pôle (B) dans un esprit collaboratif reconstituent une culture identitaire.

Tous les cadres de pôle trouvent cette évolution valorisante sans aller à l'encontre de leur identité professionnelle. Cette valorisation dépend du regard que porte le chef de pôle sur leurs fonctions et pour certains cadres de pôle (A) à la place que leur laisse le directeur des soins. Parfois les cadres de pôle (B) déplorent d'être considérés comme l' *« administration* » par les chefs de pôle et de se trouver dans un rôle d'exécutante, *« le pouvoir est dans les mains d'un seul homme, on est asservi au chef de pôle, on devient les petites mains* » et demandent une définition de leur rôle. Des fiches de poste (A et B) existent pour cette fonction, mais elles ne sont pas actualisées.

L'ensemble des cadres de pôles parlent d' *« un véritable manque* » dans l'accompagnement pédagogique dès leur prise de poste. La formation initiale et l'expérience semblent insuffisantes pour mener leurs missions. Ils souhaitent également une formation spécifique comme les chefs de pôle. Ils sont demandeurs de formation universitaire mais également des formations spécifiques sur les entretiens de recrutement, d'évaluation des compétences et sur la communication.

- **Les cadres de santé de proximité**

Ont la connaissance et l'expérience antérieure de l'organisation en service. L'ancienneté dans cette fonction est d'environ 11 ans.

L'ensemble des cadres de proximité, estiment que leur métier n'a pas changé mais leur fonction s'est modifiée, en particulier dans la gestion financière. Ils l'expliquent par l'augmentation des tâches administratives *« trop lourdes* » avec des outils et des méthodes de gestion différentes, *« des doublons entre le cadre de pôle et l'assistant de gestion* ». Ils doivent *« rendre des comptes* » sur les dépenses, la gestion des ressources humaines et assurer le suivi par des tableaux de bord. Malgré tout, ces évolutions ne vont pas à l'encontre de leur identité professionnelle. Ils l'expriment par *« je n'ai pas perdu mon âme (...) on ne fait pas le deuil de son identité professionnelle* ».

Tous les cadres insistent sur le développement des compétences dans les domaines de la gestion économique, de la qualité et dans la gestion de projet. Ils reconnaissent que leur formation de cadre de santé, dans ce contexte est insuffisante. Pour mener à bien leurs missions, les cadres revendiquent une formation complémentaire type Master en gestion médico-économique-ressources humaines sans pour autant vouloir s'immiscer dans la fonction de l'assistant de gestion.

- **Les directeurs des soins**

Accompagnent leur deuxième organisation polaire. Leur ancienneté dans la fonction de directeur des soins est de 6 ans.

L'ensemble des directeurs des soins assistent à une mutation de leur fonction. Le directeur des soins (B) explique ce changement du métier depuis la première version des pôles en 2005. A cette date, le choix du Directeur Général était de positionner, pour « *une neutralité* », les directeurs des soins sur les pôles. La fonction du directeur des soins était combinée à la fonction des cadres supérieurs de santé. Les points forts étaient pour le directeur des soins (B) « *de m'acculturer à la gestion des ressources humaines, économique et assurer le suivi des pôles, d'harmoniser en toute lisibilité les effectifs, participer au conseil de pôle et élaborer le projet de soins du pôle* ». Depuis la loi HPST, les cadres supérieurs de pôle ont été positionnés comme cadre de santé de pôle avec le chef de pôle et l'assistant de gestion. A ce moment, le directeur des soins « *est sorti de la gestion rapprochée des pôles* ».

De ce fait le métier a changé. Le directeur des soins est passé « *à une délégation au niveau des pôles, de maintien, du suivi et d'accompagnement de l'encadrement* ». Le directeur des soins (B) l'exprime comme une « *exclusion* ». Il demeure l'« *invité* » au bureau de pôle. Pour les directeurs des soins (A), le positionnement transversal, en dehors des pôles permet de « *ne pas être inféodé à un pôle* ». Les directeurs n'expriment aucun regrets à cette évolution et mettent en avant leur « *adaptabilité* ».

Unaniment, les directeurs des soins ne voient pas d'évolution de leur identité professionnelle. Ils sont dans le pilotage du projet de soins. Leur positionnement est « *un poste de décisions* ». Ce positionnement dépend également de l'avancée de la délégation de gestion. Plus elle est effective, moins ils sont dans l'opérationnalité. Ils constatent une évolution de leur métier vers une fonction de conseil, d'aide à la décision, d'appui que ce soit auprès du directeur des ressources humaines, du chef de pôle ou du président de la Commission Médicale d'Etablissement.

2.2.2 Les acteurs et l'organisation en pôles d'activité

- **Les directeurs**

Considèrent la délégation de gestion mal utilisée par les médecins des pôles cliniques et médico-techniques. Ils parlent d'une délégation de gestion incomplète.

Les médecins passent moins de dix pour cent de leur temps. « *Ils laissent aux cadres de pôles, pas le temps, ils ne gèrent pas le pôle, pas le temps.* ». Ils considèrent le cadre de pôle comme le collaborateur direct du chef de pôle sans le pouvoir de négociation. La délégation de gestion est une désillusion (B), les tarifs sont en baisses, il faut compenser avec les autres services. « *J'ai proposé la délégation de signature mais les médecins ont*

refusé par rapport à la charge administrative. La délégation de signature est une délégation technique ». Pour les médecins « il vaut mieux décider que signer ».

- **Les chefs de pôle**

Perçoivent cette organisation interne de manière sensiblement identique. La délégation de gestion pour ces deux chefs de pôle n'est pas totale. Elle est plus ou moins avancée. Le plan de formation est en cours de délégation. Il la considère comme une délégation de la « *gestion de la pénurie* » des ressources humaines, médicales et non médicales. Ils souhaitent une délégation pour les dépenses du pôle mais ils ne veulent pas de délégation de signature. Les chefs de pôle (B) n'ont pas choisi le cadre de pôle, « *il était là, je l'ai gardé* ».

Le bureau de pôle est un lieu d'expression. Un des chefs de pôle parle de « *démocratie* » avec comme participants permanents du bureau de pôle : les responsables d'unités, les cadres de pôle, le directeur référent et le directeur des soins référents du pôle.

- **Les cadres de santé de pôle**

Abordent cette nouvelle organisation par la nécessité d'une concertation entre les différents acteurs du pôle dans une logique de décloisonnement, de mutualisation des effectifs et de gestion des ressources humaines.

Pour les cadres de pôle (B), cette organisation montre « *une décentralisation et une recentralisation au sein des pôles avec des palissades inter pôles. On crée des dialogues de gestion des ressources humaines, et des dialogues de gestion économique pour créer de l'interface* ».

De plus, l'ensemble des cadres constatent un revers et un frein à cette organisation polaire. En effet, le découpage des pôles sur plusieurs sites et la distance géographique ont pour conséquence de multiplier les réunions d'informations avec le risque d'« *informations décalées* ». Enfin, la culture de pôle et les missions transversales ne suppriment pas le « *frein de cette organisation* », l'appartenance à l'histoire.

Tous les cadres de pôle, trouvent le travail avec le chef de pôle très porteur, « *beaucoup de responsabilités repose sur nous* ». Ils participent à la délégation de gestion sur les enveloppes de recrutement, de remplacements et d'affectation du personnel non médical ainsi que sur le plan de formation. Mais, pour les cadres de pôle (B), cette délégation non totale, « *nous complique la vie. Les chefs de pôle gèrent les enveloppes mais ils se reposent sur nous pour la gestion des ressources humaines. Cette délégation est difficile, parce qu'il faut avoir une même logique et une concertation permanente avec le chef de pôle avant les bureaux de pôle. Le point positif est la vision transversale des effectifs et des activités* ». Certains cadres de pôle (B) font part de l'évolution de la fonction du chef

de pôle et du jeu de pouvoir entre le chef de pôle et les chefs de services qui « *contournent les décisions du chef de pôle* ».

Les cadres de santé de pôle ont des réunions mensuelles avec le bureau de pôle et hebdomadaires avec le trio de pôle. Dans ces réunions, l'ensemble des cadres mentionnent l'importance du travail en collaboration avec le cadre administratif de pôle. Ces réunions assurent la cohésion du pôle. Les cadres de pôle (B) maintiennent « *le lien* » avec le directeur des soins par des réunions mensuelles ou bimensuelles. Les cadres de pôle (A) ont des réunions plus espacées, ils se disent « *moins demandeurs* ». Les cadres de pôle mettent en œuvre le projet de soins et l'évaluent. Ils retransmettent au directeur des soins le suivi et l'évaluation du projet de soins.

- **Les cadres de santé de proximité**

Sont unanimes pour exprimer une ouverture avec les services de soins, une polyvalence avec les autres cadres, un décloisonnement et une mutualisation des effectifs. Mais ils perçoivent « *une absence de culture de pôle* » et un ressenti « *impersonnel* ». Un cadre (A) regrette « *l'époque cloisonnée, avec une autonomie dans l'unité et la forte collaboration avec le chef de service.* »

Globalement, l'ensemble des cadres reconnaissent qu'ils sont plus informés et plus impliqués dans les projets. Ils ont la connaissance du contrat de pôle, du projet de pôle et du projet de soins. Tous les cadres participent à sa mise en œuvre, à son évaluation et au plan de formation qui en découle. Au bureau de pôle (B), un cadre (à tour de rôle) regrette de ne pas participer aux décisions et de « *se positionner dans une attitude d'écoutante.* ». Cette présence au bureau de pôle est due au directeur des soins qui « *se bat pour nous positionner au sein du bureau de pôle* ». Les cadres (A) ne participent pas au bureau de pôle. Tous les cadres pointent des difficultés de transmission de l'information dans le pôle.

Tous les cadres soulignent une « *perte de terrain et moins de contact avec les équipes* ». Ils expliquent cette perte de la proximité, par « *une retombée des missions des cadres de pôle* » sur leurs activités quotidiennes avec « *beaucoup d'exigences de la part du cadre de pôle* » et une « *frustration* » qui se manifeste par : « *qu'est-ce qu'on enlève du quotidien pour soulager les cadres de terrain ? On est les petites mains des cadres supérieurs de pôle* ».

Malgré tout, les cadres trouvent ces modifications valorisantes. Cette nouvelle organisation apporte une homogénéisation des pratiques professionnelles au sein du pôle à laquelle s'ajoute une relation professionnelle avec des partages d'expérience, « *c'est une complémentarité des cadres intra-pôle* ». L'organisation en pôles d'activité apporte une transversalité de la fonction (projets-formations-actions-missions spécifiques), une diversification, plus d'ouverture, la pluridisciplinarité et des « *pôles renforcés* » qui

favorisent la cohésion des groupes. Les cadres constatent que cette organisation met en avant le « *pouvoir médical et assoit les prérogatives du chef de pôle* ».

- **Les directeurs des soins**

Mettent en avant plusieurs avantages dont la cohérence de la prise en charge des soins, une amélioration du parcours patient, une formalisation des procédures et des organisations, la mobilisation des ressources humaines du pôle et une priorisation des acquisitions (équipement) dans un souci de performance et d'efficacité. La force du pôle c'est « *l'appartenance aux pôles et l'émulation des cadres* ». Le cadre de pôle devient force de proposition dans la nouvelle délégation médico-économique.

Pour les directeurs des soins, cette organisation demande de la rigueur, un effort de transparence « *peu voulue par les médecins* » qui travaillaient de façon autonome et qui souhaitent le maintien de leurs prérogatives. Le danger, pour les directeurs des soins (A et B) c'est « *la balkanisation surtout avec la T2A* ». C'est également, « *les médecins pensent pôles et non établissement* ». Les directeurs des soins (B) soulignent l'importance de la responsabilité collective, de ne pas considérer les pôles comme des entités autonomes et de favoriser la prise en charge du patient par « *le chemin clinique* ».

2.2.3 Les relations interprofessionnelles entre les différents acteurs

- **Les directeurs**

Reconnaissent le pouvoir du chef de pôle dans l'exercice de ses fonctions.

Mais ils constatent qu'il reste encore des « *villages gaulois* ». Le chef de pôle ne veut pas entrer en conflit avec ses confrères. Ils reconnaissent qu'aujourd'hui « *le vrai chef de pôle* » a un vrai pouvoir, s'il veut l'exercer. Il a la responsabilité du personnel médical et non médical. Il a le choix du personnel. Le chef de pôle est responsable de la gestion des emplois par métier, (avec des enveloppes dédiées), correspondant au bon fonctionnement du pôle. La gestion individuelle et statutaire demeure centralisée.

Valorisent le rôle du directeur des soins comme « *manager de son équipe* », responsable des organisations des soins.

Le directeur des soins manage l'équipe des cadres dans la politique d'encadrement. Il a un rôle d'harmonisation entre les assistants de gestion et les cadres de pôles. Le directeur des soins « *influe la politique, sa position au directoire est d'une importance folle ainsi que dans la politique du management. Il a une puissance de communication et il est bien placé* ». C'est un relais de communication. Il participe aux décisions du directoire. Cette position au cœur de l'établissement lui permet de « *faire des liens* ». Il a un « *grand rôle du nouveau management* ».

- **Les chefs de pôle**

Apprécient les relations professionnelles avec le cadre de santé de pôle.

Elles sont plus directes depuis la loi HPST. La chaîne d'information est plus simple avec une application des décisions plus rapide. Les deux chefs de pôle attendent du cadre de pôle, « *des compétences de management avec les cadres de proximité* ». Ils veulent « *plus de discussions, de communication et d'informations des cadres* » et ne souhaitent pas la gestion du personnel non médical. Ils déclinent leur autorité fonctionnelle sur l'encadrement et ne remettent pas en cause l'autorité hiérarchique du directeur des soins.

Qualifient les relations professionnelles avec le directeur des soins, de relations support.

Pour les deux chefs de pôle, la légitimité du directeur des soins vient du fait qu'il est issu de la filière soignante. Ils attendent du directeur des soins, « *un rôle de communication et de management* » des cadres de pôle et des cadres de proximité, le « *repositionnement* » des cadres de pôle « *trop durs* » ou parfois « *trop copains* » avec les cadres de proximité. Un chef de pôle insiste sur cette fonction du directeur des soins car « *moi, je veux que ça marche* ».

Pour ces chefs de pôle, le trio de pôle fonctionne. Avant, le directeur des soins était à l'intérieur du pôle. Cette position « *squeezait* » le cadre de santé de pôle. C'était difficile pour « *nous de gérer entre le directeur des soins et le cadre de pôle* ». Les directeurs des soins sont en dehors des pôles, le cadre de pôle est devenu l'interlocuteur privilégié. Les deux chefs de pôle reconnaissent la « *vision globale* » et la « *vision de groupe* » du directeur des soins. Ils préconisent le maintien de la communication avec le directeur des soins pour ne pas « *empiéter sur le domaine de l'autre* ». Les deux chefs de pôle concluent leur entretien par « *leur montée en puissance* ».

- **Les cadres de santé de pôle**

Mettent en avant des relations professionnelles de compétences avec les cadres de proximité.

Dans cette organisation polaire, les cadres de pôle attendent du cadre de proximité des compétences dans la démarche et la gestion de projet. Les cadres de terrain sont choisis à partir d'une fiche de poste élaborée par la direction des soins et le cadre de pôle.

Les cadres de pôle (B) considèrent les cadres comme des « *cadres surveillants et non comme des cadres managers* », avec une formation initiale insuffisante, inadaptée aux projets actuels, aux dimensions économique et managériales actuelles. Les cadres de pôle sont unanimes pour travailler sur la fonction managériale pour « *monter les cadres en compétences* », les accompagner vers le management par projet et la « *gestion des conflits* ».

Tous les cadres de pôle expriment l'attachement du cadre de terrain au responsable d'unité (chef de service). Ce sentiment d'appartenance au service limite « *leur capacité à s'intégrer au pôle, d'être pilote dans les projets d'activités de soins et d'évoluer dans la transversalité, car pour eux, c'est compliqué, le pôle c'est loin. Les cadres ne sont pas dans une dynamique de pôle, ils ont le nez dans le guidon, ils ont du mal à identifier vers quoi ils vont, on ne les a pas préparé à ces évolutions, le temps de réactivité est trop long* ».

Attendent du directeur des soins des relations de collaboration, d'appui et de conseils.

Les cadres de pôle sont reconnues dans leurs missions par le directeur des soins. Leurs missions sont claires, définies par fiche de poste et dépendent de l'autorité hiérarchique du directeur des soins. Leurs missions sont « *une prise en charge du patient dans la filière soignante* » et un « *suivi budgétaire du personnel paramédical* ». Les cadres de pôle attendent du directeur des soins un « *accompagnement dans les prises de décisions, une aide méthodologique, un appui, des conseils, une ressource dans la gestion des projets* ». Les cadres de pôle (B) considèrent le directeur des soins comme « *un collaborateur très proche qui nous aide à monter en compétences, nous outille pour être gestionnaire de pôle* ». Ils maintiennent le lien professionnel avec le directeur des soins car il est « *moteur* » de tous les projets avec une connaissance approfondie dans tous les domaines.

Le « *pouvoir* » des chefs de pôles est renforcé. Les cadres de pôle (B) vivent ce changement par un rapprochement vers le directeur des soins qui a un « *rôle protecteur par rapport à l'autoritarisme du chef de pôle* ». Un autre changement est une modification des circuits de l'information et des décisions « *avant c'était le directeur des soins et le chef de pôle, maintenant c'est le chef de pôle et le cadre de pôle.* ». Les informations du pôle sont transmises au directeur des soins, « *par la volonté du groupe des cadres de pôles* ».

L'ensemble des cadres de pôle constatent « *la place du directeur des soins n'est pas claire, on peut s'en passer sans problèmes, les cadres de pôles prennent une grande place* ». Les cadres de pôle se sentent plus « *autonomes* ». Un des cadres de pôle (A) s'exprime par « *je pourrais fonctionner sans directeur des soins* ». Les cadres de pôle estiment avoir leur « *légitimité* » dans cette nouvelle fonction. Les cadres de pôle (B) estiment que « *la légitimité et la reconnaissance sont apportées par le type de management du directeur des soins, par la marge de manœuvre et de liberté pour mener les projets* ».

- **Les cadres de santé de proximité**

Définissent les relations professionnelles distantes et de soutien avec le cadre de santé de pôle.

Tous les cadres de terrain attendent du cadre de pôle des compétences dans le domaine de la communication avec le partage et la transmission des informations (projets, missions transversales, décisions). Certains cadres (B) regrettent l'installation de la « *communication tam-tam* ».

Unaniment, les cadres pensent que le cadre supérieur de pôle change. Les cadres de terrain (B) l'expriment par « *il s'éloigne, il ne nous informe pas de l'ordre du jour du bureau de pôle, du suivi et des décisions* ». Pour l'ensemble des cadres, le cadre de pôle perd « *de la proximité avec les cadres de terrain : il n'est pas assez présent, il assure trop de réunions transversales sur les sites* ». Il n'est pas disponible : « *je suis inondé de mail, appelle-moi plus tard je suis en réunion* » et espace les réunions avec l'encadrement.

L'ensemble des cadres de proximité dénoncent « *une non connaissance des missions confiées aux cadres de pôle* ». Toutefois, ils apprécient de travailler avec les cadres de pôle pour leur soutien « *quand on est en difficulté, il nous montre le chemin* », leur appui dans la gestion des ressources humaines et comme « *relais* » avec le directeur des soins.

Identifient les relations avec le directeur des soins, d'appui, de conseil et d'accompagnement.

L'ensemble des cadres expriment une relation modifiée avec le directeur des soins. Ils l'expliquent par sa position transversale, hors pôle, « *dommage car elle avait une vraie vision, une connaissance du terrain, une neutralité mais on a donné aux cadres de pôles et aux cadres* ». D'autres cadres (B) voient un lien très fort avec les cadres de santé de pôle, du fait de la délégation de gestion et des missions qui leur sont confiées.

Ils considèrent le directeur des soins dans un rôle de coordonnateur du projet de soins et de son suivi. Ils témoignent de l'« *attachement* » aux réunions d'encadrement biannuelles avec le directeur des soins pour le maintien de la communication.

Les cadres mettent en avant le directeur des soins dans un rôle « *d'appui, de conseil et d'accompagnement* », il est « *plus proche, à l'écoute et disponible* ». Ils soulignent une communication et une relation qu'ils qualifient « *plus ouvertes* ».

- **Les directeurs des soins**

Affichent des relations professionnelles d'appui, de conseil et de confiance avec le chef de pôle.

Les directeurs des soins mettent en avant la nécessité d'une synergie avec le chef de pôle pour fonctionner en « *intelligence* ». Leur relation professionnelle est d'appui et de conseil entre autre dans le choix de l'encadrement de proximité ou de pôle. Ils définissent

leur relation professionnelle « *courtoise et honnête* » dans l'engagement de la démarche qualité et de la sécurité des soins dans la mise en œuvre du projet de soins. Cette relation est « *interpersonnelle et de confiance* ».

Demandent une relation de respect et d'exemplarité de la part des cadres de pôles.

Aujourd'hui, le cadre de pôle est « *super exposé* ». Un des directeurs des soins aborde leur relation professionnelle dans « *un cadre à ne pas déroger : c'est un jeu, tout le monde connaît le système il faut qu'il soit vigilant pour ne pas tomber de la chaise. Devant les exigences attendues on va pouvoir tester leur résilience* ». Unanimement les directeurs des soins demandent l'exemplarité et le respect les uns des autres.

Tous les directeurs de soins, voient une évolution des fonctions de l'encadrement (cadres de pôles, cadres supérieurs et cadres de proximité). Ils constatent l'impact de l'organisation polaire sur l'encadrement par un « *éloignement* » des cadres de pôles sur les cadres de proximité. Les directeurs des soins estiment que l'établissement est dépendant de la personnalité du cadre de pôle et du chef de pôle. « *Ils doivent le reporting à la direction et à la direction des soins.* ».

2.2.4 Les missions du directeur des soins à travers le regard de ces acteurs

Les directeurs voient le directeur des soins comme un « *Manager des soins, responsable du projet de soins, de la qualité et de la gestion des risques* ». **Les chefs de pôle** partagent cette vision. Ils reconnaissent l'importance de leur rôle dans l'organisation des soins, la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soins. L'autorité fonctionnelle du chef de pôle n'a pas modifié la relation hiérarchique entre les cadres et le directeur des soins.

Les cadres de pôle, définissent le directeur des soins comme « *le vecteur de la politique des soins, garant de cette politique de la qualité des soins* ». Il a un rôle de cohésion, « *c'est le garde-fou, le rappel de la règle. Il structure. Il uniformise* ». Il a un rôle « *protecteur* » de l'évolution des fonctions et des métiers, « *Il est garant des fonctions et des métiers des non médicaux à l'hôpital. Si le directeur des soins disparaît les métiers disparaissent* ». Ils considèrent le directeur des soins comme « *la personne capable de porter la transversalité par la neutralité* ». **Les cadres de proximité** énoncent les enjeux de la direction des soins dans l'optimisation des ressources, l'imprégnation dans la qualité et la sécurité des soins, la rationalisation des soins, la gestion budgétaire et économique, l'homogénéisation et l'harmonisation des pratiques professionnelles. Ils reconnaissent le positionnement de la direction des soins dans l'équité de la prise en charge du patient. Ils le définissent comme « *un arbitre dans les relations avec le cadre de pôle et d'écoute du cadre de proximité* ».

Les directeurs des soins se projettent dans l'investissement de la qualité et la sécurité des soins dans la prise en charge des patients, « *on est là pour le patient, le plus valorisant c'est ce que renvoient les patients et les équipes* ». Le directeur des soins est force de proposition, c'est une « *courroie de transmission* » avec l'ensemble des directions. Il aborde son rôle dans « *la délégation et la transmission* » pour accompagner les cadres de pôle à l'acculturation de la gestion médico-économique des ressources humaines. C'est apporter de la cohérence et de l'adhésion entre les différents acteurs. Leur rôle est de valoriser les compétences, les développer et de les maintenir autour des processus de soins. La vision globale, la transversalité du directeur des soins lui permettent d'être porteur de projets, accompagner les changements et les anticiper.

2.3 Analyse et discussion

L'organisation en pôle d'activité apporte une cohésion du groupe et un renforcement des relations de chaque pôle, ceci malgré les freins dus à l'historique des établissements, au découpage multi sites des pôles et à l'attachement aux services et aux chefs de services. La géométrie variable des relations verticales et transversales, créent une complémentarité des cadres dans le pôle et une recherche identitaire de la part des cadres des pôles médico-techniques. Toutefois, cette organisation a un triple impact : une perte de l'organisation des soins et du management de la part de l'encadrement au profit de la gestion, un circuit d'information défectueux et **un patient rarement évoqué par les cadres soignants**. Cette organisation met également en avant un manque de formation visant l'adaptabilité au poste.

La délégation de gestion n'est pas effective malgré l'enjeu important du principe de subsidiarité. Elle est initiée aux niveaux des pôles, en particulier la gestion des ressources humaines. Les chefs de pôle sont peu impliqués dans cette mission. Ils la délèguent aux cadres de pôle et leur confèrent plus de pouvoir. La délégation de gestion permet une valorisation de leurs compétences dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Cette mission impose également une vision transversale des activités.

Les activités émergentes du métier de l'encadrement de proximité et de pôle sont essentiellement dans la gestion administrative et financière. Selon les différents acteurs du pôle, les métiers ont peu évolué. Le chef de pôle se définit comme un « *médecin-manager* ». Les cadres de pôle voient une évolution valorisante de leur fonction de par la reconnaissance du chef de pôle, une augmentation de leurs responsabilités, une autonomie, une prise de décisions plus conséquente et la possession de plus d'informations. Les cadres de pôle médico-techniques n'ont pas été choisis par le

chef de pôle. Ils recherchent la reconnaissance, la protection des métiers à travers le directeur des soins et la création d'une nouvelle assise identitaire. La valorisation de la fonction des cadres de proximité est perçue dans les missions transversales, les projets, le décloisonnement des unités, le partage d'expériences avec les autres cadres du pôle. La perte de la connaissance des activités du terrain et les exigences professionnelles du cadre de pôle accompagnent cette valorisation. *Cette valorisation doit-elle se faire au détriment de la perte de l'organisation des soins, du management des équipes et de la prise en charge du patient ?*

Parallèlement, les directeurs et les chefs de pôle attendent du directeur des soins qu'il puisse « **manager l'équipe cadre** » et « **repositionner les cadres de pôles sur le management des cadres et de recentrer les cadres de pôles sur leur cœur de métier** ».

Les relations professionnelles sont modifiées avec l'encadrement. Cette organisation développe la transversalité. Le paradoxe de cette organisation amène pour le directeur des soins, à répondre aux attentes de l'encadrement par une proximité relationnelle, à gérer sa position stratégique et politique par une « *neutralité dans la transversalité* ». De même cette organisation sectorise l'encadrement. Cette sectorisation se traduit par un problème de transmission de l'information, une distance professionnelle au niveau de l'encadrement, un manque de reconnaissance des cadres de proximité par les cadres de pôle. Enfin, les cadres de pôles réclament la légitimité de leur fonction, une autonomie vers le directeur des soins tout en maintenant le lien professionnel et des relations qualifiées « *plus ouvertes* ». Le directeur des soins voit une évolution de sa fonction vers « *un rôle de conseil, d'appui, d'accompagnement, de support, d'aide à la décision et d'arbitre* ».

Le pouvoir du chef de pôle évolue dans cette nouvelle gouvernance. Il est clairement énoncé ainsi que la montée en puissance du binôme chef de pôle-cadre de pôle. Le directeur des soins est attentiste au risque de balkanisation surtout avec les effets que pourraient générer la T2A, accompagné du développement d'une pensée centrée sur le pôle et non institutionnelle des médecins.

Le directeur des soins est en dehors des pôles mais l'évolution des fonctions, la modification des relations professionnelles renforcent son rôle de « *manager l'équipe d'encadrement* ». L'organisation des soins, la qualité de la prise en charge des patients, la sécurité des soins sont les missions du directeur des soins. Elles sont reconnues par l'ensemble des acteurs. Mais pour que « *ça marche* » que faudrait-il faire ? Les préconisations et les pistes de réflexion vont pouvoir apporter des éléments de réponse.

3 Préconisations à mettre en place par le directeur des soins dans le management de l'encadrement

Les relations professionnelles entre le directeur des soins et l'encadrement évoluent. Elles sont également modifiées entre les cadres de proximité et les cadres de pôles. Ces modifications mettent en évidence plusieurs constats :

- Un patient rarement évoqué ;
- Un déficit de management des cadres par les cadres de pôles ;
- Une perte de la proximité des cadres responsables des unités de soins vers leurs équipes ;
- Une difficulté de transmission de l'information dans le pôle.

Ces constats entraînent de la part du directeur des soins, un ajustement, adapté au contexte et à la réalité du terrain. L'organisation en pôles d'activité induit un management dans la transversalité. La réussite de sa politique managériale est un élément indispensable pour l'institution car il génère la mobilisation des acteurs des pôles dans une démarche projet.

Je vais aborder les préconisations et les pistes d'actions concrètes résultants de mes investigations mais également sous tendu par ma conception du management : « *la manière de conduire les hommes*⁶⁹ » : des valeurs.

3.1 La politique de management du directeur des soins

L'hôpital est un établissement de production de soins. Le positionnement du malade a suivi toutes les évolutions hospitalières. Il a évolué du pauvre spirituel à l'utilisateur, acteur du système de santé. La nouvelle organisation interne est une logique de soins centrée sur le patient.

3.1.1 Un management centré sur le patient

La loi du 4 mars 2002⁷⁰ relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier cherche à trouver un meilleur équilibre dans les relations entre les personnes malades et les professionnels : *l'utilisateur acteur du système de santé*. Cette loi pose les fondements d'une démocratie sanitaire. Ce patient est à la fois, acteur de sa santé, acteur citoyen et personne privée.

⁶⁹ BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, éditions, Paris : Seuil, p. 82

⁷⁰ MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.

Dans chaque établissement de santé, la qualité et la sécurité des soins est une préoccupation. La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) a pour mission, de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'accueil des personnes malades et de leurs proches. Un représentant des usagers participe au conseil de surveillance. Les patients sont de plus en plus impliqués dans la vie hospitalière. Les usagers prennent en considération les indicateurs de performance. Leurs attentes sont de plus en plus considérées⁷¹ et portent notamment sur :

- La prise en charge hôtelière combinée à un accueil amélioré ;
- Une diminution de la durée d'hospitalisation ;
- La fluidité du parcours patient associant une prise en charge personnalisée.

Satisfaire ces attentes, demande au personnel de soins de développer auprès des patients des compétences éducatives, techniques, relationnelles, d'information et de communication.

Le découpage des pôles dans les établissements observés s'est fait pour l'un en s'appuyant sur une logique médicale, pour l'autre à travers une logique parcours de soins. Les cadres des unités de soins des pôles sont disponibles pour échanger sur leurs pratiques professionnelles, développer une démarche qualité par processus afin d'assurer la prise en charge des patients au sein de l'équipe du pôle. **Développer un axe chemin clinique, permet d'accentuer d'une part la complémentarité existante entre les cadres de proximité et d'autre part la coordination des unités de soins par les cadres de pôles.** Pour développer cet axe, le directeur des soins :

- Favorise cette approche par processus par la mise en place de groupes de travail sur la prise en charge d'une pathologie, d'un traitement, d'une action préventive ou éducative. Cette démarche répond aux objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles, de satisfaction des attentes des patients, de recherche de performance et d'efficience de l'institution⁷² ;
- Coordonne la continuité des soins et la cohérence des parcours de soins des patients.

3.1.2 Une communication dans l'organisation polaire à favoriser

Un des principes de l'organisation en pôles d'activité est d'améliorer le parcours patient, par une organisation plus souple. L'équilibre médico-économique et qualité des soins doit

⁷¹ ACKER D., BENSANDON A.C., LEGRAND P. et al. avril 2012, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Inspection générale des affaires sociales, pp.77-78

⁷² HAUTE AUTORITE DE SANTE, juin 2004, *Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité*, Paris : HAS, p.6. Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

être maintenu par « *un système de communication destiné à mettre en relation des individus les uns avec les autres*⁷³ ».

L'organisation en pôles d'activités favorise le dialogue interne. Parallèlement, la communication est rendue complexe, elle est à la fois ascendante, descendante et horizontale. La nouveauté du circuit d'information s'annonce par « *les informations maintenant c'est le chef de pôle et le cadre de pôle.* ». L'information reste au niveau des pôles. Détenir l'information c'est posséder un pouvoir. Selon P. Bernoux⁷⁴, « *le pouvoir est la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes* ». Cette définition montre le caractère relationnel du pouvoir. Toute personne a besoin d'informations pour fonctionner et dépend de ceux qui la détiennent.

Les cadres de proximité sont à l'interface entre les soignants et le trio managérial de pôle et soulignent cette rupture de la chaîne d'information, « *l'ordre du jour du bureau de pôle, est fait par le chef de pôle et le cadre de pôle, mais il ne tient pas compte de nos souhaits. Il nous tient à l'écart* ». Pourtant, ce sont des acteurs essentiels pour appliquer les objectifs du pôle et du projet de soins. Ils se trouvent au plus près des équipes, des malades et des familles. L'encadrement de proximité recherche les réunions avec le directeur des soins. Les cadres de pôle maintiennent le lien tout en étant plus autonomes vis-à-vis de la direction des soins.

La communication d'information est une valeur stratégique et son enjeu est majeur. La communication c'est pouvoir donner l'information. A travers la communication organisationnelle et managériale, le directeur des soins donne le sens et encadre les acteurs. En s'appuyant sur la communication institutionnelle et commerciale⁷⁵, il donne du sens et valorise les activités de soins. Le directeur des soins, dans son projet managérial, en fonction du contexte et en lien avec le projet social, inscrit et développe, **un axe communication**. Dans cet axe, le directeur des soins :

- S'appuie pour le mettre en œuvre, sur une émanation de l'ensemble des cadres (proximité, de pôle, supérieur) qui après la réalisation d'un constat pourront définir des axes d'amélioration. De même, il prévoira l'évaluation par le même groupe ou autre. Ces groupes de travail, pour répondre à l'objectif, qui vise à maintenir une politique d'établissement, peuvent être composés et s'appuyer sur une diversité des pôles géographiques et de fonction ;

⁷³ BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations, initiation*, éditions, Paris : Seuil, p.121

⁷⁴ Op.cit.p.157

⁷⁵PARENT B., « Communication managériale, mise en perspective générale : module communication managériale » in ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 23 avril 2012, Rennes, EHESP, 2012

- Rétablit la communication entre les cadres de pôles et les cadres de proximité, en instaurant des rencontres régulières sur l'analyse et le partage des pratiques professionnelles, l'apport des retours d'expériences avec pour objet la prise en charge du patient, la gestion et le management des équipes ;
- Favorise la contribution des cadres de santé aux changements institutionnels par l'apport d'informations sur les thématiques suivantes : projets institutionnels, réformes...;
- Permet de montrer à chaque cadre son importance dans le fonctionnement institutionnel en utilisant les informations transmises pour adapter les outils et mettre en place de nouvelles actions de communication ;
- Déploie les outils à disposition qui sont d'une part, le système d'informations avec la mise en place d'une base de données partagée sur un support informatique qui peut potentialiser, améliorer cette transmission, ce suivi de l'information et d'autre part, les réunions programmées à échéances régulières avec l'encadrement.

Le directeur des soins est garant de la faisabilité de ce projet et veille à ce que soit respecté sur l'ensemble de l'établissement les préconisations énoncées.

La déconcentration de gestion et des responsabilités évoluent vers un fonctionnement transversal. Le directeur des soins est amené à exercer un **rôle de coordination** intra et inter pôles et **doit fédérer les professionnels de soins**. La participation active de chaque acteur permet, de favoriser la transversalité, de faciliter les processus qui concourent à la prise en charge du patient et d'optimiser les compétences de chacun. De plus, la mise en place des pôles et le jeu des différents acteurs mettent l'accent sur la compétence collective.

3.1.3 La compétence collective au service de l'organisation

Aujourd'hui, encadrer du personnel de soins ne requiert pas uniquement des compétences techniques mais également un ensemble de compétences pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance définit la compétence⁷⁶ : « *est la mise en œuvre, en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction et/ou une activité. Les compétences se déclinent en compétences techniques (savoirs et savoir-faire), comportementales (savoir être) et managériale (savoir encadrer)* ». Les cadres possèdent des compétences requises (acquises par la formation) et des compétences réelles (construites par la personne).

⁷⁶ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle*, ANAP : p.63

Dépister ces compétences enrichit la compétence collective. Selon Guy Le Boterf ⁷⁷ « *la compétence des équipes ne peut pas se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle repose sur la qualité des interactions qui s'établissent entre les membres d'une équipe. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif* ». Cette compétence collective repose sur la capacité à travailler ensemble, à coopérer, à apprendre collectivement des expériences et à désapprendre. Elle prend appui sur cette intelligence collective, qui selon Pierre Levy « *l'ambition d'une telle démarche consiste précisément à valoriser la diversité des talents, des connaissances et des idées qui se trouvent dans une collectivité et de savoir organiser cette diversité en un dialogue créatif et productif* ». Une équipe vit à travers les liens avec les autres équipes. C'est dans l'équipe que se développent la confiance, la solidarité l'efficience et un sentiment d'appartenance.

Favoriser le socle de la compétence collective et l'intelligence collective permet la coopération entre les différents acteurs. Elle apporte à l'organisation⁷⁸ une « *réactivité* » et une « *intégration* ». La réactivité de l'organisation dépend de sa capacité à faire circuler l'information le plus rapidement possible dans les différents réseaux, et de développer la capacité des différents acteurs à prendre des décisions au plus près du terrain. L'intégration permet l'interdépendance des activités qui composent les pôles et des échanges intenses entre les différents acteurs. La coopération c'est travailler ensemble, communiquer, donner un sens aux actions et aux valeurs qui fondent « *l'organisation, système social organisé pour la réalisation de certains buts*⁷⁹ ».

L'hôpital est un lieu de savoir social où s'exerce une activité collective qui vise à promouvoir le travail des soignants. Ces soignants ont des métiers complexes, dans la tourmente, avec beaucoup de responsabilités. Ils doivent répondre aux attentes de l'institution et des patients. C'est pourquoi, créer du lien est déterminant dans cette organisation. L'absence de cohérence et d'harmonie au sein de l'encadrement est préjudiciable au fonctionnement de l'organisation, à l'atteinte des objectifs, à la conduite des missions et aux soins donc aux personnes soignées. C'est également un facteur anxiogène. Une équipe, quelle que soit son activité, trouve sa cohérence dans ses relations verticales et transversales⁸⁰. **Favoriser la reconnaissance des compétences professionnelles, individuelles et collectives devient un axe de développement important et déterminant.**

⁷⁷ OLLIVIER.D., 2012, *Management 2.0, Performance et capital humain !*, édition Afnor, St-Just-la Pendue, pp.163-164

⁷⁸ ZARIFIAN P., 1996, *Travail et communication, Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, 1^{ère} édition, Paris, Presses Universitaires de France, pp.11-18

⁷⁹ BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, éditions, Paris : Seuil, p. 103

⁸⁰ OLLIVIER.D., 2012, *Management 2.0, Performance et capital humain !*, édition Afnor, St-Just-la Pendue, pp.146

3.2 Animer et motiver les Hommes : mission du directeur des soins

L'organisation et l'évolution des pôles d'activité sont inscrites dans le projet managérial des établissements. Le positionnement des acteurs clés du pôle (chef de pôle, cadre de pôle, cadre administratif de pôle) ainsi que celui des structures internes et leur pilotage sont clairement positionnés (responsables d'unités et cadres de santé).

3.2.1 Le management à la confiance

Elizabeth Gloaguen⁸¹ (2001) et récemment le rapport d'Acker D., Bensandon A.C., Legrand P. (2012) développent ce management à la confiance.

Ce management apporte de la souplesse et met en relation l'intelligence collective dans une démarche créative et efficiente. Cette confiance se construit entre les acteurs et doit être régie par des règles. Ce management à la confiance s'appuie sur une posture du directeur des soins. Je ne développerai pas ici ce qui se lie à la posture psychologique mais je m'appuierai sur les règles qui caractérisent ce type de management et qui s'énoncent ainsi ⁸² :

« Des règles caractérisent ce management dont :

- la cible (rappeler ce que l'on fait ensemble) ;
- la cohérence, la coopération (la confiance s'installe à partir d'un travail en commun) ;
- les compétences (s'assurer que les collaborateurs progressent sans cesse) ;
- la communication ;
- le changement (à expliquer aux collaborateurs) ;
- le courage (celui de prendre des risques et de faire confiance) ;
- la créativité ;
- la convivialité (une contrepartie à la rigueur de la gestion) ;
- le contrat social (nos droits correspondent à nos devoirs) ».

« Le sentiment de proximité et d'écoute entre les personnels et la direction, d'écoute et de respect constitue un élément incontournable de la réussite des démarches⁸³ ». Les réformes successives sont sources d'inquiétudes et d'insécurité. S'appuyer sur cette confiance est un élément fondamental dans les relations humaines. Elle est nécessaire pour surmonter les changements et apprendre à se connaître professionnellement.

⁸¹ GLOAGUEN E., 2001, *L'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs : un enjeu pour le service infirmier*, mémoire Infirmier Général, Ecole Nationale de Santé Publique, 73 p.

⁸² ACKER D., BENSANDON A.C., LEGRAND P. et al. avril 2012, *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*, Inspection générale des affaires sociales, p.42

⁸³ Op.Cit.p.43

Toutefois, la confiance ne se décrète pas, elle est le résultat des actions entreprises et des positions prises par le directeur des soins.

Les propos recueillis montrent une confiance de l'encadrement envers le directeur des soins. Majoritairement, les cadres de pôle considèrent le directeur des soins comme « *un collaborateur très proche qui nous aide à monter en compétences, nous outille pour être gestionnaire de pôle* ». Les cadres de proximité apprécient « *l'accompagnement* » du directeur des soins, les chefs de pôle et les directeurs le considèrent comme légitime dans sa fonction « *manager des cadres* ». Ce climat de confiance est propice à la politique d'encadrement, dans **une démarche projet** avec la participation transversale des acteurs.

3.2.2 Manager des cadres managers

Le coordonnateur général des soins est positionné au sein du directoire « instance de dialogue qui éclaire, en amont, la décision du président du directoire, en assure le relais et en facilite la déclinaison au niveau des pôles⁸⁴ ». Cette position lui permet de « participer à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁸⁵ ».

A) La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- L'organisation générale des soins et l'accompagnement des malades ;
- L'accueil et la prise en charge des usagers,
- Le développement professionnel continu.

Elle est composée de membres élus, représentant les collèges des cadres de santé, des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des aides-soignants. Cette pluri professionnalité favorise le travail en collaboration, en coopération et la mise en œuvre de projets dont le projet de soins.

Utiliser cette commission comme vecteur d'information et source de proposition est, me semble-t-il une clé de réussite. Elaborer, respecter des règles de communication, faire

⁸⁴ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, novembre 2010, *Les clés pour comprendre la loi HPST*, Paris : ANAP, p.22. Disponible sur : <http://www.anap.fr/>

⁸⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010

connaître ce mode de fonctionnement c'est rendre responsables et partenaires les membres élus de cette commission.

B) Le projet de soins : fédérateur et stratégique

Le projet de soins est défini en cohérence avec le projet médical et comme le souligne un des directeurs « *il doit être triptyque : soins, médical et social* ». Il fait partie intégrante du projet d'établissement.

Le coordonnateur général des soins élabore, dans une démarche participative, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques avec l'ensemble des professionnels concernés. Le projet de soins est la base d'une cohérence et d'une cohésion de ces professionnels. Des personnels qualifiés peuvent également participer à des groupes de travaux. Les deux enjeux majeurs du projet de soins est de servir l'utilisateur et l'institution. Il permet de définir la politique de soins et de fédérer l'ensemble des acteurs autour d'objectifs communs. Le projet de soins donne le sens et définit la stratégie. Il est un outil incontournable du projet d'établissement. Il doit être connu de tous. Le contrat de pôle est un vecteur de déclinaison du projet d'établissement et des différents axes du projet de soins.

C) La formation continue : outil de développement des compétences

Le directeur des soins sous l'autorité du directeur « participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants⁸⁶ » Le travail en partenariat avec le directeur des ressources humaines est primordial dans « l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants⁸⁷ ». Les conditions d'accueil qui seront mis en place seront importantes pour définir ce que l'institution attend des nouveaux recrutés

L'article 59, de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, rend obligatoire le développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le DPC a « pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des soins ». Le DPC réunit dans un concept commun, la formation

⁸⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n°0227 du 30 septembre 2010

⁸⁷ TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.20

professionnelle continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Son enjeu est de garantir la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles.

Cette organisation en pôles d'activité, par le décloisonnement des services favorise le parcours qualifiant des professionnels s'il s'inscrit dans une démarche plurielle au sein du pôle. Ce parcours doit « structurer et organiser l'évolution professionnelle autour de la reconnaissance des compétences en tant que levier de la performance collective⁸⁸ ». Cette compétence est reconnue par l'apport de la formation initiale, l'investissement dans la formation continue et le parcours professionnel.

3.2.3 Positionner institutionnellement l'encadrement

Le directeur des soins est garant de la cohésion managériale, de la bonne coopération entre les acteurs, de la réflexivité sur les tensions repérées dans l'exercice des rôles de chacun et sur leurs ajustements. Il a une vision panoramique. Le directeur des soins donne le sens de la direction et il donne du sens dans le projet managérial.

La direction des soins, est à la fois « *éloignée* » et proche des logiques de soins et des réalités du terrain. Elle est dans un rôle transversal « du respect des règles liées à la qualité des soins, repérage des potentiels, management des projets d'amélioration de la qualité des soins⁸⁹ ». La politique d'encadrement du directeur des soins est un vecteur, pour accompagner le sentiment d'appartenance, la coopération et la collaboration interprofessionnelle des cadres de santé au niveau des pôles. Le projet managérial s'appuiera sur l'axe communication, la valorisation de l'encadrement et leur reconnaissance par **l'axe de développement des compétences** au bénéfice de la prise en charge du patient. Il pourra préciser les priorités de la politique d'encadrement en clarifiant le rôle et le positionnement de l'encadrement, les circuits de décisions et les lignes managériales.

A) Définir le rôle et le positionnement de l'encadrement

Le cadre de proximité est responsable de l'organisation des soins mis en œuvre dans l'unité par les soignants pour l'amélioration du parcours et de la prise en charge des patients. Il assure des activités managériales, de gestion, de reporting ainsi que des activités liées aux différents projets de service, aux missions transversales. Il souhaite participer aux décisions du pôle qui les concernent.

⁸⁸ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle*, ANAP, p.63

⁸⁹ ZEGGAR H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, p.40

Le cadre de santé de pôle a pour mission de manager les cadres. Il a la responsabilité de la cohérence et de l'efficacité du management des soins menés dans les différentes unités du pôle. Ses compétences attendues sont dans les domaines de la gestion des ressources matérielles et humaines ainsi que dans la gestion financière. La gouvernance apporte aux cadres de pôle, une valorisation, une reconnaissance, plus de responsabilité et une prise de décision au plus près du terrain, « *la valeur ajoutée du cadre de pôle dans cette organisation c'est sa compétence à prendre des décisions* ». Le paradoxe dans sa fonction est d'être perçu comme « *l'administration* » par le chef de pôle alors qu'il a été choisi sur sa spécificité soignante. En se dissociant du soin au profit de la gestion il risque de perdre sa légitimité liée aux soins. Il doit manager une équipe, répondre aux attentes de l'institution. Selon P. Bernoux, se recentrer sur le cœur de métier c'est développer une gestion de compétences professionnelles et « *La restructuration du travail doit, pour réussir s'appuyer sur deux idées fondamentales : le desserrement des contraintes superflues et la mise en valeur des aptitudes et capacités individuelles. La question n'est pas de rendre les gens heureux en leur donnant accès aux décisions, mais d'organiser leur travail de manière à valoriser leurs capacités*⁹⁰ ».

Structurer le travail peut être l'élaboration des fiches de poste qui permettent de définir le contenu des postes et le niveau de responsabilité et la clarification du circuit décisionnel.

Les fiches de postes existent mais elles doivent être actualisées. Ce qui permet de vérifier régulièrement le travail prescrit et le travail réel. En effet, un décalage entre le travail prescrit (procédures et règles qui définissent les règles de l'art du métier) et le travail réel entraîne des dysfonctionnements dont la perte de repères dans la fonction, une surcharge de travail (des tâches en doublon, une augmentation des tâches administratives) et une frustration.

Le circuit des décisions doit être clairement identifié dans les fiches de poste. Le directeur des soins est le supérieur hiérarchique et le chef de pôle est le supérieur fonctionnel. Toutefois, les décisions sont prises au plus près du terrain. Les cadres de proximité sont très liés aux chefs de service et aux unités de soins. La complexité de l'organisation polaire et de l'ancienne culture « service » se ressent au niveau des pôles, d'où cette nécessité de clarifier le circuit de la décision et la ligne décisionnelle. Cette clarification peut se faire par l'instauration dans les fiches de postes des niveaux de délégation et de responsabilités entre le cadre de pôle et le cadre de proximité.

Le directeur des soins, possède la compétence de définir la politique d'encadrement de l'établissement. La reconnaissance de l'encadrement passe par une valorisation de la

⁹⁰ BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, éditions, Paris : Seuil, p. 91

formation et l'enrichissement de compétences. La clarification des rôles et des missions par les instances est un « *élément de visibilité et de cohérence dans la politique du pôle qui conforte la place du cadre et constitue un élément de référence*⁹¹ ».

B) Valoriser la fonction de l'encadrement

Depuis 1995⁹², la formation des cadres de santé est commune à l'ensemble des professions para médicales. La situation des cadres hospitaliers est régulièrement abordée. Le rapport de Chantal De Singly⁹³ (2009) met en avant la valorisation des cadres et une insuffisance de leur formation. Ce rapport est suivi du rapport de Michel Yahiel et Céline Mounier⁹⁴ (2010) qui précise l'importance des compétences managériales des cadres hospitaliers dans cette organisation polaire. Cette logique d'organisation impose une « mastérisation », voire une « formation commune des managers de la santé⁹⁵ ». Aujourd'hui, la formation délivrée par les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) est jugée insuffisante, au regard de l'évolution des métiers de l'encadrement. Le référentiel d'activités et des compétences est en cours de réalisation.

L'encadrement de proximité et intermédiaire sont en difficultés quant aux exigences attendues. Ils sont en attentes d'une formation spécifique. L'absence de formation « *pédagogique* » d'adaptabilité aux postes et l'insuffisance de la formation mettent en difficulté les cadres de pôle et l'expriment « *on n'est pas formé pour transmettre certaines décisions* ». Leur regard sur les cadres de proximité se résume à « *Ils ne sont pas formés, ça va trop vite. Aujourd'hui le cadre est mal formé, on n'a pas su prendre le virage d'ancien surveillant au manager d'équipe, on n'a pas fait évoluer ce métier* ». Les cadres reconnaissent qu'un Master en gestion et en management est un pré requis nécessaire pour assurer cette fonction.

3.3 Le plan d'actions

Dans cette organisation en pôles d'activité, il est important de mettre en place une coopération efficace à tous les niveaux. Le projet de soins, outil fédérateur, s'articule avec les contrats de pôles et les projets de pôles.

⁹¹ ANATOLE-TOUZET V., GLOAGUEN E., janvier-février 2011, « Management des pôles. La place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel », *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp.39-41

⁹² MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Journal officiel, n°193 du 20 août 1995, 12468-12469.

⁹³ DE SINGLY C. septembre 2009, *Rapport de la mission des cadres hospitaliers, propositions*, Ministère de la santé et des sports, 138 p.

⁹⁴ YAHIEL M., MOUNIER C., novembre 2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers*, Inspection générale des affaires sociales, 70 p.

⁹⁵ FOURCADE J P., juillet 2011, *Rapport au parlement, comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p.36

Dans un premier temps, je définis un axe de ce plan d'action bâti sur une démarche projet⁹⁶. Un axe management du projet de soins peut s'identifier par : **accompagner les cadres de pôles et les cadres dans l'évolution managériale d'une gestion par pôle.**

Ce projet comprend des niveaux de responsabilités :

- La commission stratégique : la CSIRMT lance et clôture le projet au niveau de l'institution ;
- Le comité de pilotage institutionnel (COFIL) : son rôle est de valider les orientations du projet ainsi que les étapes de son élaboration. Il est composé de membres qui interviennent dans les différents métiers. De ce fait, ils soutiennent les décisions engagées dans le projet. Ces membres peuvent être : directeur des soins, directeur des ressources humaines, directeur des soins de l'IFCS, chef de pôle, cadre de santé de pôle, cadre de proximité, cadre administratif de pôle, membre de la formation continue, coordonnateur de la conduite du projet. La valorisation des membres de la CSIRMT, peut se faire à travers ce comité.

Le projet est conduit par le chef de projet, le directeur des soins, qui anime le projet avec l'aide de l'équipe projet. Cette équipe est animée par le coordonnateur du projet pour faciliter l'harmonisation de chaque groupe de travail.

Le pilotage de chaque groupe de travail peut être assuré par un cadre de santé (cadre de pôle ou cadre de santé ayant l'expérience d'une démarche projet), membres de la CSIRMT. Les groupes sont constitués de cadres. D'autres personnels qualifiés peuvent intervenir selon l'avancée des travaux (chef de pôles, cadres administratifs de pôles, cadres, infirmière, responsable du système d'information, secrétaire...), participer à la réflexion et aux travaux.

Les groupes de travail ont la mission d'élaborer les différentes parties de ce projet, des fiches actions et de rendre les travaux selon le calendrier fixé. Les pilotes des groupes, présentent les avancées des travaux et les soumettent à validation.

Le nombre de groupes de travail varie en fonction du personnel d'encadrement. Le nombre de pôles est variable de 12 à 21 par rapport aux établissements interviewés. Pour communiquer et faire passer les messages, le groupe de travail peut comprendre environ 12 personnes.

⁹⁶ La méthodologie du projet s'appuie sur les guides de l'ANAP, piloter et manager les projets au sein du pôle (2012) et Améliorer la gestion des ressources humaines (2011) ainsi que des projets de soins des établissements interviewés.

Le calendrier de travail est établi pour la durée de la mission. Cette durée est variable en fonction du contexte. Cette mission doit être mise en œuvre et évaluée. Elle doit également mettre en place des axes d'amélioration et des actions correctives. Je pense que cette mission doit être contenue dans la durée du projet de soins (quatre ans). Des échéances intermédiaires (bimensuelles) et finales sont fixées par le COPIL. Des dates de présentation aux instances sont également prévues, en début et en fin de mission.

L'intérêt de ces groupes de travail est de délimiter les champs des actions, d'identifier les compétences de chaque professionnel concerné afin de travailler ensemble, de connaître la fonction de l'autre, de développer la communication et les circuits d'information mais aussi se recentrer sur le métier et le contenu des postes. Mieux se connaître c'est faire également une auto-évaluation de ses pratiques professionnelles, partager les expériences professionnelles, créer et innover dans le domaine des soins. C'est aussi, éviter la balkanisation avec un risque de « *petites entreprises* » comme le souligne un directeur des soins. Mais également conduire l'encadrement à une responsabilité institutionnelle par l'amélioration et la fluidité du parcours patient.

Ce projet a une dimension institutionnelle, avec une participation pluridisciplinaire. Devant l'enjeu de ce projet, j'oriente dans un second temps mes actions sur la définition de trois objectifs prioritaires.

3.3.1 Clarifier les rôles

Nécessite une réflexion par métier qui peut se faire sur la base du répertoire métiers de la fonction publique hospitalière. La fiche métier est une procédure écrite qui permet de clarifier les attentes institutionnelles vis-à-vis de l'encadrement sur, leur rôle, leurs missions et leurs compétences.

Je cible deux métiers : le cadre responsable d'unité et le cadre soignant de pôle. Cette clarification demande la définition du :

- **Poste** « est l'unité de base de l'organisation du travail à un instant donné. Entité concrète définie physiquement : le poste est caractérisé par des conditions d'exercices dans l'espace (localisation géographique..) et dans le temps. C'est une notion conçue indépendamment du titulaire. Matérialise l'organisation de l'entreprise⁹⁷ ». C'est au niveau du poste que sont définis les objectifs attendus, les résultats évalués et les performances.
- **Le profil de poste** décrit le contenu du poste.

⁹⁷ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle*, ANAP, p.63. Disponible sur : <http://www.anap.fr/>

Élaborer ces fiches en groupes pluri professionnels, entre personnel du pôle et inter pôles, est le moyen d'exprimer les difficultés entre le travail prescrit et le travail réel au sein de l'institution. Développer ces groupes de professionnels représentatifs de la pluralité de l'établissement, c'est être force de proposition, d'élaboration, de communication et d'évaluation du projet de soins

Chaque groupe de travail métier se saisit de l'élaboration de la fiche métier-missions-compétences :

- Définir les missions;
- Formaliser les prérequis;
- Lister les activités du métier et les résultats attendus;
- Définir les compétences requises pour réaliser les activités et atteindre des objectifs;
- Établir les relations professionnelles;
- Anticiper les tendances d'évolution du métier.

Cette fiche métier est présentée au COPIL, puis à la CSIRMT pour la validation.

Au niveau de chaque pôle, un groupe de travail métier élabore la fiche de poste (cadre de proximité et cadre de pôle) en tenant compte de l'existant et en lien avec la fiche métier validée. Le chef de pôle est invité à cette élaboration ainsi que les personnes concernées par le poste. Ainsi chaque cadre concerné participe à l'élaboration de sa fiche de poste, sur ces principes :

- Identifier le poste;
- Formaliser la ligne hiérarchique et fonctionnelle;
- Lister les activités, les savoir-faire et les connaissances;
- Indiquer les critères des degrés d'acquisition;
- Énoncer les relations professionnelles internes et externes.

Cette fiche de poste est présentée au COPIL, puis à la CSIRMT pour la validation. Le bureau de pôle est consulté pour avis sur la fiche de poste élaborée.

Chaque groupe de travail peut comprendre 9 personnes, sur une base de 21 pôles, 7 groupes de travail et 63 personnes qui sont sollicités. L'investissement se quantifie en temps, en raison de 4 fois 4 heures. Soit pour la totalité des groupes : 1008 heures. L'ensemble de ce travail doit être communiqué aux personnels du pôle, pour une meilleure connaissance des domaines d'intervention de l'encadrement.

La durée prévue pour atteindre cet objectif est de 6 mois. Une évaluation de ces fiches est à prévoir 6 mois après la mise en place par la direction des soins et la direction des

ressources humaines par une enquête de satisfaction auprès des cadres et des cadres administratifs. Elle peut porter quantitativement sur l'arrêt des tâches en doublon, sur la simplification des tâches administratives et qualitativement sur la diffusion des postes au bureau de pôle et l'accessibilité des fiches de postes sur intranet. Cette évaluation est présentée au COPIL. Cette fiche de poste peut être proposée à la conduite de l'entretien professionnel.

La direction des ressources humaines et la direction des soins sont amenées à s'engager annuellement dans une harmonisation des fiches métiers, des fiches de postes et dans une gestion électronique documentaire. De plus, les métiers évoluent. Ces fiches seront à actualiser avec le nouveau référentiel d'activités et des compétences de la formation cadre. Une nouvelle mobilisation de l'encadrement sera à prévoir.

La fiche métier est avant tout une procédure écrite. En associant l'écriture et la transmission orale par le travail de groupe, les cadres s'approprient la fiche de poste et donc le poste. C'est à partir de cette appropriation, de l'intérêt qui leur est porté que les cadres peuvent s'investir dans leur fonction et se projeter dans d'autres fonctions ou dans d'autres missions.

3.3.2 Construire un parcours qualifiant

Le parcours qualifiant permet à l'encadrement de se projeter dans des postes de complexité croissante, d'anticiper des projets professionnels. Après l'élaboration des fiches métiers-fiches de postes, il me semble opportun de créer un dispositif du parcours qualifiant.

Ce dispositif est inclus dans une démarche de formation continue. Les IFCS ont signé des accords de partenariat avec les universités et sont rattachés aux établissements observés. Dans ce domaine, il est possible de bénéficier des connaissances et des compétences de l'IFCS, et de prévoir un rapprochement pour une formation interne. Pour favoriser la communication entre professionnels, il me semble important de former l'encadrement sur les mêmes périodes, car la qualité des échanges favorise la performance de l'organisation.

Un groupe de travail comprenant le directeur des soins, le directeur de l'IFCS, le directeur des ressources humaines, un responsable de la formation professionnelle continue, un cadre de pôle et un cadre de santé peuvent créer le dispositif de formation. Chaque acteur apporte ses attentes et ses besoins. La création de ce dispositif est prévue sur 6 mois, avec des temps de rencontre de 4 fois 3 heures.

Le dispositif élaboré est une formation comprenant des modules étalés sur 6 mois, aussi bien pour les cadres de proximité et les cadres de pôle. Ces modules sont en jours, soit un total de 12 jours sur 6 mois (2 jours par mois) pour chaque cadre. A la fin de ces 6 mois, une journée est programmée en juin pour faire l'analyse de ses pratiques managériales. Soit un dispositif quantifié à 91 heures.

Le contenu des modules s'inspirent de ceux proposés dans la formation des chefs de pôle, du plan de formation d'un établissement observé et de l'analyse de l'enquête :

- Pour les cadres de pôles : manager des managers et conduite de changement, management en position transversale, pilotage médico-économique et performance hospitalière, systèmes d'information hospitaliers, gestion des conflits, qualité sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins.
- Pour les cadres : s'affirmer en tant que manager, gérer son temps comme une ressource rare, animer des réunions d'équipe, la gestion des conflits, conduite de projets, qualité sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins.

Pour évaluer la qualité de ce dispositif, une enquête de satisfaction est à prévoir. Les résultats de cette enquête sont retransmis anonymement au directeur des soins en fin de session. Cette enquête permet d'une part l'évaluation de ce dispositif et la mise en place d'actions correctives sur les prochaines sessions. La durée prévue pour atteindre cet objectif est contenu dans la durée du projet de soins et comprend les étapes : mise en œuvre du dispositif, évaluation, réajustement, mise en place d'axes d'améliorations et d'actions correctives.

C'est une formation interne, le coût revient à 1500 euros par agent. Soit un coût financier de 172 500 euros pour 115 cadres⁹⁸. Cette formation et son renouvellement me semblent essentiels pour créer du lien entre les cadres de pôle et les cadres de proximité.

La reconnaissance universitaire avec l'obtention d'un Master en gestion et en management est une possibilité à moyen terme. De plus, il me semble qu'il faut être attentif aux évolutions sur la formation. En effet, l'EHESP est associée à la réflexion sur la formation des cadres de santé. Impliquée dans la formation des chefs de pôle, un diplôme d'établissement destiné aux chefs de pôle et à leurs collaborateurs cadres devrait s'ouvrir en 2012⁹⁹.

⁹⁸ Le tarif correspond à un coût de formation d'un établissement interviewé. Le nombre de cadres est un nombre moyen sur l'ensemble de l'établissement.

⁹⁹ LEDOYEN J.R, OLLIVIER R, ROUXEL R., février 2012, « On attend plus des IDE », *L'Infirmière Magazine*, n°295, p.17

Afin d'améliorer l'accompagnement de l'encadrement, le choix de ces formations doit se faire sur la base d'un entretien professionnel. Identifier les compétences requises pour un exercice professionnel, quel que soit le pôle, puis au sein de chaque pôle permet de formaliser les besoins en formation pour atteindre ce seuil de compétences. Le passeport de formation favorise la progression et l'évolution de permet à chacun au bénéfice des soins rendus aux personnes soignées

S'ouvrir à la formation c'est favoriser dans un langage commun, les relations de travail, une appropriation de l'autonomie, des modifications des comportements indispensables à la cohérence des prestations.

3.3.3 Améliorer les pratiques professionnelles

Est un objectif qui doit conduire l'encadrement à se poser la question du « pourquoi ? »
« Quel sens donné à mon travail? ».

Le directeur des soins, accompagnent les cadres de pôle et les cadres de proximité à « monter en compétence » car être leader n'est pas une compétence innée. En reconnaissant l'autonomie des cadres, le directeur des soins permet aux cadres de prendre plus de décisions, plus de responsabilités dans le fonctionnement quotidien et de les valoriser. Les cadres auront la satisfaction de mener à bien leurs missions. De plus, la fonction de l'encadrement est essentiellement le management des ressources humaines. Les cadres reconnus, décideurs, satisfaits, s'impliquent dans la performance économique, dépendante de l'efficacité de la gestion des ressources humaines.

Recentrer le cadre de pôle sur le cœur du métier et le management des cadres permet de¹⁰⁰ :

- Repositionner les cadres de proximité, au plus près de l'équipe et des malades, dans la gestion des parcours de soins;
- Les faire participer davantage sur les prises de décision du pôle par la participation et la transmission des comptes rendus de décisions validés aux bureaux de pôle;
- Instaurer des réunions mensuelles et assurer des passages dans les services de manière régulière (au moins une fois par semaine);
- Les accompagner à des moments importants de leur carrière et détecter un potentiel de cadres de pôles.

¹⁰⁰ SANTIAGO J.L., « rapport de mission cadre de proximité à l'AP-HP : positionnement ; attractivité /fidélisation », Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, août 2012, 84 p.

Cet objectif facilite la mission du cadre de pôle dans sa mission de manager. Dans ce cas, le cadre de proximité reconnaît la légitimité du cadre de pôle et une relation de confiance s'instaure au sein du pôle. Travailler ensemble c'est créer des synergies, tenir compte des responsabilités de chacun et développer un sentiment d'appartenance. C'est également pour le directeur des soins, accompagner les cadres de pôle dans cette nouvelle fonction de « *professionnel-manager*¹⁰¹ », qui associe des activités de soins et de management, comme la gestion des ressources humaines, la gestion d'équipe, la gestion financière.

Pour améliorer le fonctionnement du pôle, il est nécessaire de développer cette appartenance aux pôles. Toutefois, les pôles ne sont pas des unités autonomes, ils appartiennent à une institution. Je pense que, le directeur des soins dans l'accompagnement de l'encadrement vers la professionnalisation par la formation et vers la réflexion prospective sur les compétences, favorise l'amélioration des pratiques au bénéfice de la prise en charge du patient. Dans ce cas-là, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)¹⁰² demande une prise de conscience de l'évaluation et une sensibilisation des cadres de santé à l'entretien professionnel, au développement professionnel continu et au parcours professionnel.

Le management par la confiance, instauré par le directeur des soins, conduit l'encadrement à apprendre collectivement par l'intermédiaire des travaux de groupe et les différentes actions de formation. La mise en commun des connaissances, des expériences et des pratiques est un élément moteur pour impulser une dynamique. Dans ce contexte, je pense que le directeur des soins est force de proposition mais également une courroie de transmission de la mise en commun des compétences collectives et de l'intelligence collective. Il a une vision globale des projets. Il met en musique par le relais de la communication les projets, dont le projet de soins au niveau des pôles. Le cadre de pôle est un relais du projet de soins mais il a besoin du cadre de proximité pour s'engager dans la mise en œuvre du projet de soins. Hors, comme le disent les cadres de proximité « *les cadres de pôles ne peuvent rien faire sans les cadres de terrain* ». Néanmoins, l'équipe d'encadrement est reconnue par les activités de soins centrés autour de la prise en charge du patient. Le directeur des soins, quel que soit le contexte, reste le coordonnateur et l'animateur de l'équipe d'encadrement.

¹⁰¹ BURELLIER F., *L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des « professionnels-managers »* [visité le 29.09.2012] disponible sur internet : www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des.../2008burellier

¹⁰² La GPMC est une gestion anticipatrice des ressources humaines qui tient compte des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement. C'est créer une organisation dynamique des ressources humaines, adapter en continu les compétences disponibles à l'organisation du travail.

Conclusion

La mise en application de l'ordonnance de mai 2005 conduit les établissements de santé à se réorganiser en pôles d'activité. A la tête de ces pôles, un responsable médical. La loi Hôpital Patients Santé Territoires en 2009 conforte cette organisation interne. Cette loi sanctuarise le rôle du médecin-manager, par la délégation de gestion et l'autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel médical et non médical. Les collaborateurs du chef de pôle dont un cadre soignant de pôle l'assistent dans ses missions.

L'évolution du fonctionnement traditionnel pyramidal vers un fonctionnement transversal perturbe les relations professionnelles entre les différents acteurs. Le directeur des soins joue un rôle de conseil, de soutien et d'appui auprès de l'équipe d'encadrement. Les métiers de l'encadrement évoluent. Le cadre de proximité est bousculé. Les relations professionnelles sont sous tensions au niveau du collectif cadres. Perte de repères ? Prise de pouvoir du binôme cadre de pôle-chef de pôle ? Les attentes vis-à-vis du cadre de pôle sont de plus en plus exigeantes. Dans un rôle d'accompagnement, le directeur des soins favorise la professionnalisation par la formation. L'apprentissage collectif de l'équipe cadre, dans une démarche d'acquisition et de maintien des compétences, est un liant pour un sentiment d'appartenance au pôle dont l'objectif est de favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Le management instauré par le directeur des soins est « l'art » de manager dans la confiance avec trois piliers : responsabilité (vis-à-vis de l'institution), expertise (dans la logique des soins) et coordination (de l'équipe d'encadrement). Ce management valorise la fonction et la reconnaissance des cadres au sein des pôles et de l'institution. La valorisation des compétences collectives est au service de la prise en charge du patient dans une logique d'amélioration et d'analyse des pratiques professionnelles. Les outils disponibles dans un apprentissage collectif et transversal sont, l'entretien professionnel individuel et le développement professionnel continu. La sélection et le recrutement des cadres soignants sont un enjeu majeur pour l'institution, d'une part sur la manière d'exercer leur fonction d'encadrement et d'autre part dans leur contribution au fonctionnement de l'institution.

Il est de la compétence du directeur des soins de détecter ces potentiels, de faire savoir la valeur ajoutée du professionnel-manager. La mission du directeur des soins n'est-elle pas d'identifier les compétences du cadre de santé, capable de conserver son identité soignante, s'ouvrir à des activités de gestion, dans une logique de performance définie par une efficacité médico-économique et qualité des soins ?

Ce travail prône et engage le directeur des soins en position de fédérateur des soignants autour d'un projet institutionnel dans lequel est inclus le projet de soins. Je ne saurais omettre la nécessité de la cohésion institutionnelle. En effet ce projet ne saurait être viable et durable sans une adhésion forte aux valeurs de confiance et de subsidiarité transmises par l'équipe de direction.

Les projets menés au sein de l'institution doivent éviter la balkanisation au niveau des pôles et au sein de l'équipe de direction dans un souci de cohérence institutionnelle. Pour cela l'ensemble des valeurs sur lesquelles se basera le management du directeur des soins doit être discuté et partagé au sein même de l'équipe de direction.

Dans cette nouvelle organisation en pôles d'activité, une réflexion sur les jeux de pouvoir des acteurs permettrait de compléter ce travail.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). Journal officiel du 5 mars 2002,4118.

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière. Journal officiel, n°179 du 2 août 1991,10255.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-techniques. Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010, 10948.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-techniques dans les établissements publics de santé. Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010, 10942.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière Journal officiel, n°70-318 du 3 janvier 1971.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Journal officiel, n°193 du 20 août 1995,12468-12469.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008.

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, 12184.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005, 7626.

MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Journal officiel, n°0001 du 1^{er} janvier 2012.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicale de dépenses des soins. Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996,6311.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'Etat. Journal officiel, n°0174 du 30 juillet, 2010.

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires à la réforme et de l'enseignement médicale et au développement de la recherche médicale. Journal officiel du 31 décembre 1958

OUVRAGES

ALTER N., 2008, *Sociologie du monde de travail*, 2^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, 351 p.

BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, 4^e édition, Paris : Seuil, 379 p.

CLEMENTJ.M., 2011, *Précis de droit hospitalier*, 2^e édition, Bordeaux : Les études hospitalières, 196 p.

DUBAR C., TRIPIER P., BOUSSARD V., 2011, *Sociologie des professions*, 3^e édition, Paris : Armand Colin, 376 p.

DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPERC., PAIRE C., 2011, *Droit hospitalier*, 8^e édition, Paris : Dalloz, 962 p.

MOQUET-ANGER M.A, 2010, *Droit hospitalier*, Paris : L.G.D.J, 520 p.

OLLIVIER.D, 2012, *Management 2.0, Performance et capital humain !*, La Plaine Saint-Denis : AFNOR, 204 p.

SAISON J., 2009, *Droit hospitalier*, 2^e édition, Paris : Gualino, 349 p.

ZARIFIAN P., 1996, *Travail et communication, Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, 1^eédition, Paris : Presses Universitaires de France, 213 p.

ARTICLES

ANATOLE-TOUZET V., GLOAGUEN E., janvier-février 2011, « Management des pôles. La place des cadres dans le processus de décision stratégique et opérationnel », *Revue Hospitalière de France*, n°538, pp.39-41.

DEBROSSE D., SIMON P., janvier-février 2009, « Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ? », *Revue hospitalière de France*, n°526, pp.12-15.

GAUDRON.P., mars 2012, « l'hôpital, une organisation publique », *Gestions hospitalières*, n°514, pp.41-44.

HAUTEMULLE M. février 2011, « Exercice infirmier : Des évolutions plus qu'une révolution », *L'Infirmière Magazine*, n° 295, pp.18-19.

HAUTEMULLE M., février 2012, « L'impact variable des pôles », *Objectif Soins*, n°203, pp. 24-26.

LEDOYEN J.R, OLLIVIER R, ROUXEL R., février 2012, « On attend plus des IDE », *L'Infirmière Magazine*, n°295, p.17.

VAISSIERE-BONNET M.G., mars 2010, « Autorité hiérarchique et autorité fonctionnelle », *Santé RH*, pp.17-19.

RAPPORTS

ACKER D., BENSANDON A.C., LEGRAND P.et al. avril 2012, *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*, Inspection générale des affaires sociales, 118 p.

DE SINGLY C. septembre 2009, *Rapport de la mission des cadres hospitaliers, propositions*, Ministère de la santé et des sports, 138 p.

FELLINGER F., BOIRON F., juin 2011- janvier 2012, *Mission hôpital public*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 103 p.

FOURCADE J P., juillet 2011, *Rapport au parlement, comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 45 p.

TOUPILLIER D., YAHIEL M., janvier 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 130 p.

YAHIEL M., MOUNIER C., novembre 2010, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers*, Inspection générale des affaires sociales, 70 p.

ZEGGAR H., VALLET.G., février 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Inspection générale des affaires sociales, 120 p.

REFERENTIELS

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, juin 2012, *Piloter et manager les projets au sein du pôle*, ANAP, 57 p. Disponible sur : <http://www.anap.fr/>

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle*, ANAP, 63 p. Disponible sur : <http://www.anap.fr/>

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, novembre 2010, *Les clés pour comprendre la loi HPST*, Paris : ANAP, 160 p. Disponible sur : <http://www.anap.fr/>

HAUTE AUTORITE DE SANTE, juin 2004, *Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité*, Paris : HAS, 44 p. Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, 2009, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, 2^e édition, presses de l'EHESP, 437 p. disponible sur internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

MEMOIRE

GLOAGUEN E., 2001, *L'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs : un enjeu pour le service infirmier*, mémoire Infirmier Général, Ecole Nationale de Santé Publique, 73 p.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

SITES INTERNET

Association Française des directeurs de soins, *Historique de la profession*, [visité le 25.08.2012], disponible sur le site : <http://www.directeurdesoins-afds.com>

BURELLIER F., *L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des « professionnels-managers »* [visité le 29.09.2012] disponible sur internet : www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des.../2008burellier

GODELIER E., 23 mars 2006, *Structures et organisations de l'entreprise*, [visité le 26.08.2012], disponible sur le site : <http://crg.polytechnique.fr>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Présentation des opérations retenues au titre du plan hôpital 2012*, Dossier de presse, Mercredi 10 février 2010, [visité le 6.08.

2012], disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/IMG/.../Dossier_de_presse_100210-Hopital2012

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, *Enquête nationale gouvernance hospitalière-Les résultats, juillet 2011*, [visité le 20.08.2012], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere.html>

SAFON.M.O., Septembre 2011, *Historique des réformes hospitalières en France*, pôle documentation de l'Irdes, [visité le 7 août 2012], disponible sur internet : www.irdes.fr

SARDY B, SARDY L., SARDY *Définition du management*. [visité le 26.08.2012], disponible sur internet : [Bienvenue sur Man@g'R - Free](#)

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, septembre 2009, *Ensemble modernisons l'hôpital, Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières*, [visité le 6 août 2012], disponible sur internet : www.sante.gouv.fr/.../Guide_nouvelles_organisations_et_architecture.

COURS

BRUEL S., DARMENTON A., DEVAUD M. et al. « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management : Module Inter Professionnel de Santé Publique » *in* ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, mai 2012, Rennes, EHESP, 2012

LAUDE L., « Changement et accompagnement social : UE sociologie des organisations et des relations sociales à l'hôpital » *in* ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 9 et 10 juillet 2012, Rennes, EHESP, 2012

PARENT B., « Communication managériale, mise en perspective générale : module communication managériale » *in* ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE, 23 avril 2012, Rennes, EHESP, 2012

DOCUMENTS INTERNES AUX ETABLISSEMENTS

Plan de formation-projet managérial-projet de soins

SANTIAGO J.L., « *rapport de mission cadre de proximité à l'AP-HP : positionnement ; attractivité /fidélisation* », Paris : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, août 2012, 84 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste exhaustive des personnes interviewées

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif du directeur

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif du médecin chef de pôle

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé de pôle

Annexe 5 : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé de proximité

Annexe 6 : Guide d'entretien semi-directif du directeur des soins

Annexe 1 : Liste exhaustive des personnes interviewées

Catégories professionnelles	Groupe Hospitalier Universitaire A	Centre Hospitalier Universitaire B
	Pôles cliniques	Pôles médico-techniques
Directeur	1(directeur de site)	1(directeur référent)
Chef de pôle	1	1
	2 ^e mandat	2 ^e mandat
Cadres de santé de pôle	3	4
	1 ^e mandat depuis fin 2011	1 ^e mandat depuis fin 2010
Cadres de proximité	2	4
Directeur des soins	2	1
	2 ^e accompagnement polaire	2 ^e accompagnement polaire

Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif du directeur

Thème 1 : le métier

- L'organisation en pôles a-t-elle modifié vos fonctions ?

Thème 2 : l'organisation en pôles d'activité

- Quels sont les avantages et les inconvénients de l'organisation en pôle ?
- L'autorité hiérarchique est-elle donnée au cadre paramédical de pôle ou au directeur des soins ?
- L'organisation en pôle a-t-elle modifiée la relation entre le cadre soignant de pôle et le directeur des soins ?
- Avez-vous mis en place la délégation de gestion -la délégation de signature ?

Thème 3 : la relation avec le directeur des soins

- Le projet de soins est-il un lien possible entre l'établissement et le projet de pôle ?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du directeur des soins ?
- Quelles sont les missions que vous souhaitez développer avec le directeur des soins ?

Quels sont pour vous les enjeux de la direction des soins dans l'organisation en pôle d'activités ? Comment voyez-vous son rôle et son positionnement ?

Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif du médecin - chef de pôle

Thème 1 : Le métier :

- Est-ce que votre métier a changé depuis que vous exercez la fonction de chef de pôle ?
- Maintenez-vous votre activité clinique ?
- Avez-vous eu une formation ?

Thème 2 : L'organisation en pôles d'activité

- Existe-il un contrat de pôle ? Existe-il un projet de pôle ?
- Existe-il un conseil de pôle ou un bureau de pôle ?
- Avez-vous une délégation de gestion et une délégation de signature ?
- Le projet de soins est-il décliné dans le contrat de pôle et le projet de pôle ? Si oui ? Comment ?
- Quels sont pour vous les avantages et inconvénients de l'organisation en pôle ?

Thème 3 : La relation professionnelle avec le cadre de santé de pôle

- Participez-vous au choix du cadre de santé de pôle ?
- Quelles sont les compétences que vous attendez du cadre de santé de pôle ?
- Quelle autorité déclinez-vous auprès du cadre de santé de pôle et de l'encadrement ?

Thème 4 : La relation avec le directeur des soins

- Quels sont les liens que vous avez avec le directeur des soins ?
- Qu'attendez-vous professionnellement du directeur des soins ?
- Quelle est pour vous la fonction de directeur des soins ?
- Le cadre de proximité participe-t-il aux décisions du pôle.

Quels sont pour vous les enjeux de la direction des soins dans l'organisation en pôle d'activités ? Comment voyez-vous son rôle et son positionnement ?

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé de pôle

Thème 1 : Le métier

- Depuis l'organisation en pôles, est-ce que, votre métier a changé? Avez-vous eu des modifications de votre fonction ? Si oui-Quelles sont les modifications ?
- Ces modifications sont-elles porteuses de regrets ou sont-elles valorisantes ?
- L'évolution de votre métier ou de vos fonctions va-t-elle à l'encontre de votre identité professionnelle ?
- Avez-vous eu une formation complémentaire au diplôme de cadre ?
- Quels sont pour vous les prérequis à cette fonction ?

Thème 2 : L'organisation en pôle d'activités

- Quels sont pour vous les avantages et inconvénients de l'organisation en pôle ?
- Participez-vous une délégation de gestion ?
- Le projet de soins est-il décliné dans le contrat de pôle et le projet de pôle ? Si oui ? Comment ?
- Quelle est votre participation dans la mise en œuvre du projet de soins et son évaluation ?
- Quelles sont les compétences que vous avez développées particulièrement dans l'organisation en pôle ?

Thème 3 : La relation avec le cadre de proximité

- Quelle est pour vous, aujourd'hui, sa fonction ?
- Quelles sont les compétences que vous en attendez ?
- Quels sont les liens professionnels que vous entretenez avec le cadre de proximité?
- Est-ce que des changements professionnels se sont produits entre vous et le cadre de proximité ? Si oui, comment l'expliquez-vous ?

Thème 4 : La relation avec le directeur des soins

- Est-ce que des changements professionnels se sont produits entre vous et le directeur des soins ? Si oui, comment l'expliquez-vous ?
- L'autorité fonctionnelle du chef de pôle a-t-elle modifié les relations et l'autorité hiérarchique du directeur des soins ?
- Qu'attendez- vous professionnellement du directeur des soins ?
- La direction des soins vous semble-t-elle éloignée ? Ou inversement proche ?

Quels sont pour vous les enjeux de la direction des soins dans l'organisation en pôle d'activités ? Comment voyez-vous son rôle et son positionnement ?

Annexe 5 : Guide d'entretien semi-directif du cadre de santé de proximité

Thème 1 : Le métier

- Depuis l'organisation en pôles, est-ce que, votre métier a changé? Avez-vous eu des modifications de votre fonction ? Si oui - Quelles sont les modifications ?
- Ces modifications sont-elles porteuses de regrets ou sont-elles valorisantes ?
- L'évolution de votre métier ou de vos fonctions va-t-elle à l'encontre de votre identité professionnelle ?
- Avez-vous eu une formation complémentaire au diplôme de cadre ?

Thème 2 : L'organisation en pôle d'activités

- Quels sont pour vous les avantages et inconvénients de l'organisation en pôle ?
- Etes-vous participante au conseil de pôle ou au bureau de pôle?
- Le projet de soins est-il décliné dans le contrat de pôle et le projet de pôle ? Si oui ? Comment ?
- Quelle est votre participation dans la mise en œuvre du projet de soins et son évaluation ?
- Quelles sont les compétences que vous avez développées particulièrement dans l'organisation en pôle ?

Thème 3 : La relation avec le cadre de santé de pôle

- Quelle est pour vous, aujourd'hui sa fonction ?
- Quelles sont les compétences que vous en attendez ?
- Quels sont les liens professionnels que vous entretenez avec le cadre de pôle ?
- Est-ce que des changements professionnels se sont produits entre vous et le cadre de pôle ? Si oui, comment l'expliquez-vous ?

Thème 4 : La relation avec le directeur des soins

- Est-ce que des changements professionnels se sont produits entre vous et le directeur des soins ? Si oui, comment l'expliquez-vous ?
- L'autorité fonctionnelle du chef de pôle a-t-elle modifié les relations et l'autorité hiérarchique du directeur des soins ?
- Qu'attendez- vous professionnellement du directeur des soins ?
- La direction des soins vous semble-t-elle éloignée ? Ou inversement proche ?

Quels sont pour vous les enjeux de la direction des soins dans l'organisation en pôle d'activités ? Comment voyez-vous son rôle et son positionnement ?

Annexe 6: Guide d'entretien semi directif du directeur des soins

Thème 1 : Le métier

- Avez-vous eu des modifications de votre fonction depuis l'organisation en pôles ?
- Depuis l'organisation en pôles, est-ce que, votre métier a changé? Si oui-Quelles sont les modifications ?
- Ces modifications sont-elles porteuses de regrets ou sont-elles valorisantes ?
- L'évolution de votre métier ou de vos fonctions va-t-elle à l'encontre de votre identité professionnelle ?

Thème 2 : l'organisation en pôles d'activité

- Quels sont pour vous les avantages et inconvénients de l'organisation en pôle ?
- Quelles sont les compétences que vous attendez du cadre de santé de pôle ?
- Comment déclinez-vous auprès du cadre de proximité votre autorité?
- Participez-vous au choix du cadre de santé de pôle ?
- Quelles sont les compétences que vous attendez du cadre de santé de pôle ?
- Existe-il un contrat de pôle ? Existe-il un projet de pôle ?
- Le projet de soins est-il décliné dans le contrat de pôle et le projet de pôle ? Si oui ? Comment ?

Thème 3 : Relations chef de pôle- cadre de santé de pôle-cadre de responsable de l'unité des soins avec le directeur des soins

- Quels sont les liens que vous entretenez avec le chef de pôle
- Quelles sont les liens et les attentes professionnels que vous entretenez avec le cadre de santé de pôle et le cadre de proximité ?
- Quelle est pour vous, aujourd'hui, la fonction de cadre de santé de pôle ?

Quels sont pour vous les enjeux de la direction des soins dans l'organisation en pôle d'activités ? Comment voyez-vous son rôle et son positionnement ?

DEVAUD

Maria

Décembre 2012

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

L'IMPACT DE L'ORGANISATION EN POLES D'ACTIVITE SUR LE MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS

Résumé :

Les établissements hospitaliers ont vu une succession de réformes. La nouvelle gouvernance confirme le pôle d'activité comme modèle unique de l'organisation interne. A la tête de ce pôle, le médecin-manager, chef de pôle, est assisté de collaborateurs. Les lignes managériales se modifient.

L'enquête dans deux centres hospitaliers universitaires sur l'organisation polaire montre une évolution des métiers et des relations professionnelles. Ces changements sont significatifs entre les cadres de santé de proximité et les cadres de santé de pôle.

Le directeur des soins, par le management à la confiance, la communication et le développement des compétences collectives peut impulser une dynamique auprès des cadres de santé favorisant ainsi la transversalité des compétences et de la qualité au bénéfice de la personne soignée.

Mots clés :

Pôles d'activité, nouvelle gouvernance, cadres de santé, cadres de pôle, directeur des soins, métier, organisation polaire, relations interprofessionnelles, transversalité, communication, compétence collective, management à la confiance.

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