

ГЪ РЪИТЕ ЪОВГЮДЕ
ЕСОТЕ ИВЦЮИУТЕ ДЕ

ЕНСП

RENNES

**Directeur des Soins
Promotion 2006**

**La mise en place des pôles d'activité
médicale... une évolution dans le
management du directeur des soins**

Jean-Luc MASCLAUX

La grandeur d'un métier n'est-elle pas avant tout d'unir les hommes ?

Antoine de Saint Exupéry

Remerciements

Je tenais à remercier :

L'équipe pédagogique de la filière des directeurs des soins, sans oublier Fabienne et Nelly, pour la guidance pendant ce temps de formation,

Mes collègues de promotion pour la richesse des moments partagés,

Les professionnels qui m'ont accueilli lors de mes stages et enquêtes.

Merci à toi Catherine pour ta compréhension, ton soutien sans faille et surtout ta patience,

Merci Caroline pour tes mots d'encouragement... .

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
UNE NECESSAIRE APPROCHE THEORIQUE POUR ECLAIRER UN CONTEXTE EN MOUVEMENT.....	5
1 UNE DEFINITION ECLAIREE DU MANAGEMENT	5
1.1 Qu'entendons nous par l'emploi du terme de management ?	5
1.2 Comprendre le fonctionnement des organisations : l'atout du DS pour manager dans la complexité.....	6
2 LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'HOPITAL ET LES ACTEURS SOIGNANTS.....	7
2.1 Le sommet stratégique.....	7
2.2 La ligne hiérarchique.....	7
2.3 Le centre opérationnel.....	8
2.4 La technostructure.....	8
2.5 Les personnels de support logistique.....	9
3 LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE	9
3.1 La définition du pôle d'activité	9
3.2 La structuration de l'hôpital en pôle d'activité	10
3.3 La conduite et l'évolution des pôles : la place des acteurs.....	11
3.3.1 Le chef de pôle et le cadre de santé.....	11
3.3.2 L'encadrement soignant et la place du directeur des soins	12
3.4 L'architecture de régulation.....	12
4 INSCRIRE LES HOMMES DANS LE MANAGEMENT : LES OUTILS DU MANAGEMENT POUR LE DS	13
4.1 Le management par projet et la dynamique participative.....	13
4.2 Contractualisation interne et délégation de gestion : des outils innovants pour une dynamique de coopération	15
4.2.1 Le cadre juridique général	15

4.2.2	La contractualisation interne	15
4.2.3	La délégation de gestion	16
4.2.4	Un mot de conclusion	17
4.3	Coopérer pour “prendre soin” du management.....	17
5	CONCLUSION.....	18
	<i>L’ETUDE DE TERRAIN.....</i>	19
1	LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE	19
1.1	Les objectifs de notre travail d’enquête	19
1.2	L’outil de recueil des données.....	19
1.3	Les personnes interviewées.....	20
1.3.1	Les critères de choix.....	20
1.3.2	L’échantillon des personnes interviewées	20
1.3.3	Les établissements concernés	21
1.4	Les points de progrès et points forts de l’enquête	22
1.5	Le traitement des données.....	22
2	LES RESULTATS DU TRAITEMENT DES DONNEES.....	23
2.1	Thème 1 : Les collaborateurs privilégiés des partenaires du pôle et de la direction des soins ainsi que la place du DS vue par les acteurs.....	23
2.1.1	Sociogramme du groupement du CHU n ° 1	24
2.1.2	Sociogramme de l’ensemble des personnes interviewées.....	27
2.2	Thème 2 : L’organisation en pôle a t’elle - ou va t’elle – influencer votre manière de diriger/gérer ?.....	29
2.3	Thème 3 : Comment pensez vous agir pour construire une véritable coopération avec les partenaires du pôle ?.....	33
2.3.1	Les causes de non coopération	33
2.3.2	Les améliorations envisageables	33
2.4	Synthèse et vérification des sous questions.....	36
	<i>LES PROPOSITIONS D’ACTIONS.....</i>	37
1	UN PROFESSIONNEL ENGAGE	37
1.1	Le respect des valeurs.....	37
1.2	Un créateur et porteur de sens.....	38

1.3	Un homme de coordination	38
2	LA POSTURE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS.....	39
2.1	La nécessaire position heuristique.....	39
2.2	Une position stratégique pour favoriser l'intégration.....	40
2.2.1	Son savoir faire différenciateur	40
2.2.2	Un style inscrit pour le changement.....	41
2.3	Mais aussi un homme de terrain.....	41
3	DEVELOPPER LA CONFIANCE POUR AGIR ENSEMBLE	42
3.1	La relation de confiance avec le corps médical.....	42
3.1.1	Un détour par l'analyse de la structure hospitalière avant d'agir	42
3.1.2	L'intelligence situationnelle du DS	43
3.1.3	La mise en œuvre de la collaboration.....	44
3.2	Les relations de confiance avec les cadres de pôle.....	44
3.2.1	S'appuyer sur l'échange, communiquer, informer.....	44
3.2.2	Des outils favorisant la confiance	45
4	POUR CONDUIRE LA MODERNISATION : LE DIRECTEUR DES SOINS....	
	CE PASSEUR ENTRE UN CONNU IMPARFAIT ET UN PARFAIT INCONNU .	46
4.1	Un "esprit projet" pour une dynamique de participation	46
4.1.1	La démarche projet	46
4.1.2	Le projet de soins	47
4.2	La délégation de gestion pour une dynamique de coopération	48
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AP-HP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCMP :	Comité Consultatif Médical de Pôle
CGC :	Coordonnateur Général des Soins
CHG :	Centre Hospitalier Général
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CR :	Centre de Responsabilité
DDASS :	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.H.O.S :	Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins
DS :	Directeur des soins
ENSP :	Ecole Nationale de la Santé Publique
IESTO :	Institut Economique en Sciences des Techniques d'Organisation
IFCS :	Institut de Formation des Cadres de Santé
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
PAM :	Pôle d'Activité Médicale

INTRODUCTION

La réforme de la gouvernance a pour objectif de lutter contre les rigidités et les cloisonnements de l'hôpital et d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement. Elle fait évoluer les structures organisationnelles en créant des pôles d'activité qui s'accompagnent d'outils de modernisation, à savoir la contractualisation interne et la délégation de gestion.

Dans cette période troublée de changements annoncés, la direction des soins doit développer une approche managériale, guidée par le principe de subsidiarité, dont le facteur humain constitue la richesse essentielle et l'enjeu majeur pour réussir le pari de la modernisation.

L'hôpital bouge, l'organisation change et le management hospitalier se transforme. En tant que futur directeur des soins cette situation motive mais interroge aussi : comment allons nous vivre ensemble de manière complémentaire ?

Le constat d'un point de vue législatif et les discours porteurs

La publication de l'ordonnance n° 2005 - 406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé officialise la création en Pôles d'Activité Médicale (PAM) pour l'hôpital public. Ils devront être mis en place au plus tard le 31/12/2006.

Lors de la journée des directeurs des soins le 21 mars 2006 à Paris le contenu des interventions et des tables rondes traduisait les mutations de la nouvelle gouvernance dans le management hospitalier :

✓ Mr DEBROSSE – Chargé de mission auprès du Directeur de l'Hospitalisation pour l'accompagnement des réformes précisait que *“le DS doit contribuer au développement dynamique des PAM et préparer les équipes à la déconcentration...”*.

✓ Mme MOURA M et Mr MARTIN J.R ¹ allaient aussi dans ce sens en insistant sur l'évolution d'un management déconcentré guidé par le principe de subsidiarité et d'efficacité, sur la mise en œuvre des délégations et le renforcement de la coordination des activités de soins (par la commission de soins), sur l'apparition d'un nouveau principe fort de management pour le DS, à savoir la confiance pour progresser.

¹ Mme MOURA - Coordonnateur général, directeur des soins du CHU de Lille et Mr MARTIN J.R - Coordonnateur général, directeur des soins du CHU de Poitiers

Les bouleversements managériaux intervenus avec la mise en place des pôles dans l'établissement où nous étions en poste avant de venir en formation.

✓ Avant la mise en place des PAM le DS travaillait avec cinq cadres supérieurs de santé qui n'avaient pas de position hiérarchique sur les cadres de proximité mais occupaient chacun des missions transversales. Il gérait directement les cadres des unités de soins. Cette organisation avait été mise en place pour conduire le projet de soins dans le cadre de la fusion de deux établissements. Avec les pôles le nombre des cadres supérieurs a été augmenté et ils occupent dorénavant une position hiérarchique².

✓ Aujourd'hui six pôles sont en place (plus trois administratifs). Les responsables médicaux et les cadres de pôles³ sont nommés, les conseils de pôles définis et les bureaux de pôles fonctionnent.

Chacun des pôles a un référent dans l'équipe de direction qui assiste aux réunions du pôle et les discussions sont relayées directement en comité de direction.

A la fin de l'année la direction des soins fusionnera avec la direction de l'accréditation et de la qualité pour donner *“la direction de la qualité et de la prise en charge du patient”*.

✓ L'évolution des relations managériales de la direction des soins se traduit par des cadres de proximité qui ont maintenant comme supérieur hiérarchique direct le cadre de pôle et non plus le DS.

Une relation hiérarchique dite de *“confiance”* est la condition nécessaire à la bonne qualité de la circulation de l'information. Le rôle du DS est alors d'accentuer la coordination par le développement d'une politique claire de communication interne au sein de l'encadrement.

✓ Les zones d'incertitudes pour la direction des soins :

- Le positionnement hiérarchique du cadre de pôle auprès des cadres de proximité est une nouveauté et un apprentissage reste à faire.
- La coordination chef et cadre de pôle est essentielle au fonctionnement du pôle. Les relations corporatistes, où chaque catégorie professionnelle évolue parallèlement et sans une concertation préalable à la prise de décision, sont à éviter.

² Décision prise en concertation avec l'équipe de direction, la CME et l'encadrement soignant.

³ Le choix a été fait de positionner des cadres supérieurs de santé comme cadre de pôle

En conclusion nous constatons que les PAM impactent l'organisation de l'hôpital. De nouveaux modes de relations se mettent en place et la subsidiarité est perçue comme un gage d'efficacité. Mais des interrogations existent :

- L'autorité hiérarchique du directeur des soins sur les cadres de pôles, qui bénéficient d'une plus grande autonomie, ne va-t-elle pas évoluer vers du fonctionnel ? Ne va-t-il pas se substituer à la solution hiérarchique un mode axé sur le développement du principe de confiance ?
- Le DS est-il prêt à aller vers des fonctions de « *Counsellor, c'est-à-dire un écouteur et un conseiller à la fois* »⁴
- L'organisation en pôles est-elle un enjeu pour le directeur des soins ou, au contraire, une possibilité de le mettre hors jeu ?

Ces interrogations m'orientent vers une question centrale qui va guider ma recherche :

En quoi la mise en place d'une organisation en pôles d'activités influencera les pratiques managériales du DS ?

Sous questions :

- L'organisation en pôles amène le DS à développer un management plus coopératif,
- Ce management lui donne les moyens de ne pas se retrouver hors jeu et favorise l'instauration d'un partenariat durable avec le chef de pôle et le cadre supérieur de santé.
- La coordination, dans le cadre de cette coopération, se traduit par la réalisation de tableaux de bord au service de la délégation pour aider les responsables de pôles.

La première partie de notre travail concerne la définition d'un cadre théorique nous permettant d'explorer notre question centrale grâce à une recherche documentaire et bibliographique. Nous donnerons une définition du management, aborderons les notions de structuration hospitalière, de pôle d'activité avant de voir la place des acteurs et des outils dont ils disposent avec la contractualisation interne et la délégation de gestion.

Puis nous présenterons notre enquête réalisée sur plusieurs établissements et le traitement des données recueillies associé à une analyse.

La dernière partie concernera nos propositions d'actions à prendre en compte pour l'évolution des pratiques managériales.

⁴ BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. 5^{ème} édition. Paris : Editions du Seuil, 1985, p.74.

UNE NECESSAIRE APPROCHE THEORIQUE POUR ECLAIRER UN CONTEXTE EN MOUVEMENT

Après avoir apporté un éclairage sur la notion du management nous définirons la structure organisationnelle de l'hôpital avec les acteurs soignants qui la composent.

Puis nous présenterons la nouvelle configuration de l'hôpital en PAM dans le cadre du plan hôpital 2007 avant d'aborder les outils majeurs du management pour le DS à savoir :

- le projet et la dynamique participative qu'il a induit,
- la prise en compte aujourd'hui du contrat et de la délégation de gestion pour améliorer la coopération.

1 UNE DEFINITION ECLAIREE DU MANAGEMENT

1.1 Qu'entendons nous par l'emploi du terme de management ?

Le concept de management fait l'objet d'une littérature abondante. Nous avons choisi de le définir en faisant référence à des intervenants rencontrés au cours de notre carrière.

Bernard BARRAL, lors d'une intervention à l'IFCS de Lyon expliquait la notion de progression : « *manager, c'est gérer une organisation, c'est à dire la conduire et la faire évoluer pour avoir des résultats* ». ⁵

Ce à quoi Antoine JUNG, lors d'un cours à l'I.E.S.T.O en précisait le rôle fédérateur :

« *...le management consiste à faire vivre les hommes autour d'un projet commun, à les faire adhérer aux décisions* ». ⁶

Le management apparaît comme étant le fondement de la réussite des organisations. Il relève d'une stratégie, c'est à dire d'un plan concerté d'actions coordonnées par étapes.

« *Le management est important lorsque la clientèle est en contact avec l'organisation. Il est encore plus important lorsque la clientèle vit dans l'organisation et encore plus lorsque cette organisation à une visée thérapeutique* » ⁷.

⁵ BARRAL B. Consultant, intitulé du cours : « Le management participatif » Ecole des cadres de santé, Lyon, Promotion 1997/1998.

⁶ JUNG A. Consultant, intitulé du cours : « La structuration de groupe » I.E.S.T.O/C.N.A.M, Lyon, 2001.

⁷ AMOUROUS C. Intitulé du cours : « La fonction cadre ». IUP Santé, Lyon 3, 1998.

1.2 Comprendre le fonctionnement des organisations : l'atout du DS pour manager dans la complexité.

La sociologie des organisations⁸ permet au DS d'avoir une meilleure compréhension des problèmes sur lesquels peut acheminer le pilotage de l'organisation hospitalière.

✓ Les méthodes de management et d'organisation utilisées aujourd'hui à l'hôpital ont été élaborées dans leurs fondements il y a maintenant près d'un siècle.

Si les conceptions classiques de l'organisation rationnelle de Frederick Winslow TAYLOR, Max WEBBER ou encore Henri FAYOL sont aujourd'hui inadaptés aux défis que doit surmonter l'hôpital il n'en reste pas moins vrai que certains de leurs principes perdurent.

Pour Michel CREMADEZ l'organisation de l'hôpital relève, pour une partie, du taylorisme par la division du travail verticale et horizontale des tâches au sein des différentes unités entre le personnel médical, infirmier et aides soignants.

De l'autre, elle relève de l'artisanat car « ...des services de nature similaire peuvent être réalisés de manière différentes, voire opposée, suivant la personnalité, la conception et l'implication des professionnels responsables des unités ... »⁹.

✓ L'école de la contingence, caractérisée par les travaux d'Henri MINTZBERG dans les années 80, a lié l'organisation à l'environnement mais aussi aux buts que se donnent les dirigeants. Elle ne doit plus se piloter par ses structures mais par son projet, ses finalités.

✓ L'analyse contemporaine a étudié l'organisation comme un phénomène autonome, c'est à dire obéissant à ses propres règles de fonctionnement et non déterminée par des contraintes extérieures :

*« L'organisation ne s'adapte pas mécaniquement aux contraintes extérieures. Les acteurs, au sein d'une organisation, ont toujours des choix possibles. Ils en débattent, construisent une organisation dont les résultats sont ensuite sanctionnés par l'extérieur. Mais l'environnement ne dicte pas l'organisation »*¹⁰.

En accédant à la notion d'acteur stratégique l'organisation se fonde dorénavant sur une vision plus dynamique. Elle n'apparaît plus comme un ensemble de rouages mais comme un ensemble fluide dû aux différents jeux des acteurs.

⁸ Annexe n°1 : Synthèse de l'évolution des courants de la sociologie des organisations

⁹ CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} édition. Paris : InterEditions Masson, 1997, p 362.

¹⁰ BERNOUX P, *op-cit.*, p 117.

2 LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE L'HOPITAL ET LES ACTEURS SOIGNANTS

Henri MINTZBERG¹¹ distingue dans toute entreprise cinq éléments, qui appliqués à l'hôpital par l'approche de Michel CREMADEZ¹², permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

2.1 Le sommet stratégique

Il veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut s'agir des autorités de tutelles (ARH, DDASS...), du chef d'établissement et de son équipe dont le directeur des soins coordonnateur général des soins. Celui-ci « ...est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé »¹³.

Aujourd'hui sa place au sein du conseil exécutif prévue par la nouvelle gouvernance n'est pas nommément précisée. Cependant cet état de fait ne constitue pas un obstacle à l'exercice du métier : « Les DS se sont mobilisés pour avoir une place dans l'équipe de direction. Ils l'ont obtenue. Pour ce qui concerne le conseil exécutif il me semble justifié, naturel, qu'ils y siègent, et c'est par la reconnaissance de leurs compétences qu'ils y siègeront »¹⁴.

2.2 La ligne hiérarchique

Elle assure le relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle est composée de l'encadrement qui assure la gestion des centres opérationnels.

La notion de hiérarchie sous tend celle de subordination et donc d'autorité. Pour la direction des soins les cadres de santé de proximité (premier niveau) rendent compte de leurs actions aux cadres supérieurs de santé (2^{ème} niveau) qui participent à leurs évaluations. Les cadres supérieurs exercent leurs fonctions sous l'autorité du DS.

¹¹ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisations, 1982.

¹² CREMADEZ M., GRATEAU F. op.cit. chapitre 1, p.21.

¹³ Article 4 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

¹⁴ Mr le Directeur Général du CHU de Nice, le 29 juin 2005 à l'ENSP cité par Mr DUCRET B. – Mémoire filière directeurs des soins. ENSP. 2005. p.16

La nature des obligations inhérentes à la fonction d'encadrement est mal définie puisqu'il n'existe pas de textes indiquant de façon formelle les actes professionnels des cadres de santé. Les textes principaux sont :

- La lettre circulaire du 20 février 1990.
- Le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé ; décret qui initia une dynamique d'ouverture par un diplôme de cadre de santé accessible à la filière infirmière mais aussi aux professionnels des filières de rééducation et médico-techniques.
- Le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

Les cadres de proximité et supérieurs sont à l'interface du pouvoir médical et administratif et au carrefour de plusieurs logiques : médicale, administrative, soignante, logistique et celle aussi des patients. Ce qui fait dire à Charles AMOUROUS, en parlant de la fonction cadre, du « *difficile exercice de gérer l'harmonie des contraires* »¹⁵.

2.3 Le centre opérationnel

Il est constitué par les unités de soins et les services médico-techniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome.

Pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

2.4 La technostructure

Elle assure la coordination du travail pour le rendre efficient. Cette partie prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie. Ce sont des personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel, à l'élaboration de normes. A l'hôpital cette fonction est assurée par des groupes d'agents soignants, administratifs et techniques. L'encadrement de second niveau, en retrait de la production immédiate des soins participe à cette fonction. Il s'agit, pour la direction des soins, des cadres supérieurs de santé avec des missions qualifiées de transversales.

Le DS agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

¹⁵ AMOUROUS C., op-cit.

2.5 Les personnels de support logistique

Ils remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel : service postal, nettoyage, restaurant La collaboration avec les centres opérationnels est essentielle.

3 LES POLES D'ACTIVITE MEDICALE

L'évolution du cadre législatif¹⁶ traduit la volonté politique de faire évoluer la structure hospitalière avec un souci de responsabiliser les acteurs. La mise en place d'un nouveau dispositif organisationnel, par la création des pôles d'activité clinique ou médico-techniques, constitue un des volets majeurs du plan hôpital 2007.

3.1 La définition du pôle d'activité

Le terme de pôle d'activité se définit au regard de deux grandes dimensions :

- soit avec une orientation plus en terme de structures organisationnelles. Le pôle se présente alors comme un groupement de services et / ou d'unités médicales (ou médico-techniques) fondé sur un projet médical partagé et faisant l'objet d'une allocation de ressources communes.
- Soit une orientation plus en terme d'objectifs et alors le pôle se définit comme " une entité de gestion au service d'un objectif de qualité, d'activité et d'offre de soins. Il s'appuie sur un projet médical, conçu, rédigé et partagé par les équipes médicales et de soins du pôle"¹⁷.

Ces deux dimensions indissociables font dire à Mr CRIE Dominique – professeur des universités à Lille 1 – qu'il s'agit "d'un sous ensemble d'un établissement de santé mettant à disposition diverses compétences et ressources congruentes et spécifiques au service du meilleur soin du patient"¹⁸.

L'organisation par pôle d'activité s'applique à l'organisation des soins, au fonctionnement médical ainsi qu'aux activités administratives et logistiques.

¹⁶ Annexe n° 2 – Des centres de responsabilité à la mise en place des pôles d'activité médicale.

¹⁷ VILLENEUVE P. Directeur adjoint des affaires juridiques AP-HP. « La mise en place des pôles d'activités à l'hôpital : enjeu et méthode ». *Revue du cadre soignant*, Octobre 2004, n° 13, p.28

¹⁸ CAILLET R., CRIE D. « Organisation par pôles de l'hôpital public ». *Gestions hospitalières*, Octobre 2004, p.597

3.2 La structuration de l'hôpital en pôle d'activité

Les établissements publics de santé doivent mettre en place une organisation en pôles d'activité au plus tard le 31 décembre 2006. Il n'existe pas d'"idéal type" dans leur création. Cependant plusieurs facteurs doivent, au préalable, être pris en considération pour leur constitution :

✓La réflexion initiale doit porter sur la géographie d'ensemble de l'établissement hospitalier (construction pavillonnaire ou monobloc et donc sur la répartition et l'éloignement des services).

✓La taille du pôle est évaluée à 300 personnes environ. Mr Pierre Villeneuve – directeur adjoint des affaires juridiques à l'AP-HP – explique que «...*le regroupement de trois à cinq services doit être vu comme un ordre de grandeur permettant une cohérence médicale ainsi qu'une conduite du pôle à taille humaine et fonctionnelle* »¹⁹. Il doit aussi exister un équilibre général dans l'importance des pôles.

Par ailleurs plus le nombre de pôles augmentent plus l'ensemble de l'hôpital gagnera en hétérogénéité tout en perdant en cohérence.

La sociologie des organisations définit cette situation par le concept de différenciation/intégration mis en évidence avec les travaux de P.R LAUWRENCE et J.W LORSCH²⁰.

- La différenciation se traduit à la fois par une segmentation en domaines spécialisés (les pôles) mais aussi dans les attitudes et comportements des acteurs qui en résultent. C'est un phénomène naturel centrifuge de parcellisation du pouvoir.
- L'institution va devoir cependant être attentive à ce que les diverses unités différenciées se conjuguent pour atteindre les buts fixés. Il s'agit alors du processus d'intégration qui est difficile à obtenir.

Pour P.R LAUWRENCE et J.W LORSCH il faut atteindre un niveau de différenciation requis tout en assurant leur bonne intégration au sein de l'organisation.

Les choix d'une structuration sont importants car ils auront directement une influence sur la performance. Pour une gestion optimale le rapport du projet hôpital 2007 réalisé par Mrs DEBROSSE – PERRIN – VALLENCIEN préconisaient un nombre de pôles inférieur à dix.

¹⁹ VILLENEUVE P. *op-cit.*, p.28

²⁰ LAWRENCE P.R., LORSCH J.W. *Adapter les structures de l'entreprise*, Paris : Editions d'Organisation, 1973.

✓ Les regroupements des services peuvent obéir à des logiques différentes qui peuvent tenir compte de réalités géographiques, de segments particuliers de prise en charge, de regroupements de compétences médicales ou de plateaux techniques. Mais cette logique doit s'articuler sur la réflexion issue du projet médical. Nous retrouvons :

- **La logique d'organe** (cœur –poumon) ou logique de pathologie (cancérologie). L'objectif visé est celui d'un renforcement de la complémentarité et de la coordination.
- **La logique de prise en charge** des patients sur des segments particuliers (pôle mère/enfant, pôle gériatrique. La logique obéit à une optimisation de la qualité de prise en charge de ce type de population.
- **La logique de prestation** (biologie, imagerie). La logique obéit à la concentration de moyens lourds qui sous –tend la notion d'économie de taille et d'expérience.
- **La logique de l'urgence vitale** (service d'urgence et de réanimation). L'objectif vise à mettre en place une gestion des flux en fonction du niveau de risque.
- **La logique de compétence médicale** autour de maladies d'organes.

Cette diversité²¹ traduit la complexité que représente chaque groupement. L'amendement "liberté" repris par l'ordonnance d'avril 1996 peut envisager d'autres créations.

3.3 La conduite et l'évolution des pôles : la place des acteurs

3.3.1 Le chef de pôle et le cadre de santé

L'article L.6146-6 du CSP²² définit les acteurs impliqués dans le pilotage du pôle.

✓ Le chef de pôle est un praticien hospitalier qui dispose d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement. Il met en œuvre la politique générale de l'établissement au sein du pôle et les moyens définis par le contrat interne pour atteindre les objectifs fixés.

✓ Le chef de pôle est assisté dans ses fonctions par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence et par un cadre administratif (encore appelé assistant de gestion). Dans la plupart des situations il s'agit d'un cadre supérieur de santé qui occupe cette fonction. Mr BARTHES R., directeur d'hôpital – chargé de mission à la direction de l'hospitalisation, propose l'emploi de la terminologie "cadre responsable de pôle" ou tout simplement "cadre de pôle"²³.

²¹ DESPLANT CASTANIE F. - Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ? – Mémoire filière directeur des soins. ENSP. 2004 p. 14.

²² Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

²³ BARTHES R. – Chargé de mission Emploi Formation – DHOS – « Module GPEC » Formation directeur des soins, ENSP, Rennes, Avril 2006.

3.3.2 L'encadrement soignant et la place du directeur des soins

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière²⁴ identifie trois niveaux concernant les métiers de management : proximité, intermédiaire et stratégique.

✓ Le management de proximité concerne les cadres de santé. Cela se traduit par la gestion d'une unité, d'une équipe de soins, avec des patients, des équipements. L'horizon est celui du court terme et l'objectif général est de produire une prestation de soins accompagnée d'un souci d'efficacité. Nous sommes dans l'opérationnalité.

✓ Le management intermédiaire, avec les cadres supérieurs de santé, évolue avec la structuration en pôle. Leur place, à côté des responsables de pôle, induit à la fois « ... une fonction de régulation (contrôle et arbitrage des unités) et une fonction plus stratégique d'impulsion des orientations médico-soignantes du pôle ²⁵ ».

✓ Le management stratégique constitué par les directeurs des soins. Avec les réformes en cours il s'agit de l'encadrement qui a le plus de mal à se positionner dans le nouveau paysage managérial.

« La place et le rôle des directeurs des soins sont sans doute à redéfinir La fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction, à la fois plus stratégique (impulsions des politiques, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement de réseaux de soins...) et de conseil et de support au pôle (aux managers, responsables de pôles, encadrement...) »²⁶ .

3.4 L'architecture de régulation

✓ L'organe décisionnel est constitué par un bureau de pôle composé du responsable médical du pôle, du cadre de santé de pôle, du cadre administratif et d'un directeur délégué. Ce bureau a en charge la politique générale du pôle avec la mise en œuvre du projet médical et la gestion des moyens attribués par la contractualisation interne.

✓ Le conseil de pôle avec des membres de droit et d'autres élus par leurs pairs, favorise l'élaboration des orientations et des projets du pôle : organisation générale, orientations d'activité et les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Il associe l'ensemble des équipes médicales et paramédicales et constitue un organe consultatif.

²⁴ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Paris : Editions ENSP, 2004.

²⁵ COUDRAY M.A., BARTHES R. « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, Janvier 2006, p.18

²⁶ Ibid. p.19

✓ Dans certains établissements nous pouvons trouver aussi :

- un Comité Consultatif Médical de Pôle (CCMP) qui regroupe l'ensemble des praticiens du pôle. Il a pour missions de garantir la coordination des services au sein du pôle, d'organiser l'activité médicale, de développer les bonnes pratiques médicales et l'évaluation de l'activité. Au CHU de Toulouse le directeur général, le président de la CME et le coordonnateur général des soins peuvent participer avec voix consultatives aux séances du CCMP²⁷.
- Un comité médecins/cadres de santé avec des objectifs d'une visée plus opérationnels. Avec la mise en place des pôles de psychiatrie on retrouve parfois des psychologues au sein de ces comités.

La mise en place des pôles d'activité doit faciliter le décloisonnement des organisations médicales. Elle est liée à la stratégie globale de l'établissement et s'accompagne d'outils de management pour le DS comme le projet, la contractualisation et la délégation de gestion.

4 INSCRIRE LES HOMMES DANS LE MANAGEMENT : LES OUTILS DU MANAGEMENT POUR LE DS

4.1 Le management par projet et la dynamique participative

La loi n° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a introduit la notion de projet à l'hôpital : projet d'établissement, médical, de service, le projet de soins infirmiers. L'ordonnance du 24 avril 1996 a repris ce principe et mis en place de nouveaux instruments en particulier avec le développement de la contractualisation : le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et la démarche d'accréditation.

La notion de projet en établissement hospitalier a été réaffirmée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Son article L.6143-2 précise que *« le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement..... Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social... »*.

L'élaboration du projet de soins, au niveau institutionnel, avec l'ensemble des professionnels concernés et sa mise en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité relève des missions du DS.

²⁷ Guide de gestion par pôles. Hôpitaux de Toulouse, Mai 2004, p.10

L'organisation par projet, qui consiste à mobiliser sur un même objectif et pour une durée déterminée des hommes et des moyens habituellement consacrés à d'autres tâches ne date pas, bien sûr, de la publication des textes législatifs.

L'idée d'un projet à l'hôpital existait déjà lorsque, de façon individuelle, il s'agissait de nommer son intention de réaliser quelque chose. Puis cette idée s'est répandue à l'action collective avec la notion de projet thérapeutique. Avec la publication de textes de lois, le projet caractérise désormais l'hôpital lui-même. Comment ?

- celui-ci est situé par rapport à l'environnement,
- le projet renforce le sentiment d'appartenance de ses acteurs.

La nouveauté pour l'hôpital réside dans le fait que cette organisation n'est plus considérée comme un mode d'organisation d'exception mais comme une façon naturelle de travailler. Non seulement le projet s'est imposé comme un outil de management pour favoriser le changement et l'innovation mais il a introduit une dynamique participative au sein d'une organisation hospitalière hiérarchique et centralisée.

Bernard Honoré définit la participation comme étant « *...la prise de pouvoir de chacun sur sa pratique pour l'auto contrôler, l'auto organiser, en fonction d'objectifs et de moyens concertés verticalement et en transversalité* »²⁸.

La conception du projet est étroitement liée à celle du management. Il ne peut être vécu en tant que tel si les pratiques managériales augmentent les possibilités d'initiatives des acteurs. Tel est l'orientation du management dit "participatif" défini au regard de quatre critères majeurs²⁹ :

- La consultation,
- La négociation,
- La responsabilisation,
- La délégation.

L'engagement du DS dans une démarche projet, en vue de mobiliser les acteurs, rend nécessaire un style de management participatif.

²⁸ HONORE B. *L'hôpital et son projet d'entreprise*. Toulouse : Privat, 1992, p.166 p

²⁹ LOUBAT J.R. « L'émergence de la fonction cadre ». C.R.E.A.I, Rhône-Alpes, Septembre/octobre 1995, n° 110.

4.2 Contractualisation interne et délégation de gestion : des outils innovants pour une dynamique de coopération

Pour répondre à un objectif de souplesse et d'efficacité les établissements de santé réforment en profondeur leur organisation interne et réalisent une déconcentration des pouvoirs au profit des responsables de pôles d'activité. L'instrument juridique est la contractualisation interne avec la délégation de gestion.

4.2.1 Le cadre juridique général

Cet instrument n'est pas nouveau puisqu'il trouve son origine dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière puis les textes législatifs relatifs à la création des CR³⁰.

Aujourd'hui l'article L 6145-16 de l'ordonnance du 2 mai 2005 notifie que *“les établissements de santé doivent mettre en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activités qui bénéficient d'une délégation de gestion”*.

4.2.2 La contractualisation interne

Un contrat doit être négocié puis cosigné par le directeur et le président de CME d'une part et chaque responsable de pôle d'autre part. Le conseil exécutif se prononce sur la contractualisation interne avec le chef de pôle. Mais le président du conseil exécutif (le directeur) a un vote prépondérant pour engager la contractualisation.

Le contrat définit :

- les objectifs d'activité, de qualité, financiers,
- les moyens (budget) et les indicateurs de suivi des pôles d'activité,
- les modalités d'intéressement aux résultats de leur gestion,
- les conséquences en cas d'inexécution du contrat ou de non atteinte des objectifs.

Si un contrat n'est pas respecté cela remet en question le pôle d'activité lui-même. Celui-ci n'a d'existence que par le mécanisme de la contractualisation.

Mr CLEMENT, ancien directeur d'hôpital et juriste, s'interroge sur la valeur administrative du contrat et explique qu' *“ il n'a pas une valeur de droit privé mais serait plutôt un document contractuel, une sorte de protocole d'accord interne sans véritablement une portée juridique. Un pôle qui n'a pas de personnalité morale peut-il contractualiser avec un établissement ? Sur le plan juridique c'est un peu flou”*³¹.

³⁰ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation / Décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé / Circulaire DH/AF/AF 3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

³¹ Cours fait à l'ENSP sur le CPOM et contractualisation interne – Avril 2006

Le somme des contrats internes va permettre de construire le projet d'établissement et une contractualisation externe avec l'ARH. Le cadre juridique du contrat est la délégation de gestion déjà expérimentée avec les CR.

4.2.3 La délégation de gestion

Elle est peu explicitée dans les textes. La circulaire du 19 avril 1997 préconise simplement que l'expression « *délégation de gestion* » ne correspond pas à une délégation de compétence du directeur (dite également délégation de pouvoir). En d'autres termes la délégation de gestion ne se substitue pas à la délégation de compétence qui doit être autorisée par des textes spécifiques.

Lorsque les CR ont été créés ceux-ci bénéficiaient d'une délégation de gestion de la part du directeur (Alinéa 5 de l'ordonnance du 24 avril 96). Le décret du 18 avril 1997 va mettre en évidence une seconde forme que peut revêtir la délégation de gestion à savoir la délégation de signature qui est le mode d'application de la contractualisation interne.

La délégation avec le contrat interne prend une valeur juridique avec la délégation de signature. Mais celle-ci n'est jamais de droit. Il peut y être mis fin à tout moment, *discrétionnairement* comme le rappelle la circulaire du 21 avril 97.

Le cas de la délégation de gestion reste une curiosité pour le juriste qui ne connaît que la délégation de compétence et celle de signature³². Elle doit s'entendre comme la marge de manœuvre que la direction accorde dans la négociation au responsable de pôle pour l'usage de moyens (humains, techniques et financier) dont il dispose mais sans altérer les règles de la fonction publique hospitalière ou de la comptabilité analytique.

L'autonomie favorisée par la gestion déconcentrée incitera la direction des soins à développer des tableaux de bord pour avoir les moyens de favoriser la coordination et de répondre au principe de subsidiarité. J-L MALO explique que «...*le tableau de bord, au service de la délégation, aide chaque responsable dans sa prise de décision et permettre le suivi de l'exercice de la délégation* »³³.

³² Annexe 3 – Délégation de compétence / Délégation de signature

³³ MALO J.L. *Tableau de bord*. Encyclopédie de gestion, Tome 2, Paris : Vuibert, 1992. p.923-929.

4.2.4 Un mot de conclusion

Le contrat est une innovation juridique car il s'écarte de l'organisation traditionnelle hospitalière. Ce sont des contrats qui portent sur une deuxième innovation caractérisée, à savoir les délégations de gestion qui doivent être négociées d'où la coopération entre les acteurs.

4.3 Coopérer pour “prendre soin”³⁴ du management

Coopérer c'est au premier sens, travailler avec, c'est-à-dire partager et échanger les connaissances et expériences, écouter et comprendre, donner et recevoir.

Pour P. ZARIFIAN il existe une « exigence d'agir en commun soit en partageant l'action soit en s'organisant avant pour faire converger des actions vers un même résultat »³⁵.

Par conséquent pour coopérer il faut se connaître à minima, savoir ce qu'on peut attendre de l'autre et se mettre d'accord sur ce qu'on va faire ensemble, sur le pourquoi et le comment, le partage du sens.

Et la question du sens est importante car elle permettra au changement de s'opérer. Une direction des soins favorisera d'autant plus l'émergence du sens que son projet de soins aura une valeur pour les équipes dans lequel elles se reconnaissent.

Si la direction des soins incarne le sens l'encadrement à un rôle de médiateur et d'animateur à jouer pour le relayer.

Le contrat et la délégation de gestion vont traduire des manières nouvelles de faire, d'agir ensemble pour le DS, ils devront aussi faire appel à la confiance pour coopérer.

G. Le CARDINAL, J.F. GUYONNET et B. POUZOULLIC dans leur ouvrage intitulé « La dynamique de confiance »³⁶ précisent que trois racines forment le socle de la coopération :

- **La communication.** Coopérer est un comportement librement adopté qui met en oeuvre une activité communicative indispensable à la réussite d'un projet.

³⁴ COLLIÈRE M.F. *Soigner...le premier art de la vie*. Paris : InterEditions, 1996.

³⁵ Intervention de Mr P. ZARIFIAN, professeur de sociologie à l'université de Marne la Vallée – sur le thème de « La coopération dans le travail » - Journée du 25 juin 2005 -Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU de Dijon.

³⁶ LE CARDINAL G., GUYONNET J.F., POUZOULLIC B. *La dynamique de confiance : Construire la coopération dans les projets complexes*. Paris : Dunod, 1997, p.73.

- **Le contrat** qui est une condition nécessaire à la pérennité d'un projet. Mais il ne peut à lui seul en garantir la réussite. Des contrats sont basés sur la confiance ; d'autres sur la déviance. Si la confiance peut se substituer au contrat, aucun contrat ne peut se substituer à la confiance.
- **La confiance** mutuelle qui transforme une situation dangereuse en une situation où l'on accepte de s'engager, sûr de pouvoir compter sur la coopération de l'autre.

Les conditions dans lesquelles sont établies les termes du contrat sont importantes sur la dynamique de la confiance qui s'instaure progressivement entre les partenaires.

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé contraint les hôpitaux à repenser leur organisation. Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité doit permettre le développement de la coopération entre les acteurs et favoriser le décloisonnement.

Aussi le DS, au regard du principe de subsidiarité qui est l'esprit même de la Gouvernance, va devoir adopter un management déconcentré dans la mise en œuvre de la politique de soins au sein des établissements de santé.

Pour reprendre l'expression de H SERIEYX il s'agit « *...d'un nouveau management qui devient tout simplement l'art de dynamiter les frontières internes* »³⁷.

Ce management, qui doit permettre d'affronter l'incertitude et la complexité, exige que l'on passe « *d'une logique d'obéissance à une logique de la responsabilité.... d'une logique de la pyramide à une logique de réseau* »³⁸ et induit un mode d'organisation coopératif.

5 CONCLUSION

La structure organisationnelle hospitalière et les acteurs qui la compose ont comme Principe Supérieur Commun le patient et la qualité de sa prise en charge.

En ce sens les pôles d'activité médicale, le contrat, la délégation de gestion ont pour missions d'associer les équipes hospitalières à la gestion de l'hôpital, de déconcentrer le plus possible les procédures internes et de responsabiliser les professionnels pour tendre vers cette finalité. Ces instruments orientent de nouvelles pratiques managériales pour le directeur des soins par l'instauration d'une dynamique de coopération.

³⁷ SERIEYX H. *Le zéro mépris*. Paris : InterEditions, 1995, p.17.

³⁸ *Ibid*, p.78

L'ETUDE DE TERRAIN

« La recherche est un chemin qu'on trouve dans le partiellement connu, le mal connu, ou l'inconnu, pour en savoir plus et à plus ou moins long terme, pour se donner de meilleurs moyens d'action »³⁹

Avant de se rendre sur nos terrains d'enquête, il nous était essentiel de bien choisir une méthode de travail et un outil pour le recueil des données.

1 LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

1.1 Les objectifs de notre travail d'enquête

- L'objectif général a été d'étudier les conséquences de la mise en œuvre, à l'hôpital, d'une organisation en pôles d'activité sur les pratiques managériales du DS.
- Les objectifs opérationnels se sont attachés à :
 - identifier les nouveaux modes de relations mis en place entre le DS et les acteurs clefs du pôle,
 - recueillir des informations sur l'utilisation d'outils innovants de management pour le DS, à savoir le contrat et surtout la délégation de gestion.

1.2 L'outil de recueil des données

Pour réaliser notre recueil des données, nous avons privilégié l'entretien semi-directif d'une durée de 45 minutes.⁴⁰ Son contenu s'est voulu suffisamment généraliste pour s'adapter aux interlocuteurs rencontrés.

Le choix de cet outil nous est apparu le plus approprié avec notre questionnement. La partie théorique a facilité la construction de questions ouvertes et nous nous sommes assurés de son efficacité par rapport :

- aux objectifs spécifiques annoncés,
- à nos hypothèses de recherche,
- aux ressources dont nous disposons surtout pour la gestion du temps.

³⁹ PERRIER J. A quoi sert la recherche dans le domaine des soins infirmiers, Revue Association suisse des infirmiers et infirmières, mars 1980.

⁴⁰ Annexe 4 – Guide de l'entretien semi-directif

Ces entretiens ont été réalisés entre mars et juin 2006. Ils ont fait l'objet, en relation duelle, d'un enregistrement numérique puis retranscrits par écrit à l'exception de deux personnes (ingénieurs en organisation) contactées par l'intermédiaire de l'ANIORH⁴¹ via internet. Nous avons pu obtenir des faits, des opinions mais aussi des réflexions ainsi que le vécu des professionnels sur notre questionnement.

Une fois l'outil construit il a été testé auprès d'un DS et d'un cadre supérieur de santé.

1.3 Les personnes interviewées

1.3.1 Les critères de choix

- Cibler un échantillon de personnes représentatif des métiers du management intermédiaire et stratégique avec les pôles et croiser les points de vue des acteurs.
- Privilégier des établissements de santé déjà organisés en pôles d'activité. En cours d'enquête nous avons choisi d'élargir ce critère est d'inclure des établissements qui, à la fois bénéficiaient d'une antériorité dans cette structuration, et à l'inverse d'autres qui n'étaient qu'au stade de la réflexion.
- Avoir des établissements de type CHU, CHG et si possible CHS.
- Prendre le point de vue de professionnels hospitaliers experts en organisation sur notre questionnement.

1.3.2 L'échantillon des personnes interviewées

	CHU n°1	CHU n°2	CHU n°3	CHG	CHS
Directeur des soins coordonnateur général	1		1	1	1
Directeur des soins	2	2			
Chef de pôle	2				
Cadre supérieur de pôle	2	1		1	
Cadre administratif	1				
Directeur d'établissement	1			1	

17 entretiens en face à face ont été réalisés plus le recueil du point de vue de 2 ingénieurs en organisation par l'outil internet soit un total de 19.

⁴¹ Association Nationale des Ingénieurs en Organisation Hospitalière

1.3.3 Les établissements concernés

Des établissements ont correspondu à des terrains de stage pendant notre formation; d'autres ont été contactés uniquement pour l'enquête.

①Le CHU n°1 comporte dix sept établissements regroupés en cinq groupements. Notre stage s'est effectué sur un groupement composé de deux pôles :

- le pôle neurologique en place depuis une année et composé de 347 lits et places,
- le pôle cœur-poumon-métabolique officiellement créé depuis six mois (408 lits et places).

Les chefs de pôles sont nommés ainsi que les cadres administratifs. La direction des soins de chaque pôle est représentée par un directeur des soins assisté de 4 cadres supérieurs de santé dont un cadre de pôle.

Six cadres supérieurs de santé sont en position transversale. Le nombre total des cadres de santé est de 67. L'ensemble est sous la responsabilité d'un directeur des soins coordonnateur général des soins.

②Le CHU n° 2 est composé de treize pôles appelés "groupements de cliniques" mis en place en 2000. La direction des soins est constituée d'un directeur des soins coordonnateur général des soins et de cinq directeurs des soins adjoints.

Le pôle de neurochirurgie, composé de 177 lits, a été l'objet des entretiens à savoir le cadre de pôle le DS référent.

③Le CHU n° 3 correspond à un stage optionnel de trois jours et se situe en suisse. Le nombre de lits et places est de 1200 (MCO et psychiatriques).

L'établissement est composé de deux directions métiers : la direction des soins et la direction médicale. Il est structuré en douze départements (équivalent des pôles) depuis 1997.

La direction des soins est représentée par un directeur des soins infirmiers coordonnateur général des soins⁴² et d'un adjoint. Leurs collaborateurs sont les cadres de département (appelé "*infirmier chef de coordination*" et depuis peu "*directeur des soins*") Ceux-ci sont placés sous l'autorité hiérarchique du chef de département clinique (comme l'ensemble des praticiens) sauf pour tout ce qui touche aux aspects du métier liés à l'établissement, c'est-à-dire les soins infirmiers qui reste sous la responsabilité de la direction des soins.

⁴² Il s'agit d'une direction des soins infirmiers uniquement et non des personnels de rééducation et médico-techniques.

④ Le CHG fait partie des dix établissements de santé les plus importants de la région Rhône alpes. Il accueille les principales spécialités médicales et chirurgicales. Le nombre de lits et places s'élève à 382. La direction des soins est assurée par un coordonnateur général des soins assisté de trois cadres supérieurs de santé et de 18 cadres de proximité. La réflexion sur une organisation en pôle devrait commencer à l'automne. Cet établissement a été un terrain de stage.

⑤ Le CHS fait partie des plus petits établissements psychiatriques publics de France. Il dispose de 150 lits et couvre trois secteurs de psychiatrie adulte et deux inter secteurs de pédopsychiatrie. Le coordonnateur général des soins travaille en collaboration avec trois cadres supérieurs de santé. L'établissement sera en pôle d'ici la fin de l'année sur le principe de un secteur égal à un pôle.

1.4 Les points de progrès et points forts de l'enquête

Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et en lien avec les facteurs humains qui conditionnent l'échange. Par conséquent l'interprétation reste possible, une séduction aussi par certains propos ce qui limite l'objectivité de la recherche.

Les points forts se caractérisent par la qualité des échanges en relation directe et leurs diversités ce qui nous a permis de mieux visualiser la place du DS avec les PAM.

La gestion du temps s'est avérée aussi être performante dans la prise de rendez vous au regard des contraintes liées à la formation et aux déplacements divers.

1.5 Le traitement des données

Plusieurs étapes successives ont été nécessaires pour organiser les données en fonction de l'objectif d'enquête :

- L'énumération et la description des informations recueillies (enregistrement avec l'accord des intéressés et retranscription),
- La "comparaison-distinction" des informations pour comparer les résultats obtenus, éliminer les informations sans rapport avec notre objectif et rapprocher les éléments de même nature.
- Le classement des données en tenant compte des objectifs de l'enquête.

2 LES RESULTATS DU TRAITEMENT DES DONNEES

Les résultats ont été exploités à partir des trois thèmes généraux du guide d'entretien :

- Les collaborateurs privilégiés des partenaires du pôle et de la direction des soins ainsi que la place du DS vue par les acteurs,
- Le management du DS dans une structuration en pôle,
- Comment vivre ensemble de manière complémentaire ?

Le choix a été fait de présenter l'analyse en même temps que le traitement des données.

2.1 Thème 1 : Les collaborateurs privilégiés des partenaires du pôle et de la direction des soins ainsi que la place du DS vue par les acteurs.

Avoir la curiosité de connaître l'essentiel des relations informelles nous a semblé particulièrement stratégique dans le sens où les données recueillies pouvaient être prises en compte dans les pratiques de management du DS.

Le sociogramme a été utilisé avec pour objectifs :

- D'avoir une représentation à un moment donné (mars à juin 2006) des relations informelles des acteurs clefs du pôle entre eux et avec le DS ou la direction des soins.
- De visualiser quels sont les partenaires privilégiés du DS. En effet, en mettant en valeur "l'état" des relations individuelles des membres du groupe nous repérons aisément les acteurs favorisés, isolés ou les exclus.

Tout d'abord un sociogramme a été ciblé sur le groupement du CHU n° 1. L'établissement correspondait à un terrain de stage et l'ensemble des acteurs clefs des deux pôles de ce groupement ont été interviewés.

Puis un deuxième sociogramme, plus général cette fois, a été réalisé en prenant en compte l'ensemble des personnes interviewées dans le cadre de ce travail. Il permettra de dégager une tendance dans la représentation des relations de travail que les acteurs ont développé avec la nouvelle structuration.

2.1.1 Sociogramme du groupement du CHU n ° 1

☞ La liste des acteurs

Le groupement du CHU n°1 est composé de deux pôles

Pôle cœur-poumon-métabolique On les appellera par la lettre A	Pôle neurologique Lettre B
① Chef de pôle - A	① Chef de pôle - B
② Cadre de pôle - A	② Cadre de pôle - B
③ Cadre administratif - A	③ Cadre administratif - B
2 directeurs des soins référents (un pour chaque pôle) et 1 coordonnateur général	
Le directeur général du groupement –DG.	

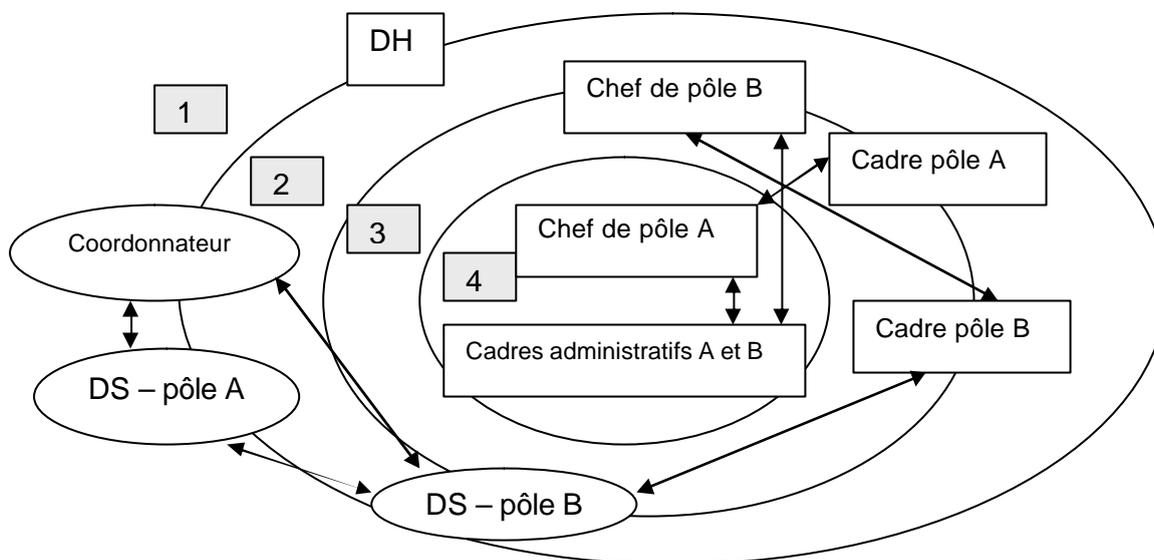
☞ « Avec qui aimez vous/ souhaitez vous travailler ? » - Telle est la question qui a été posée. Sur 26 choix émis nous trouvons 8 réciproques (personnes qui apprécient de travailler ensemble). La matrice donne les résultats suivants :

	CHOIX EMIS	CHOIX RECUS
Chef de pôle - A	2	4
Chef de pôle - B	2	3
Cadre de pôle - A	2	3
Cadre de pôle - B	3	3
Cadre administratif – A	2	4
Cadre administratif - B	2	4
Coordonnateur général des soins	4	2
Directeur des soins pôle - A	4	2
Directeur des soins pôle - B	3	3
Directeur général	2	0

- Les deux chefs de pôle sont bien perçus (2 choix émis et en reçoivent 3) mais font peu d'efforts pour s'ouvrir aux autres.
- Les cadres de pôles sont bien perçus voir pour l'un d'entre eux reconnu (égalité 3/3).
- Les cadres administratifs sont bien perçus et appréciés (3 choix émis et 4 reçus).
- Le DH est isolé (2 choix émis et ne reçoit rien).
- La direction des soins apparaît ouverte aux autres mais n'a pas de reconnaissance (11 choix émis pour 7 reçus d'autant plus que sur les 7 choix émis, 6 lui sont internes).

☞ Le sociogramme collectif

Méthode de Northway (dite de « la cible ») – Les sujets les plus populaires se trouvent au centre et les « isolés » à l'extérieur. Il est représenté uniquement les réciproques.



Commentaire

Le sociogramme est établi à partir des relations de travail que les acteurs ont développé. Il donne une représentation du “système d'action concret” car il rend compte des échanges, de la coopération, des accords que les acteurs ont passé entre eux pour que les pôles fonctionnent mais probablement aussi au regard de leurs intérêts professionnels.

Les chefs de pôle sont en position de favoris avec comme collaborateurs privilégiés le cadre supérieur de pôle et le cadre administratif. En ce sens nous ne constatons pas d'écart avec la volonté de la nouvelle gouvernance qui précise dans l'article L. 6146-6 du CSP que « *les responsables de pôle sont assistés dans leurs fonctions par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences et par un cadre administratif* ».

La direction des soins se trouve en dehors des pôles. Une seule relation réciproque existe entre le DS référent et le cadre du pôle B de neurologie.

Ce positionnement est confirmé par le discours des acteurs :

- Les chefs de pôle considèrent que la place du DS est en dehors des pôles :
« *La direction des soins est devenue un service prestataire. Elle doit veiller à l'équilibre des pôles et à la réalisation des missions transversales à l'établissement* ».
- Le cadre A explique que son partenaire prioritaire est le chef de pôle. Il ne cite pas la direction des soins mais précise qu'elle ne peut pas envisager de fonctionner sans.

Son collègue du pôle B précise que de se retrouver en dehors des pôles est un moyen pour la direction des soins de récupérer sa mission essentielle, à savoir celle d'être la garante de la qualité des soins et porteuse du sens : *« C'est quoi soigner aujourd'hui ? puisque la direction des soins est en dehors des pôles, de l'opérationnalité... alors ré envahissons le Sens et repositionnons notre direction comme le veilleur des soins à l'hôpital ! ».*

- La direction des soins pense qu'elle doit se positionner dans l'inter pôle mais aussi dans les pôles en terme d'objectifs, d'organisation, de suivi et de contrôle avec les délégations, l'animation de l'équipe d'encadrement et par la mise en œuvre du projet de soins.

Nous retrouvons l'essentiel des missions telles qu'elles sont définies dans l'article 4 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des DS :

Il *« ...coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins...et en assure l'animation et l'encadrement... élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins et le met en œuvre.....participe en liaison avec le corps médical et l'encadrement ...à l'évolution des services et des activités de soins... ».*

Cependant la direction des soins considère, qu'avec la mise en place des PAM, elle est a été affaiblie. Le DS référent du pôle B explique : *« Nous avons été écarté et cela fut très douloureux pour nous. Aujourd'hui nous retrouvons progressivement notre place et cernons mieux les champs nouveaux à investir en lien avec les délégations. Nous devons nous montrer force de propositions ! ».*

Le sociogramme montre des liens forts entre ce DS et le cadre de pôle pour qui la confiance est partagée. Il est positionné en niveau 3, juste à côté du triumvirat, alors que ces collègues de la direction des soins en sont plus éloignés.

- Les cadres administratifs demandent à mieux se connaître avec les DS.
- Pour le directeur du groupement la direction des soins doit être en dehors des pôles avec une vision plus transversale en terme de ressources humaines, mais aussi de qualité de soins associée à une fonction d'animation ».

2.1.2 Sociogramme de l'ensemble des personnes interviewées.

La matrice concerne les acteurs consultés dans le cadre de l'enquête soit 17 personnes.

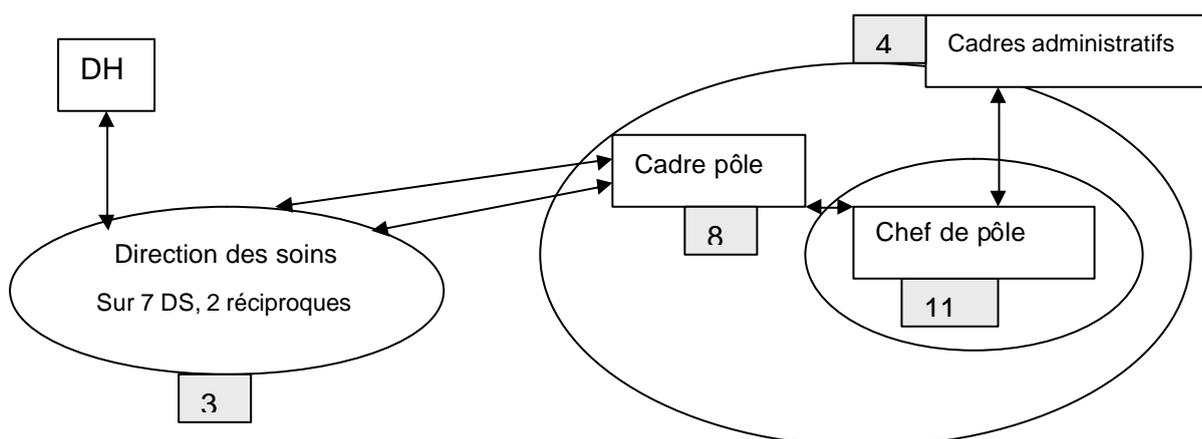
	CHOIX EMIS	CHOIX RECUS
2 chefs de pôle	4	11
4 cadres de pôle	9	8
1 cadre administratif	2	4
4 coordonnateurs + 3 DS	12	3
2 directeurs d'hôpital	3	2

Nous retrouvons la même tendance que sur le groupement :

- Des chefs de pôle bien perçus (4 choix émis et en reçoivent 11) mais font peu d'efforts pour s'ouvrir aux autres.
- Les cadres de pôles reconnus (pratiquement à égalité 9/8).
- Les cadres administratifs sont bien perçus et appréciés (2 choix émis / 4 reçus).
- La direction des soins reste ouverte aux autres mais n'a qu'une faible reconnaissance. (12 choix émis pour 3 reçus).
- Par contre le DH ici est bien perçu.

Le sociogramme, avec les réciproques uniquement, confirme le chef de pôle favori assisté par le cadre de pôle et en second lieu par le cadre administratif.

La direction des soins apparaît en dehors des pôles, très éloignée (de 11 pour le centre elle se positionne en 3).



Un point de commentaire.

•Les DS interviewés (100%) considèrent que leurs partenaires privilégiés sont les cadres de pôle suivi pour trois d'entre eux par le chef de pôle. Le DS du CHG met en deuxième position le DH puis le chef de pôle. Le DS du CHU suisse précise qu'elle s'adresse de préférence à la direction médicale et non au chef de département.

- 2 cadres de pôle sur 4 considèrent comme partenaires privilégiés la direction des soins et 2 le cadre administratif. Pour 75 % d'entre eux le chef de pôle est en seconde position.
- Pour le chef de pôle les collaborateurs sont les cadres administratifs et soignants.
- Les DH positionnent le chef de pôle suivi du DS.

D'une manière générale l'ensemble des acteurs consultés confirme la place de la direction des soins en dehors des PAM. Des DS le regrettent, certains pensent qu'elle a perdu de l'influence, pour d'autres au contraire cela lui a permis de se positionner à un niveau stratégique.

Le point de vue des ingénieurs en organisation vont dans ce sens : « *Sa place est maintenant stratégique et non plus dans l'opérationnalité. Cependant, éloignée du médecin, des patients et des soins, cette direction devra conserver son expertise du soin..... Elle n'aura de sens que si les DS développent la fonction "soins" par les évaluations et la recherche !* ».

Le sociogramme montre les relations qui se sont mises en place avec les PAM et les DS s'accordent sur la nécessité d'avoir de nouvelles approches managériales guidées par :

- le principe de subsidiarité, tout en acceptant et en encourageant les cadres de pôle à gagner en autonomie dans leur fonctionnement,
- des axes forts comme la coordination, la coopération et l'équité :

« *La coordination va devenir majeur pour conserver un projet d'établissement cohérent...* » (le DS du CHS) - « *Avec les délégations on part sur de la confiance d'où plus de coopération entre nous* » (DS du pôle neurologique) - « *La direction des soins est garante de l'équité au sein des pôles et entre les pôles* » - Coordonnateur du CHG.

La question que peut se poser une direction des soins se retrouvant à l'extérieur est de savoir que faire, face à l'évolution des structures, sinon s'adapter ? Mais raisonner de la sorte c'est avoir des représentations calquées sur les modèles rationnels de l'organisation et oublier de prendre en compte la dimension stratégique. Les DS doivent s'approprier cette dimension car « *...elle rend possible un management de proximité au plus proche des activités, permettant de remédier à l'éclatement...* »⁴³.

En étant en dehors des pôles la direction des soins peut apprendre beaucoup en esquissant les principales relations qu'elle observe. Elle doit en tenir compte pour accompagner ses pratiques d'un management déconcentré.

⁴³ CAUVIN C., CREMADEZ M. « Quelles structures pour les hôpitaux ». *Gestions hospitalières*. Août/septembre 2001, p 597.

2.2 Thème 2 : L'organisation en pôle a t'elle - ou va t'elle – influencer votre manière de diriger/gérer ?

☞ Avec les pôles

Les 4 CGS et les 4 DS interviewés expliquent que l'organisation hospitalière en pôles d'activité ne constitue pas une véritable innovation en soi, même si pour certains cela n'est toujours pas bien vécu : « *La direction des soins est considérablement affaiblie...on se retrouve hors jeu !!* » - DS du CHU n° 1.

Sa collègue se montre moins pessimiste et précise : « *Nous sortons tout juste d'une période de deuil mais aujourd'hui nous sommes dans un processus de reconstruction. Heureusement car avec la direction des soins c'est l'identité soignante qui est en jeu* ».

☞ L'importance de la démarche projet

Par contre ces professionnels sont conscients que leurs pratiques de management vont évoluer. Il est intéressant d'ailleurs de constater que les termes de "gérer" ou "diriger" sont préférés la plupart du temps à l'emploi de "management".

Pour la majorité des professionnels la démarche projet a été l'outil clef du management participatif de la direction des soins et il devrait prendre encore plus d'importance par le positionnement de la direction des soins en dehors des pôles :

« *Les DS doivent maîtriser la conduite de projet pour conduire les missions transversales confiées et faciliter les liens inter pôles.... Cette maîtrise participera à sa légitimité* ». CGS du CHS.

☞ De nouveaux outils pour le DS : contrat interne mais surtout délégation de gestion

La contractualisation interne et la délégation de gestion sont citées comme de nouveaux outils du management avec cependant des interrogations :

- « *Les premiers contrats ont été signés avec les pôles mais le DS n'a pas été associé...* » DS du CHU n° 2.
- « *A vrai dire on parle beaucoup de délégation mais pour l'instant on reste encore dans le discours.... Que va-t-on déléguer exactement ? que doit ton garder ? les avis sont partagés* ».CGS du CHS.
- Pour le cadre de pôle du CHU n° 1: « *La délégation s'accompagne du contrôle. Je suis à l'aise avec ce terme. Je suis dans une hiérarchie, j'ai des responsabilités et j'en aurai encore plus avec les délégations.... Aussi je considère normal que je rende des comptes. Je ne sais pas si tous mes collègues ont mesuré la portée des délégations !* ».

- L'ingénieur en organisation précise que « *pour le moment la mise en place des PAM n'a pas vraiment modifier la manière de diriger des directions ; c'est surtout beaucoup de réunions avant l'application concrète du principe de subsidiarité* ».

Si la contractualisation interne apparaît comme un moyen d'accompagner le changement, la délégation de gestion est pour d'autres acteurs l'outil majeur qui permet de déconcentrer la gestion selon le principe du management de subsidiarité (toute décision pouvant être prise efficacement à l'échelon local ou opérationnel doit l'être).

Des DS considèrent la délégation de gestion comme une véritable innovation qui devrait guider la philosophie du management des équipes et la place comme une priorité :

« *Actuellement se poursuit à la direction des soins du CHU un travail sur la définition de règles et d'un périmètre de délégation de gestion qui doit aboutir à la réalisation d'une cartographie de l'ensemble des délégations répertoriées. Ce travail est motivant...c'est pour nous, DS, un nouveau champ de gestion à explorer* ». CGS du CHU n°1.

Le CGS du CHG dit des délégations qu'elles sont nécessaires pour que le management soit en phase avec le principe de subsidiarité. En même temps il se pose la question de savoir si une direction des soins aurait proposée elle-même de travailler suivant un mode de gestion déconcentré ?

Norbert ALTER explique dans son ouvrage intitulé « *L'innovation ordinaire* » qu'on ne passe pas facilement d'une invention managériale - *la délégation de gestion par exemple* - à une innovation, c'est-à-dire le fait que ça marche. Pour qu'il ait innovation le corps social doit s'emparer de l'invention. Si les acteurs le font c'est qu'ils ont une capacité de distanciation, une capacité à faire des choses différentes. Les innovations distanciées le sont par rapport aux normes, aux règles et il faut du courage pour oser transgresser les règles existantes.

Les acteurs sont convaincus du bien fondé de leurs actions. N.ALTER précise que la croyance est nécessaire. Mais ce processus de l'innovation est incertain (ça marche ou ça ne marche pas) : « *L'invention représente une incertitude pour le corps social, la question étant de savoir comment celui-ci en tire parti ou pas* »⁴⁴.

⁴⁴ ALTER N. *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF, 2000, p.39

☞ *Quelles délégations ?*

Le cœur du dispositif de cette délégation qui revient le plus souvent pour les DS consultés concerne la gestion des ressources humaines et en particulier le personnel non médical. Nous retrouvons, par ordre décroissant, un intérêt manifeste pour les thématiques suivantes : Le recrutement - L'évaluation des personnels - Les mensualités de remplacements - La formation continue en dehors des actions institutionnelles qui restent centralisées - Des axes du projet de soins – la politique de mobilité.

La DHOS a publié un document en juillet 2006 qui expose les principaux aspects de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé⁴⁵. A cet effet il est cité les délégations de gestion qui peuvent être accordées aux responsables du pôle tout en précisant que le directeur a une grande latitude d'appréciation :

➤ Pour ce qui concerne les délégations de gestion ne revêtant pas la forme d'une délégation de signature nous retrouvons :

- les mensualités de remplacement, de matériels, de consommables... . En fait la délégation consiste à attribuer aux responsables de pôles les marges de manœuvres nécessaires au bon fonctionnement de leur pôle.

➤ Pour la délégation de gestion et délégation de signature nous retrouvons :

- Le recrutement du personnel de remplacement du pôle (sans possibilité de renouveler les contrats)
- Le changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes,

Les décisions qui demandent la consultation d'une instance de l'établissement sont exclues du champ de la délégation. C'est le cas du recrutement d'agents permanents, des décisions en matière de notation et l'affectation des agents entre les différents pôles (pour les personnels des activités de soins les affectations sont décidées par le directeur sur proposition du DS).

☞ *Un besoin de tableaux de bord*

La réflexion sur les délégations fait apparaître aussi le besoin, pour les directions des soins, d'avoir des tableaux de bord utiles :

- « *Nous n'avons pas de tableaux de bord des groupements dont nous sommes référents...tout juste quelques données RH !* » DS du CHU n° 2.
- « *Notre priorité est de travailler sur nos délégations puis de mettre en place des tableaux de bord en lien avec les axes du projet de soins* ». CGS du CH n°1.

⁴⁵ DHOS. « Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière ». Juillet 2006, p.84

- Le DS du CHU n° 3 par contre ne voit pas l'utilité de se doter des tableaux de bord :
« *Ce n'est pas ma priorité puisque, maintenant, tout est délégué au cadre de pôle* ».

Lors d'une intervention à l'ENSP Mr LEDOYEN J.R.⁴⁶, directeur des soins coordonnateur général au CHU de Brest, précisait que « *...la délégation doit être accompagnée de la mise en place de tableaux de bord qui sont des outils de pilotage de la performance et permettent de tendre vers l'efficience* ».

La gestion déléguée suppose l'élaboration de tableaux de bord intégrant les données médico-économiques (management, flux d'activité) et des données relatives à la qualité des soins (satisfaction des usagers, évaluations des pratiques professionnelles...) permettant au responsable de pôle d'avoir des données objectives sur son fonctionnement.

☞ Le CHU en suisse bénéficie d'une antériorité de dix ans du mode de management déconcentré. Aussi le DS adjoint au coordonnateur général nous fait part d'un principe simple qui doit guider la mise en œuvre des délégations : tout ce qui touche à la cohérence de l'ensemble doit rester sous la responsabilité de la direction des soins et non du département (pôles). Il nous donne comme exemple l'accueil des nouveaux arrivants ou encore la gestion des flux sur le CHU.

Un mot de conclusion

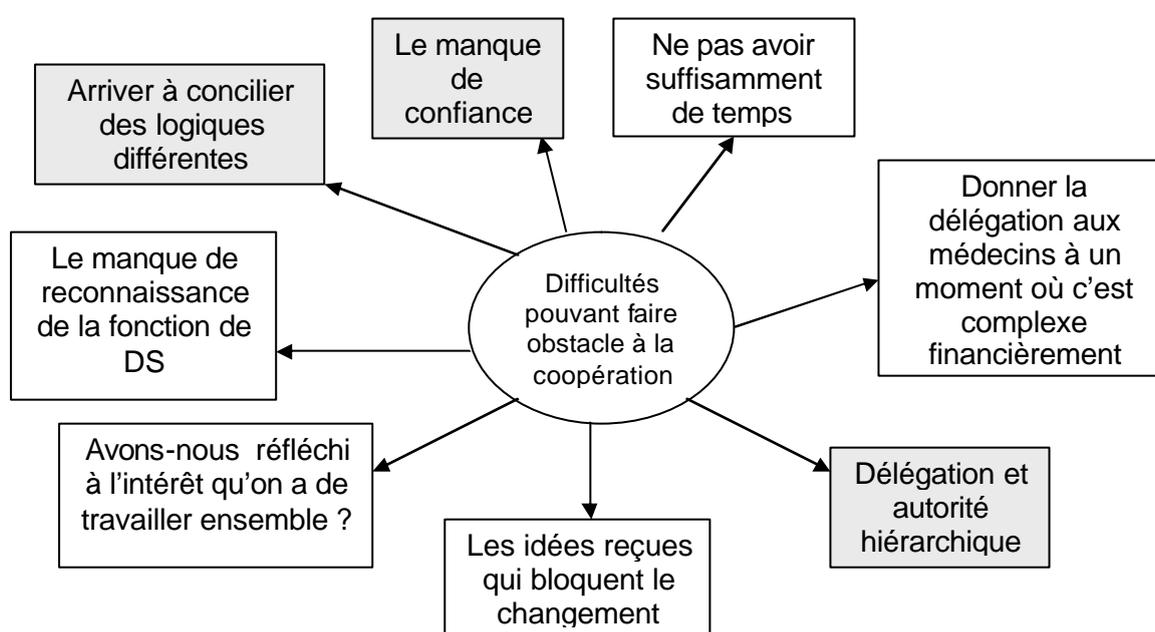
Avec les pôles d'activité la démarche projet est essentielle dans la conduite de l'organisation pour le DS. La délégation de gestion apparaît comme un nouveau champ à explorer par la direction de soins dans la mise en œuvre du management de subsidiarité, en particulier dans le domaine des ressources humaines. Cependant elle met en évidence des manques à savoir les tableaux de bord pour assurer le suivi des délégations accordées.

⁴⁶ LEDOYEN J.R. cours intitulé « Des tableaux de bord au rapport d'activité du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques », Filière Directeur des Soins, 23 février 2006.

2.3 Thème 3 : Comment pensez vous agir pour construire une véritable coopération avec les partenaires du pôle ?

Dans un premier temps nous avons identifié les principales causes de non coopération formulées par les acteurs interviewés. Celles-ci ont été représentées sous la forme d'un diagramme. Puis nous avons repris et hiérarchisé chacune d'elles avec les améliorations proposées par les acteurs. Un point d'analyse a été réalisé pour les trois causes les plus importantes formulées par les DS.

2.3.1 Les causes de non coopération



2.3.2 Les améliorations envisageables

① *La difficulté de concilier plusieurs logiques différentes* apparaît comme étant la cause majeure de non coopération possible pour un CGS, un DS, un cadre administratif, un cadre et un chef de pôle. D'ailleurs il est intéressant de constater que ces acteurs sont tous sur le groupement du même CHU.

Les améliorations proposées sont :

- La nécessité d'écouter l'autre, de négocier, de rechercher le compromis,
- Développer et se servir de la délégation de gestion ; se doter d'outils comme les tableaux de bord qui serviraient de médiation à la relation.

Commentaire

Il semble important de cerner les différentes logiques au sein d'une organisation pour comprendre que les "situations problèmes" des acteurs naissent des perceptions différentes des contraintes et des situations.

Le développement de la contractualisation interne (qui passe par la contractualisation des relations entre les équipes médicales et administratives) et le management de subsidiarité avec les délégations apparaissent comme un moyen adapté pour concilier les logiques médicales et administratives mais aussi pour mettre en adéquation les objectifs de soins et les moyens utiles.

② *Le manque de confiance* exprimé par un CGS, un DS et un cadre de pôle.

- « *Avoir travaillé sur les représentations que les acteurs ont du pôle a permis plus de confiance entre nous* » - CGS du CHS
- « *Est on capable tout simplement de se parler, de faire confiance pour laisser à l'autre plus d'autonomie ?* » - Cadre du pôle- CHU n° 1.
- « *Connaître les gens est un atout pour développer une relation de confiance avec le chef de pôle. La gouvernance est très "personne dépendante"* »- DS –CHU n° 1.

Commentaire

La confiance est une des racines qui forme le socle de la coopération avec le contrat et la communication. Une confiance mutuelle entre les acteurs transforme une situation dangereuse en une situation où l'on accepte de s'engager sûr de pouvoir compter sur la coopération de l'autre. On parle d'*empowerment*, avec une équivalence en français de subsidiarité, pour désigner le management qui consiste à faire confiance à priori pour favoriser la coopération entre les niveaux hiérarchiques.

③ *Vouloir conjuguer délégation et autorité hiérarchique* serait un obstacle à la coopération du DS pour l'ingénieur en organisation et CGS du CHG. Cela aurait des répercussions sur la prise de décision du DS.

✓ Déconcentration et hiérarchie

La déconcentration de gestion a pour finalité d'optimiser les ressources dont dispose l'hôpital et de responsabiliser les acteurs.

« *Le principe de hiérarchie, loin d'être remis en cause, participe du souci d'impulser, à l'intérieur de l'organisation, une gestion efficace des ressources humaines, d'affirmer le transfert des délégations de pouvoir aux pôles et d'initier des modes plus opérants d'organisation du travail* »⁴⁷.

⁴⁷ ABBADJ. *Organisation et management hospitalier*. Edition Berger-Levrault, 2001, p.70

✓ Délégation et prise de décision

La structure en pôle et le fonctionnement de l'organisation amène à s'interroger sur les conditions dans lesquelles les décisions vont être prises.

« La problématique de la prise de décision est qu'il arrive des situations dans lesquelles il faut absolument savoir qui a participé à la décision et comment... S'il arrive quelque chose mettant en jeu la responsabilité d'un ou plusieurs intervenants, alors la décision réapparaît (erreur, accident, malversation...). Une enquête aura lieu qui cherchera à établir les responsabilités... »⁴⁸.

La question peut se poser pour les délégations avec les cadres de pôle qui dépendent hiérarchiquement du DS. Mr LIVIAN préconise d'évoluer à la fois vers quelque chose de complexe et de penser les conséquences, positives ou négatives, des décisions prises. Mais aussi d'aller vers des moyens de maîtrise d'où la mise en place de tableaux de bord.

Les logiques différentes, le manque de confiance, l'autorité hiérarchique, la délégation... autant de notions qui renvoient à une réalité de l'organisation, celle des relations de pouvoir. Même si la structuration en pôles d'activité des établissements de santé est un progrès dans leur gestion elle n'évacue pas la question centrale qui perdure à savoir la lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante :

« Deux légitimités, deux lignes hiérarchiques, deux organisations elles-mêmes scindées en deux composantes : le caractère bicéphale des hôpitaux demeurent »⁴⁹.

④ *Les idées reçues qui bloquent le changement au départ pour un DS du CHU en suisse.*
« Il est important au début de montrer que, non seulement on sait respecter l'autonomie de pôles, mais aussi qu'on va favoriser l'autonomie des cadre de pôle. Important de laisser les professionnels décider ...mais dans le cadre de décisions encadrées ».

⑤ Un directeur d'hôpital explique qu'il faut réfléchir à l'intérêt qu'on a de vouloir travailler ensemble : *« Il faut qu'on accepte de déconcentrer mais on doit y trouver un Intérêt ! ».*

⑥ Pour le directeur du groupement du CHU n°1 ce qui peut freiner la coopération, tout au moins au départ, c'est de *«donner une délégation aux médecins à un moment où c'est complexe financièrement. Ils nous disent qu'on leur demande de gérer la pénurie....Ils n'ont pas tout a fait tort quelque part ! ».*

⁴⁸ LIVIAN Y.F. *Organisation - théorie et pratique*. Paris : Dunod, 2005, p.152

⁴⁹ HOLCMAN R. « L'avènement de la gestion par pôle : dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? ». *Gestions hospitalières*. Mai 2006, p. 329.

⑦ Le DS du CHU n° 2 exprime *Le manque de reconnaissance de la fonction surtout par les chefs de pôle* et pense que pour renforcer “l’esprit de coopération” il est nécessaire de s’approprier les missions transversales et la démarche projet.

⑧ Le cadre de pôle du CHU n° 2 met en avant la nécessité d’avoir du temps pour coopérer car « ...*nous n’avançons pas tous à la même vitesse !* ».

Les personnes interviewées ont fait ressortir les causes majeures de non coopération sur lesquelles il serait utile d’intervenir. Les réponses se posent en terme d’écoute, se parler, communiquer, faire confiance et utiliser des outils de médiation à la relation avec le projet, le contrat, la délégation.

2.4 Synthèse et vérification des sous questions

En conclusion il apparaît que nos questionnements de départ sont partiellement validés.

✓ Ce n’est pas uniquement l’organisation en pôle d’activité qui amènera le DS à développer un management plus coopératif mais plutôt le principe de subsidiarité qui fait – *ou fera* – évoluer les pratiques.

✓ Le projet et sa démarche reste pour l’essentiel l’outil clef du management participatif pour un DS et devrait prendre encore plus d’importance pour une direction des soins positionnée en dehors des pôles.

✓ Cependant la délégation de gestion, surtout dans le domaine des ressources humaines, apparaît comme un outil favorisant le management déconcentré. S’il interroge certains DS, d’autres le considèrent comme un outil innovant qui devrait guider demain la philosophie du management à l’hôpital et créer plus de coopération entre les acteurs ; encore faudrait il moins de méfiance !

✓ L’usage des tableaux de bord pour accompagner la délégation fait défaut mais les directions de soins ont pris conscience de ce manque.

✓ Le management participatif avec le projet consiste à faire participer. Le management coopératif pose le postulat que les gens acceptent d’emblée de participer, d’où la confiance.

✓ Les DS se rendent compte de la nécessité d’accepter que le cadre de pôle gagne en autonomie dans leur fonctionnement. Cependant le risque d’hors jeu existe. Les sociogrammes montrent un nombre limité de relations réciproques entre les DS et les cadres de pôle.

LES PROPOSITIONS D' ACTIONS

La mise en œuvre du principe de subsidiarité amène le DS à réinterroger ses pratiques. Il doit dorénavant apprendre à travailler sur un mode moins formel et accepter de donner de l'autonomie au cadre de pôle. La direction des soins doit faciliter cette autonomie.

Mais le DS a aujourd'hui la difficile mission de garantir la cohérence entre les pôles. En ce sens il a un rôle majeur à jouer dans la mise en œuvre de solutions d'intégration performantes et ainsi répondre aux objectifs de décroisement et d'efficacité.

La recherche théorique, l'étude du terrain, les résultats associés aux expériences de formation nous orientent vers les thèmes que doit développer le DS pour réaliser la mutation de son management vers plus de coopération et affirmer son positionnement.

1 UN PROFESSIONNEL ENGAGÉ

1.1 Le respect des valeurs

Les valeurs du DS se trouvent dans la dénomination même du métier :

➤ Être directeur c'est affirmer qu'il appartient à une équipe de direction. A ce titre il collabore à la politique de l'établissement et dirige l'ensemble des professionnels de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans le cadre d'un projet (le projet de soin) qu'il aura préalablement défini.

➤ Mais être directeur des SOINS ? Les soins du latin *soniare, s'occuper de*. Ce terme renvoie à *soigner* qui est plus riche de sens. Se soigner c'est accompagner les passages difficiles de la vie. L'hôpital et les professionnels soignants sont là pour pourvoir à l'une de ces étapes lorsque l'entourage ne peut assurer seul ou lorsque celui-ci est défaillant. Les traitements ont pour cible la maladie et ne sont pas des soins même si souvent on assimile les deux.

Avoir mis un acteur de culture soignante au sein de l'équipe de direction a constitué une avancée dans la gestion de l'hôpital et traduit l'aboutissement d'un processus d'autonomisation et de reconnaissance de leur domaine de compétence.

Au regard de cela le DS va se définir socialement. La direction des soins est garante de l'identité soignante et des valeurs qui constituent le ciment de la profession et auxquelles les membres vont s'identifier. Ces valeurs professionnelles vont orienter l'action collective.

Mais ce sens n'existe que si les valeurs sont partagées avec l'encadrement soignant et l'ensemble des professionnels puis déclinées dans les pratiques managériales. Le souci l'équité, le sens des responsabilités, la notion de "prendre soin", l'exemplarité, l'humilité, le respect d'autrui, l'honnêteté, être au service de... sont autant de valeurs professionnelles qui méritent d'être débattues lors d'une réunion avec les cadres de pôle. Dans l'établissement où nous étions en poste avant de venir en formation un travail identique avait été initié par le directeur général et le coordonnateur général des soins dans le cadre du renouvellement du projet d'établissement. L'objectif était de formaliser les principes de management sous la forme d'une charte de bonnes pratiques. Nous nous souvenons de la difficulté à mobiliser l'encadrement pour ce genre de réflexions... . Pourtant oser afficher ses valeurs est un acte d'engagement qui prend encore plus de sens dans une période de doute et de repères bousculés.

1.2 Un créateur et porteur de sens

Dominique GENELOT⁵⁰ définit le sens par une combinaison de trois composantes : *la direction à suivre, les valeurs et la sensation* car on trouve toujours un engagement de la personne.

Le sens fixe le cap à suivre et donne aux acteurs les moyens de savoir où ils vont. Au regard de l'évolution structurelle et organisationnelle, il est de la responsabilité du DS de créer ce sens, de l'exprimer et de le faire partager. La prise de conscience se fera par une information et une communication adaptée.

Si le sens est une représentation sélective de la complexité, le projet d'établissement et ses composantes médicale, soignante et sociale constituent en soi une véritable boussole.

Avec l'incertitude le management du DS doit être porteur de sens en s'appuyant sur le projet de soin qui ait une valeur pour les équipes dans lequel elles se reconnaissent. Celui-ci doit montrer la voie à emprunter pour donner du sens aux soins, promouvoir la qualité, la sécurité des soins et favoriser l'épanouissement des professionnels.

1.3 Un homme de coordination

Le risque identifié de balkanisation des pôles du fait de leur différenciation (pôles médico-techniques, administratifs, logistiques) mais aussi en lien avec la notoriété qui se fonde sur un facteur humain, tout cela confère plus que jamais un rôle central au DS dans la mise en œuvre de modalités d'intégration efficace.

⁵⁰ GENELOT D., *Manager dans la complexité*. Paris : Editions INSEP CONSULTING, 2001, p.163

✓La mise en place des pôles d'activité positionne le DS sur le champ de la coordination, au sein des pôles et entre eux, avec la nécessité de tisser des liens. Le décret n° 2002 - 550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière précise qu'il est chargé de la coordination générale des activités et qu'à ce titre il doit :

- coordonner et mettre en œuvre les activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assurer l'animation et l'encadrement,
- élaborer avec les professionnels concernés le projet de soins et le mettre en œuvre,
- participer en liaison avec le corps médical et l'encadrement de l'ensemble des services à la conception, l'organisation, l'évolution des services et activités de soins.

✓Sa situation en dehors des pôles, confirmée par les sociogrammes réalisés avec l'enquête, lui donne les moyens de se positionner en interface entre les pôles pour :

- veiller à ce que les efforts des diverses entités se conjuguent pour atteindre les buts de l'ensemble de l'organisation. La bonne gestion des interfaces est recherchée.
- être un interlocuteur reconnu par le corps médical et l'encadrement soignant.

Cette place au carrefour des différentes logiques, qui demande de l'empathie, n'est pas simple et fait dire à Charles AMOUROUS⁵¹ qu'il s'agit «...de gérer l'harmonie des contraires ». Cependant elle lui donne un rôle stratégique par une vision transversale de l'ensemble des activités et permet le maintien de la cohérence globale : « *Tout ce qui touche à la cohérence de l'ensemble doit rester sous la responsabilité de la direction des soins et non des pôles* »⁵².

✓La commission de soins et le projet de soins apparaissent comme des outils de régulation inter pôle pour lutter contre le cloisonnement et maintenir une cohésion.

2 LA POSTURE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS

2.1 La nécessaire position heuristique

Le DS doit avoir une approche en terme de logique d'action qui invite à une plus grande multipolarité théorique. C'est-à-dire que pour l'approche des situations il est important qu'il arrive à articuler les ensembles théoriques de la sociologie des organisations pour mieux cerner les différentes logiques à l'hôpital et arriver à comprendre l'action collective.

⁵¹ AMOUROUS C., op-cit.

⁵² Mr X, Directeur des soins adjoint – CHU en Suisse – Stage optionnel - Mai 2006.

« Cette maîtrise des concepts permettra de dépasser les clivages entre professionnels d'origine et de statuts différents dans une perspective commune d'amélioration de la qualité du service rendu »⁵³.

Ce comportement associé à une démarche systémique lui donnera les moyens de renforcer son positionnement au sein de cette organisation complexe qu'est l'hôpital.

2.2 Une position stratégique pour favoriser l'intégration

2.2.1 Son savoir faire différenciateur

✓ Il se traduit par le fait qu'il appartient au centre stratégique mais a une connaissance des centres opérationnels.

✓ Par son positionnement à l'interface des pôles, il peut soit prendre de la distance du fait de sa moindre implication hiérarchique, soit au contraire évoluer vers plus de proximité pour lui permettre de développer une connaissance approfondie de la spécificité des pôles. Cette flexibilité paradoxale renforce son rôle stratégique dans l'institution.

✓ Nous avons vu avec les sociogrammes que le DS se retrouvait bien en dehors des pôles. Des auteurs comme Dominique CRIE et René CAILLET⁵⁴ précisent qu'avec la nouvelle structuration la transversalité doit être la règle au niveau managériale et le DS intervient comme personne ressource des pôles mais ne doit pas être rattaché de manière spécifique à l'un d'entre eux.

Robert HOLCMAN explique que les pôles peuvent favoriser « une intégration à l'organisation soignante et provoquer un changement d'échelle des réflexes patrimoniaux »⁵⁵ c'est-à-dire que les personnels placés auprès des pôles finissent par s'imprégner à leur contact de leur logique et légitimité, au risque de renforcer l'idée de territoire.

Sa connaissance des centres opérationnels, sa position d'interface et de personne ressource pour les pôles sont des atouts pour la direction et le personnel d'encadrement.

⁵³ CREMADEZ M. « Evolution de la gouvernance : un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions hospitalières*, Novembre 2003, p. 731

⁵⁴ CAILLET R., CRIE D. op-cit., p. 598

⁵⁵ HOLCMAN R., op-cit., p. 335

2.2.2 Un style inscrit pour le changement

Ces atouts lui donnent les moyens de créer le mouvement et de faire naître les conditions du changement. En stimulant la motivation de l'encadrement, notamment des cadres supérieurs de santé et des cadres de pôle, il les fait évoluer dans une direction nouvelle. Son style est qualifié de "leader transformationnel" ; style dont le rôle est reconnu dans des situations qui imposent une réorganisation profonde des stratégies de l'organisation.

Nous prendrons pour exemple une organisation de travail motivante constatée lors d'un stage sur le CHG de notre terrain d'enquête. Dans la définition des profils de poste nominatifs des cadres supérieurs nous retrouvons deux volets :

- Une partie gestion d'un groupe d'unités ou de services en collaboration avec des cadres de proximité. Cette partie a elle-même trois composantes : qualité, aspects GRH et animation d'équipe/accompagnement.
- Une fonction "Dossiers transversaux" avec une partie concernant l'hygiène, le dossier patient... et une autre en lien avec les axes du projet de soins.

Le coordonnateur général des soins gardait les dossiers plus sensibles comme le projet d'ouverture d'une structure ambulatoire ou les délégations de gestion. Il était vigilant à ce que ses collaborateurs aient un travail avec :

- une variété c'est-à-dire avec des activités différentes,
- la possibilité d'identifier les résultats (tableaux de bord),
- des missions claires,
- une autonomie de liberté au regard des objectifs pour responsabiliser la personne
- de l'information sur le travail effectué.

Le suivi de ces dossiers se fait de manière collective pour les cadres supérieurs puis avec les cadres de proximité et individuelle en relation duelle avec le DS : « *Mon objectif implicite pendant cet échange est tout simplement de leur tendre un miroir sur leur organisation et de le conseiller si besoin* »⁵⁶. Nous avons apprécié ce stage.

2.3 Mais aussi un homme de terrain

Il est important pour le DS de garder un lien avec les cadres de proximité et les professionnels du centre opérationnel. Les échanges réguliers permettent de :

- être informé de ce qui se passe sur le terrain par l'encadrement de proximité, éclairant ainsi les choix stratégiques du DS,
- visualiser l'adéquation de l'organisation en place par rapport à la stratégie,
- assurer un management en arrière plan.

⁵⁶ Coordonnateur général des soins du CHG

Avec notre prise de fonction il est judicieux d'aller à la rencontre des équipes soignantes pour se présenter, les écouter, visiter leurs services, rencontrer les cadres de proximité individuellement et collectivement. Au regard de nos observations de stages deux types de rencontres avec les cadres de proximité sont importants :

- Une réunion une fois tous les quinze jours pendant une heure trente environ (avec la présence des cadres supérieurs et de pôle),
- Une réunion d'une demi journée trois fois par an avec l'encadrement d'un pôle.

Les objectifs premiers sont la diffusion d'informations relative à la vie de l'établissement puis des échanges avec les cadres.

Dans un CHG le DS consacrait trois demi journées par semaine pour recevoir les professionnels qui le souhaitent et travailler avec un ou deux cadres maximum sur des thèmes institutionnels. Par ailleurs il recevait les agents qui avaient un projet spécifique : formation cadre, congé de formation.... Ces bases nous semblent utiles à retenir.

Au-delà de son rôle propre, le DS doit être préparé à assumer son management. Cette préparation passe par la connaissance des concepts sociologiques lui donnant les moyens de dépasser les clivages entre les professionnels. Son rôle de leadership, conféré par son positionnement au sein de l'équipe de direction et en dehors des pôles, associé à sa proximité envers le centre opérationnel est un atout pour participer à la conduite de la modernisation. Ses relations doivent cependant être basées sur la confiance pour évoluer vers un management de subsidiarité.

3 DEVELOPPER LA CONFIANCE POUR AGIR ENSEMBLE

Le DS est appelé à jouer un rôle important au sein des processus de travail collectif pour encadrer, susciter, aider la coopération entre les acteurs. Mais comment favoriser le développement d'un climat de confiance qui constitue le socle de toute coopération ?

3.1 La relation de confiance avec le corps médical

3.1.1 Un détour par l'analyse de la structure hospitalière avant d'agir

H.L SMITH⁵⁷ explique qu'à l'hôpital coexistent deux lignes d'autorité hiérarchique :

- L'une qualifiée de non professionnelle. Il s'agit des agents administratifs.
- La ligne clinique/thérapeutique/ professionnelle et médicale.

⁵⁷ SMITH H.L cité par HOLCMAN R. Op-cit., p.334

Ces lignes se rejoignent là où des agents sont soumis aux deux. Ce phénomène place les personnels paramédicaux en porte à faux surtout les cadres de santé.

Le groupe des professionnels se divise encore en deux avec les médecins d'un côté (le groupe des professionnels) et les paramédicaux de l'autre (les semi professionnels).

La double ligne hiérarchique conjuguée à la dualité du groupe des professionnels multiplie les sources d'appartenance. Avec la mise en place des pôles cette situation persiste.

En plus de cette double dualité nous retrouvons une double légitimité :

- la légitimité du savoir avec une exigence de qualité, de satisfaction du patient,
- celle bureaucratique, garante de l'intérêt général et de l'utilisation des ressources.

Ces légitimités qui s'opposent donnent deux organisations : soignante et dirigeante qui se subdivisent encore en sous organisations presque imperméables les unes aux autres :

- Organisation soignante avec l'organisation médicale et non médicale,
- Organisation dirigeante avec l'organisation support et la direction.

Les infirmières sont au centre avec une autorité hiérarchique de la direction et fonctionnelle de l'organisation soignante.

Il y a donc une lutte de pouvoir entre l'organisation soignante et l'organisation dirigeante qui passe par le rejet de la rationalité bureaucratique. Non seulement il existe la tentation de mettre en œuvre dans les services de soins une sorte "d'autogestion clandestine" mais l'organisation du travail elle même dans les services de soins est devenu un enjeu de la lutte de pouvoir entre les organisations.

Cette photographie permet de mieux comprendre dans quel système le DS, appartenant à l'organisation dirigeante, doit œuvrer pour développer des relations de confiance.

3.1.2 L'intelligence situationnelle du DS

Lors de notre enquête nous avons constaté que les relations entre les DS et les chefs de pôle étaient limitées (aucun réciproque sur les deux sociogrammes). Aussi pour faire émerger ou développer la coopération le DS, en tant que membre de l'équipe de direction, doit aller à la rencontre du chef de pôle. Il va devoir s'adapter à l'environnement interne du pôle et apprendre à respecter son autonomie. La qualité des échanges sera privilégiée et les visions de chacun des acteurs respectées. Il suscitera les rencontres, proposera ses compétences et créera les conditions de la réussite des projets. Trois axes de travail guideront sa pratique :

- La finalisation c'est-à-dire la mise en cohérence des projets du pôle avec la stratégie de l'établissement,
- La cohésion,
- L'action avec le souci d'accompagner et de donner du sens.

3.1.3 La mise en œuvre de la collaboration

Des actions sont à mettre en œuvre avec le chef de pôle et la communauté médicale :

✓ En arrivant dans l'établissement, il est indispensable d'aller se présenter au chef de pôle et aux praticiens lors d'une CME par exemple.

✓ Participer aux instances du pôle dont il est le directeur délégué : bureau et conseil de pôle : « *Ma collaboration avec le responsable de pôle est distante. Il serait bien qu'on soit invité aux commissions exécutives... cela serait positif pour la coordination direction des soins et des pôles* »⁵⁸.

Cette participation aux conseils du pôle lui permettrait de relayer les informations et d'évaluer le niveau de collaboration médecins/ cadres de santé.

✓ Participer à la CME et communiquer les projets du service de soins en associant les praticiens aux réflexions.

✓ Un représentant de la CME est présent aux réunions de la commission de soins. Celle-ci peut d'ailleurs conduire des travaux conjoints avec d'autres professionnels, en l'occurrence des praticiens, sur décision du conseil exécutif pour ce qui concerne :

- la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le DS se positionne aussi en médiateur dans l'hypothèse où les relations entre le chef et le cadre de pôle viendraient à se détériorer. En fait il est un interlocuteur, missionné par la direction générale et vient en appui des cadres de santé au sein des pôles.

3.2 Les relations de confiance avec les cadres de pôle

3.2.1 S'appuyer sur l'échange, communiquer, informer

La stratégie du DS est de travailler en partenariat pour favoriser le développement de l'autonomie des pôles. L'organisation doit être basée sur la coopération. Cela demande de passer par des échanges pour construire avec les acteurs les changements attendus.

Les cadres de pôle sont des maillons essentiels dans la circulation de l'information. Une réflexion doit être menée avec eux sur les modalités de communication des informations.

Le DS doit se montrer disponible et accessible et exprimer par des signes clairs la confiance partagée et exprimée. Par exemple nous considérons qu'il n'est pas utile de prendre rendez vous pour se rencontrer.

En échange il sera en mesure de repérer les messages sur le niveau de confiance qu'on lui accorde. La véritable preuve de confiance vient de la nature et de l'intensité du risque qu'on accepte de prendre, pour l'autre.

⁵⁸ Mme X Coordonnateur général des soins au CHU n°1.

3.2.2 Des outils favorisant la confiance

A) La réunion de coordination

Les réunions de coordination entre l'encadrement supérieur et la direction des soins constitue un lieu de circulation d'informations ascendantes et descendantes ; ce qui amène la direction des soins à disposer d'informations du terrain et à mieux appréhender la réalité des préoccupations des acteurs des pôles. L'appartenance à un groupe professionnel est également renforcée : la dimension participative permet l'expression de chacun dans la prise de décision, le positionnement commun garantit l'implication et la confiance prend racine.

Cette réunion hebdomadaire, à jour et heures fixes, s'inscrit dans une dimension stratégique et s'articule autour de cinq objectifs prioritaires :

- favoriser la circulation d'une information ascendante et descendante,
- mettre en commun les situations et les difficultés rencontrées,
- rechercher ensemble des solutions et proposer plusieurs alternatives,
- permettre une analyse collégiale et un décloisonnement des services,
- dynamiser la gestion des ressources humaines,
- créer un esprit d'équipe.

D'une durée maximum de deux heures elle donne lieu à un compte rendu synthétique rédigé, à tour de rôle, par deux cadres de pôle sur un support formalisé. Un exemplaire est envoyé à la direction générale et aux chefs des pôles.

L'ordre du jour (préparé par le directeur des soins, auquel il est ajouté des points sur propositions des cadres de pôle) s'articule autour de cinq axes :

- les informations relatives à la gestion des soins,
- la gestion des ressources humaines,
- le bilan d'étape sur les missions transversales et le suivi de projets,
- un tour de table du groupe des cadres supérieurs de santé pour les questions, relatives aux différents services de soins,
- les points d'actualité et les informations diverses.

B) La réunion thématique

Cette réunion, organisée selon les mêmes modalités, est mensuelle. Les participants font l'objet d'une convocation précisant le lieu, le jour et les horaires. La réunion peut concerner l'élaboration de projets, de travaux dans le cadre des organisations, l'encadrement, des bilans d'étapes de la réalisation du projet de soins... . Des tiers peuvent être invités et les actions de *benchmarking* encouragées. Tous les trois mois une synthèse des réunions est envoyée à la direction générale et aux responsables de pôles.

Ces réunions apparaissent comme une composante essentielle du management pour le DS. Elles constituent des espaces d'échanges et de régulation pour la direction des soins et l'encadrement supérieur. Elles créent la confiance pour favoriser l'animation stratégique de l'hôpital et orienter la dynamique de modernisation.

4 POUR CONDUIRE LA MODERNISATION : LE DIRECTEUR DES SOINS.... CE PASSEUR ENTRE UN CONNU IMPARFAIT ET UN PARFAIT INCONNU

La déconcentration de la gestion avec les délégations et gestion par projets sont indissociables et leur mise en oeuvre permet d'orienter les efforts d'intégration par le DS.

4.1 Un "esprit projet" pour une dynamique de participation

4.1.1 La démarche projet

Parler de démarche projet signifie déterminer une manière d'agir ensemble, un processus d'action par étapes associant différents acteurs de l'environnement. On peut définir trois grandes étapes dans la conduite du projet :

① L'analyse de l'existant où le DS fera le point sur :

- les aspects socio économiques,
- les phénomènes culturels,
- analysera les sources d'innovation sociales,
- et les facteurs de résistances aux changements.

② La deuxième étape invite le DS et ses collaborateurs à identifier et à caractériser le problème avant la mise en place du projet : « ... *n'espérons pas mobiliser et regrouper les hommes sur un projet s'ils n'ont pas d'abord identifié et analysé le problème sous jacent* »⁵⁹.

Un consensus doit être recherché autour du problème : « *Il ne s'agit pas de trouver les bonnes solutions pour ensuite les imposer mais de créer un consensus autour de la perception des problèmes et de chercher ensuite de possibles solutions* »⁶⁰.

⁵⁹ DUROY O. *Gérer la modernisation*. Paris : Editions d'organisation, 1989, p.55

⁶⁰ Ibid.

③Enfin le DS fixera les objectifs qui donnent un sens au projet. Un groupe projet, constitué de volontaires et sous la direction d'un chef de projet, désigné par le DS, se mettra en place et aura la responsabilité de la mise en œuvre du projet, l'élaboration d'alternatives de solutions.

Il existe cinq facteurs de réussite pour l'équipe projet :

- un groupe stable de quelques personnes,
- des personnes choisies par le chef de projet,
- détachées de leurs structures habituelles,
- aptes à l'échange et à la confrontation,
- et fonctionnant sur un mode non hiérarchique⁶¹.

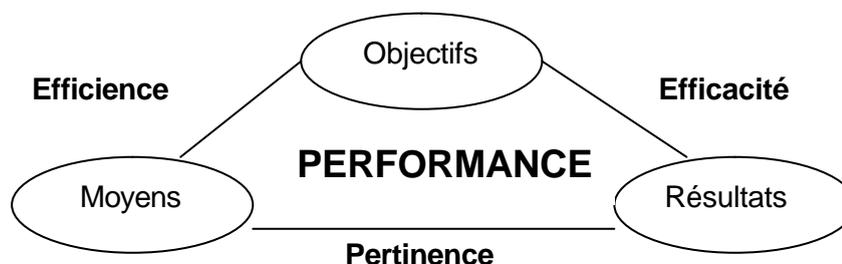
L'équipe qui aura mis en œuvre le projet procèdera à son évaluation et aux réajustements nécessaires.

4.1.2 Le projet de soins

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est la formalisation de la politique que la direction des soins va développer afin :

- d'améliorer la sécurité et la qualité des prestations données aux patients,
- de développer un environnement sécurisant et épanouissant pour les soignants,
- d'accompagner le projet médical.

Il traduit les valeurs des professionnels, fournit un cadre de références pour donner du sens aux actions et amène le DS à travailler avec efficacité, efficience et pertinence.



Le projet de soins est orienté vers la valorisation des objectifs en commun et gère en quelque sorte les interfaces des pôles

Manager par projet est un outil performant pour développer la culture de la transversalité et envisager le changement en faisant participer les acteurs de l'hôpital. Avoir un "esprit projet" pour le DS c'est insister sur l'interdépendance. Dans l'hypothèse d'une inflation de projets il veillera à les hiérarchiser en les priorisant et contribuera à leur coordination dans un souci de cohérence avec la stratégie de l'établissement.

⁶¹ DUROY O. *Réussir l'investissement productif*. Paris : Management 2000,1985, p.46

4.2 La délégation de gestion pour une dynamique de coopération

Nous avons constaté au cours de notre enquête que la délégation de gestion était perçue comme un outil de management innovant mais qui interrogeait les professionnels. Si aujourd'hui ce principe reste à préciser, il apparaît important de formaliser et clarifier son mode d'organisation si l'on veut faire progresser les structures vers plus de souplesse.

Nous avons choisi d'illustrer cette partie par la présentation d'une expérience en cours de réalisation concernant le recrutement des cadres de proximité au sein des pôles dans le cadre des délégations ; expérience rencontrée lors d'un stage.

Dans cet établissement, un travail sur la définition des règles et d'un périmètre de délégation de gestion doit aboutir à la réalisation d'une cartographie des délégations. Le cœur du dispositif concerne les ressources humaines et en particulier le recrutement du personnel non médical. Au regard de leurs missions l'ensemble du corps des DS de l'établissement a été convié à cette réflexion.

L'article 4 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 précise que le DS "...dispose, par délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres...". Qu'à ce titre "il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation".

Cette expérience peut être utile au DS pour favoriser l'autonomie des pôles.

Les étapes de la démarche :

① Clarification des actions de chacun des acteurs dans ce processus avec la mise en évidence des zones d'interface : DRH – DS – Pôle – Cellule de recrutement. Il s'agissait de répondre à la question *qui fait quoi, quand, où, comment, pourquoi, avec qui ?* Les réponses obtenues ont montré la nécessité d'avoir des délégations plus opérationnelles au sein des pôles pour le recrutement des cadres de proximité.

② Représentation du processus de recrutement sous la forme d'un logigramme⁶². Cet outil permet de visualiser des points essentiels comme :

- le périmètre (cadrage) de l'action avec le début et la fin,
- les règles de fonctionnement (qui fait quoi ?)

⁶² Annexe n° 5 - Logigramme du recrutement d'un cadre de santé au sein des pôles

- Les zones de maîtrise des acteurs impliqués dont la direction des soins avec :
 - ✓ Les validations (du besoin de recrutement, la validation définitive après le recueil d'avis du chef de pôle),
 - ✓ La publication du profil de poste,
 - ✓ La réception des candidatures et les entretiens de recrutement.
- Le passage des délégations avec la transmission de ou des candidatures retenues au cadre de pôle.
- Les étapes au sein du PAM et les liens entre les acteurs (Direction des soins, chef de pôle, DRH, cadre de pôle).

③ A ce jour la réflexion se poursuit et devrait se compléter, pour chaque domaine de gestion, par la description :

- ✓ Des différentes responsabilités entre direction et pôle,
- ✓ Les règles à respecter,
- ✓ Les modalités du contrôle interne.

④ Selon le processus, les responsabilités déléguées aux pôles seront :

- ✓ Soit un rôle de décision (par exemple choix du candidat lors du recrutement)
- ✓ Soit un rôle de proposition,
- ✓ Soit la formulation d'un avis.

La finalité de cet exercice est de construire une cartographie des délégations en décrivant le niveau minimum des délégations à respecter pour tout l'établissement.

La délégation et la décision ont orienté les débats vers les tableaux de bord avec beaucoup d'incertitudes quant aux besoins. Mr J, responsable du système d'information de la direction des soins au CHU en suisse, précise «...qu'il est nécessaire de bien clarifier au préalable les objectifs poursuivis par le DS. Ces outils de mesures, doivent permettre d'évaluer la performance par rapport aux objectifs et de se comparer afin d'aider à la prise de décision. Ils doivent être limités. Ils sont au service de la délégation ».

Ce travail sur les délégations a soulevé beaucoup d'interrogation sur le devenir du management des DS. Mais il a eu comme conséquences de rapprocher les différentes logiques professionnelles (administratives, médicales, paramédicales) et de favoriser plus de coopération, motivée par le principe de subsidiarité. Ces sous ensembles aux cultures, compétences et appartenances différentes devraient progressivement – nous l'espérons - évoluer vers une identité collective... du moins telle est la finalité de la gouvernance.

CONCLUSION

L'hôpital est à un carrefour de son développement. Il doit faire évoluer ses structures organisationnelles pour continuer à exister et répondre aux besoins de santé de la population.

Le plan "Hôpital 2007" va dans le sens d'une gestion déconcentrée plus proche des contraintes du terrain. Les activités médicales sont regroupées en pôles d'activité. Ces structures s'accompagnent d'outils pour répondre au principe de subsidiarité, à savoir la contractualisation interne et la délégation de gestion.

Pour les directeurs des soins rencontrés au cours de notre enquête, la délégation de gestion est un outil innovant qui bouscule la notion de hiérarchie et remet en cause leurs pratiques managériales. Cependant, aujourd'hui elle doit être clarifiée et formalisée pour mettre en oeuvre concrètement la déconcentration.

Cette révolution culturelle demande à ce que chacun trouve ses repères et établisse des relations basées sur la confiance, condition nécessaire pour renforcer la coopération.

Dans ce contexte turbulent le directeur des soins devient un agent d'intégration pour favoriser la conduite de la modernisation de l'hôpital.

Nos solutions, en terme de management, ont le souci de rapprocher les différentes logiques en présence. Elles proposent des actions qui peuvent faciliter le positionnement du directeur des soins dans ses relations et des améliorations partagées par les professionnels rencontrés au cours de notre formation.

La situation de la direction des soins en dehors des pôles renforce le développement de la culture de la transversalité. Si le projet apparaît comme l'outil clef du management du directeur des soins dans la gestion des interfaces par la participation qu'il induit, la délégation de gestion devrait favoriser une dynamique de coopération.

D'un rôle de "passeur", à l'image de celui qui contribue aux différents passages de l'existence qui rythment la vie et la mort, le directeur des soins pourrait devenir bientôt un "éveilleur" et "un accoucheur" en même temps. C'est-à-dire que par sa coopération avec le responsable et le cadre de pôle, et en cohérence avec les orientations de l'établissement, il amènera les pôles à accoucher de leur propre organisation.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. – Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. – Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. – Décret n°97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. – Circulaire DH/AF/AF 3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

OUVRAGES :

ABBADJ. *Organisation et management hospitalier*. Edition Berger-Levrault, 2001, 417 p.

ALTER N. *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF, 2000, 284 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. 5ème édition. Paris : Editions du Seuil, 1985, 382 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. 2ème édition. Paris : InterEditions Masson, 1997, 448 p.

COLLIERE M.F. *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : InterEditions, 1996, 440 p.

DUROY O. *Gérer la modernisation*. Paris : Editions d'organisation, 1989, 186 p.

DUROY O. *Réussir l'investissement productif*. Paris : Management 2000, 1985, 201p.

GENELOT D., *Manager dans la complexité*. Paris : Editions INSEP CONSULTING, 2001, 357 p.

HONORE B., *L'hôpital et son projet d'entreprise*. Toulouse : Privat, 1992, 205 p.

LAWRENCE P.R., LORSCH J.W. *Adapter les structures de l'entreprise*. Paris : Editions d'organisation, 1973.

LE CARDINAL G., GUYONNET J.F., POUZOULLIC B. *La dynamique de confiance : construire la coopération dans les projets complexes*. Paris : Dunod, 1997, 256 p.

LIVIAN Y.F., *Organisation - théorie et pratique*. Paris : Dunod, 2005, 322 p.

MALO J.L. *Tableau de bord*. Encyclopédie de gestion, Tome 2, Paris : Vuibert, 1992.

MINISTERE DE LA SANTE. Répertoire des métiers de la Fonction Publique hospitalière. Paris : Editions ENSP, 2004.

MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation, 1982. 440 p.

SERIEYX H. *Le zéro mépris*. Paris : InterEditions, 1995. 233 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

CAUVIN C., CREMADEZ M. « Quelles structures pour les hôpitaux ». *Gestions hospitalières*, Août/septembre 2001, p. 597

CREMADEZ M. « Evolution de la gouvernance : un enjeu capital pour l'hôpital ». *Gestions hospitalières*, Novembre 2003, p. 731

COUDRAY M.A., BARTHES R. « Le management hospitalier à la croisée des chemins ». *Gestions hospitalières*, Janvier 2006, p. 18

CAILLET R., CRIE D. « Organisation par pôles de l'hôpital public ». *Gestions hospitalières*, Octobre 2004, pp. 597-598

HOLCMAN R. « L'avènement de la gestion par pôle : dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital ? ». *Gestions hospitalières*. Mai 2006, pp. 329-334-335

LOUBAT J.R . « L'émergence de la fonction cadre ». C.R.E.A.I, Rhône-Alpes, septembre/octobre 1995, n°110.

PERRIER J. « A quoi sert la recherche dans le domaine des soins infirmiers ? » *Revue association suisse des infirmiers et infirmières*, mars 1980.

VILLENEUVE P. « La mise en place des pôles d'activités à l'hôpital: enjeu et méthode ». *Revue du cadre soignant*, Octobre 2004, n°13, p. 28

MEMOIRES :

DESPLANT CASTANIE F. - Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ? - Mémoire filière directeur des soins. ENSP. 2004. 60 p.

DUCRET B. - Directeur des soins et Cadres de santé : collaborer entre "bonne distance et juste proximité". - Mémoire filière directeur des soins. ENSP. 2005. 67 p.

COURS :

AMOUROUS C. Intitulé du cours : « La fonction cadre ». I.U.P Santé, Lyon 3, 1998.

BARRAL B. Intitulé du cours : « Le management participatif ». Ecole des Cadres de Santé, Lyon, Promotion 1997/1998.

BARTHES R. « Module GPEC ». Formation directeur des soins, ENSP, Rennes, avril 2006.

CLEMENT. « Contrat interne – contrat externe ». Formation directeur des soins, ENSP, Rennes, avril 2006.

JUNG A. Intitulé du cours : « La structuration de groupe ». I.E.S.T.O / C.N.A.M, Lyon, 2001.

LEDOYEN J.R. intitulé du cours « Des tableaux de bord au rapport d'activité du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques », Formation directeur des soins, ENSP, Rennes, 23 février 2006.

ZARIFIAN P. « La coopération dans le travail ». I.F.C.S. CHU Dijon, 25 juin 2005.

AUTRES

DHOS. « Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière ». Juillet 2006, p.84

Guide de gestion par pôles. Hôpitaux de Toulouse, mai 2004. 22 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Synthèse de l'évolution des courants de la sociologie des organisations

Annexe 2 : Des centres de responsabilité à la mise en place des pôles d'activité

Annexe 3 : Délégation de compétence / délégation de signature

Annexe 4 : Guide de l'entretien semi directif

Annexe 5 : Logigramme du recrutement d'un cadre de santé au sein des pôles

ANNEXE N° 1 : EVOLUTION DU CONCEPT D'ORGANISATION

Ce travail de synthèse a été réalisé en tenant compte des interventions de :

- Mr P. BERNOUX à l'I.E.S.T.O de LYON
- Mr F.X SCHEWYER – Sociologue – ENSP - RENNES

et des ouvrages suivants :

- P BERNOUX, H AMBLARD, G. HERREROS, Y. LIVIAN, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, PARIS, 1996, 245 pages.
- Philippe CABIN, *Les organisations, état des savoirs*, Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, 412 pages.

1 - LES RATIONNELS ET MECANISCISTES

Le Taylorisme - F.W TAYLOR – 1856/1915.Organisation Scientifique du Travail.

Le phénomène bureaucratique avec Max WEBER – 1864/1920. Il définit par le terme de “bureaucratie” la forme d'organisation capitaliste de l'entreprise.

Henri FAYOL – 1841/1925. Cet ingénieur français fut le premier à formaliser les opérations à mener dans une organisation.

Cet ensemble théorique fait une grande place à l'idée de rationalité universelle.

2 – LE COURANT DES RELATIONS HUMAINES

A partir des années 1930 l'accent est alors mis sur l'importance du facteur humain.

Le courant d'études des relations humaines se prolongera autour de deux axes :

- Le courant de la dynamique des groupes avec Kurt LEWIN (1890/1947) - Jacob MORENO (1892/1974),
- La contribution d'auteurs comme A. MASLOW (1908/1970) et F. HERZBERG pour les modèles théoriques de la motivation et Mc GREGOR (1906/1965).

3 – L'APPROCHE FONCTIONNALISTE ET L'ECOLE DE LA CONTINGENCE

Le courant structuro-fonctionnaliste américain avec R. MERTON va montrer que les bureaucraties qui se rapprochent de l'idéal-type weberien présentent des dysfonctionnements et se heurtent à des difficultés pour atteindre leurs objectifs.

Les recherches de Peter BLAU (1948/49) montreront que les organisations bureaucratiques ne sont pas aussi rigide que le laisse supposer MERTON. En effet les membres savent contourner les réglementations pour remplir les missions confiées.

Au cours des années 50 la notion de bureaucratie laisse la place à celle d'organisation car à la suite des travaux de MERTON la bureaucratie était systématiquement assimilée au terme de dysfonctionnement.

James MARCH et Herbert SIMON montreront que les acteurs ne choisissent pas, dans une situation donnée, la meilleure solution mais une solution satisfaisante en fonction de leur degré d'information et de leur capacité réelle d'action.

Le courant de l'école de la contingence avec l'influence de l'environnement. Ce courant est illustré par les travaux de J.WOODWARD en 1965.

Cette approche est vulgarisée aujourd'hui par les travaux d'Henri MINTZBERG (1982-1990) pour qui la structure est liée à l'environnement et aux buts que se donnent les dirigeants.

Les modèles bureaucratique et fonctionnaliste font une grande place à l'idée de rationalité universelle, aux contraintes de l'environnement et à l'adaptation. Mais l'ensemble de ces modalités ne permet pas d'accéder à la notion d'acteur stratégique.

4 - L'ANALYSE CONTEMPORAINE DES ORGANISATIONS

L'organisation étudiée comme une unité dynamique met en évidence l'existence de zones d'incertitudes où se jouent des stratégies individuelles et collectives.

4.1 - L'analyse stratégique

CROZIER et FRIEDBERG ont été les premiers à étudier l'organisation comme un phénomène autonome c'est à dire obéissant à ces propres règles de fonctionnement et non déterminée par des contraintes extérieures.

Les principes de l'analyse stratégique :

- L'acteur dans une organisation est un stratège, disposant d'une marge d'action (zone d'autonomie) grâce à la maîtrise d'une zone d'incertitude.
- Les projets de l'acteur sont rarement clairs et cohérents mais le comportement n'est jamais absurde
- Chaque comportement est actif (il se décline comme une action et la passivité est une forme de l'action.)

L'acteur va développer sa stratégie en fonction du comportement possible des autres. Il va jouer avec eux en fonction des opportunités qui se présentent, des atouts dont il dispose.

L'analyse stratégique considère que ce qui motive les acteurs à agir c'est d'acquérir du pouvoir sur d'autres acteurs. Le pouvoir central va essayer de contrôler l'autonomie des acteurs qui à leur tour tente de lui échapper. On assiste ainsi à de véritables jeux de pouvoir.

Le pouvoir c'est la capacité à négocier à partir des incertitudes. C'est le contrôle de ces incertitudes. Il est toujours une forme de négociation. La légitimité n'est qu'une ressource du pouvoir. Qui a le pouvoir ? Celui qui contrôle une ou plusieurs incertitudes.

4.2 – La théorie de la régulation de J REYNAUD - 1989

Cette théorie répond à la question de la construction des règles par lesquelles un groupe social se structure et devient capable d'actions collectives.

4.3 – Sociologie de l'identité et de la culture

R. SAINSAULIEU a étudié les effets du travail sur les comportements relationnels. Cela a permis de cerner des comportements de groupe et de définir des cultures d'entreprise mais aussi d'atelier et/ou d'une catégorie professionnelle.

La culture est plus ou moins partagée par les membres d'une équipe selon les catégories professionnelles, l'ancienneté, le degré d'adhésion aux objectifs.

4.4 – Les dernières approches de la sociologie des organisations

- *La théorie des Conventions* de Luc BOLTANSKI et Laurent THEVENOT qui met au centre de l'analyse, non plus les acteurs et leurs "conflits" comme c'est le cas dans l'analyse stratégique mais "ce qui fait tenir" c'est à dire la coordination.
- *La théorie de la Traduction* de Bruno LATOUR et Michel CALLON qui s'intéresse à un problème central dans l'organisation : celui des relations entre services aux logiques différentes et celui de la création de réseaux.

La synthèse de ces courants philosophiques permet de mieux cerner le concept d'organisation, constitue des repères pour l'action et facilite le développement d'une position heuristique dans les analyses futures.

ANNEXE 2 : DES CENTRES DE RESPONSABILITE A LA MISE EN PLACE DES POLES D'ACTIVITE MEDICALE

✓ La création des tous premiers Centres de Responsabilité⁶³ (CR) est intervenue en 1983 en même temps que le cadre de la réforme du financement des hôpitaux par dotation globale.

Il traduisant un ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en oeuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités. Ce dispositif obligatoire n'a pas fonctionné.

✓ En 1989 Claude EVIN - ministre de la santé - explique que l'organisation hospitalière en services n'est pas de nature à favoriser les décloisonnements nécessaires pour promouvoir des soins coordonnés, instaurer un réel dialogue entre les professionnels et associer les personnels à la gestion des établissements. D'autres formes organisationnelles sont à penser.

✓ « L'amendement liberté »⁶⁴ institué par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 autorisait le CA d'un établissement public de santé de décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement. Cette décision pouvait être prise sur l'initiative du président du CA, du président de la CME ou du directeur d'hôpital.

Cet amendement, maintenu à titre d'exception dans le cadre de l'ordonnance d'avril 1996, anticipait en quelque sorte le plan Hôpital 2007 en donnant la possibilité à chaque établissement d'organiser son activité de soins comme il le souhaitait notamment en dépassant le cadre proprement dit du service. Mais cet amendement n'a pas été investi par les hôpitaux pour promouvoir les évolutions nécessaires.

✓ L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée suggérait, dans son article L 714-26-1 la création de CR.

L'initiative appartenait à la fois aux équipes médicales et paramédicales mais aussi au directeur de l'établissement. Les propositions de création de CR étaient soumises pour avis à la CME et au CTE ainsi qu'aux équipes médicales et paramédicales concernées lorsque l'initiative émanait du directeur. La décision du directeur devait être motivée, notamment en cas de refus de faire suite à une proposition.

⁶³ Décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif aux dispositions budgétaires des hôpitaux publics.

⁶⁴ Amendement devenu l'article L.6146-8 du code de la santé publique.

Le responsable de la structure était désigné par le directeur de l'établissement public de santé, sur proposition des équipes médicales qui composaient alors le CR et après avis de la CME. Il ne pouvait s'agir que d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien membre de ces équipes.

✓La circulaire DH/AF/AF3 n° 97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé précise « qu'il ne s'agit pas de s'écarter de l'organisation médicale en unités, services, départements et fédérations (...). Il s'agit plutôt de regrouper les structures existantes en constituant des centres de responsabilité bénéficiant d'une taille critique ».

La faible création de CR a montré, *a contrario*, l'attachement des personnels au mode d'organisation par service.

✓Le rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital réalisé par Mr René COUANAU en mars 2003⁶⁵ présente comme constat un hôpital public en crise avec, parmi les causes internes, une balkanisation due à une multiplication des services. Cette balkanisation limite la complémentarité et les actions de coopération entre les différents acteurs.

Les propositions faites retiennent le service «... comme unité administrative et surtout comme unité de soins. Cependant dans certains hôpitaux, il est cohérent et efficient d'encourager à supprimer des services et de les regrouper dans des services plus grands, placés sous l'autorité d'un médecin, éventuellement assisté d'un membre du corps des directeurs en raison des tâches de gestion liées à la tâche du service »⁶⁶.

L'hôpital européen Georges POMPIDOU est cité en exemple avec une organisation qui s'articule autour de « pôles » (fédérations).

⁶⁵ Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital réalisé par Mr René COUANAU – député – Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003 – 81 pages

⁶⁶ ibid., p 55

✓ Un mois plus tard (avril 2003) les conclusions du rapport de Mrs DEBROSSE, PERRIN et VALLENCIEN⁶⁷ préconisaient non seulement la généralisation de « l'amendement liberté » pour restaurer l'initiative et la réactivité mais aussi l'organisation en CR en passant du découpage par services (le service en tant qu'entité juridique est supprimé) à des regroupements en pôles d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin. Le mot « pôle » correspond à la notion de CR.

Si dans le rapport COUANAU seule la fusion des petits services était suggérée il est désormais clairement précisé que les hôpitaux devront, à terme, descendre en dessous de dix pôles pour atteindre une gestion optimale.

✓ Après la publication de ces rapports qui s'inscrivent dans le projet du plan Hôpital 2007 le gouvernement choisi alors de légiférer par ordonnance pour faire évoluer les structures organisationnelles. En ce sens l'ordonnance n° 2005. 406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé déclinent trois orientations majeures :

- Une restructuration interne avec le souci de responsabiliser les acteurs,
- La mise en place des pôles d'activité avec une gestion décentralisée et une contractualisation interne,
- La rénovation des instances consultatives.

Ce texte renferme deux idées novatrices avec la notion d'anticipation⁶⁸, c'est-à-dire la possibilité laissée aux établissements volontaires d'expérimenter l'organisation en pôle d'activité, et celle de Gouvernance avec le principe de subsidiarité selon lequel toute décision pouvant être prise efficacement à l'échelon local ou opérationnel doit l'être.

Les CR constitués dans leur rédaction antérieure à la date de la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005 deviennent des pôles d'activité sauf avis contraire du Conseil d'Administration.

⁶⁷ Rapport intitulé «Projet Hôpital 2007 – Mission sur la modernisation du statut de l'hôpital public et sa gestion sociale » Groupe projet conduit par Denis DEBROSSE , directeur de l'hôpital d'Angoulême – Dr Antoine PERRIN, Président de la CME Hôpital du Mans – Professeur Guy VALLENCIEN, Faculté de médecine Broussais – Hôtel Dieu et chef du Département d'Urologie et de Néphrologie à l'Institut Montsouris – Rapport remis à Mr MATTEI ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 3 avril 2003

⁶⁸ Circulaire DHOS/ n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

ANNEXE 3 : Délégation de compétence et délégation de signature

La délégation de gestion ne correspond pas à une délégation de compétences des directeurs

Délégation de compétence (ou de pouvoir)	Délégation de signature
<p>Une autorité va se dessaisir d'une partie de ses pouvoirs et les transférer à une autorité subordonnée.</p> <p>L'auteur de la délégation ne peut plus exercer les compétences transférées. Par contre la personne qui a reçue la délégation peut à son tour subdéléguer c'est-à-dire déléguer sa signature à des agents.</p> <p>La responsabilité du délégant ne sera alors pas engagée pour les décisions prises par le délégataire. Celui-ci sera considéré comme le véritable responsable des décisions prises dans le cadre des compétences déléguées.</p>	<p>Une autorité qui dispose d'une certaine compétence va autoriser un fonctionnaire qui lui est subordonné à signer certaines décisions à sa place mais sous son contrôle et sa responsabilité.</p> <p>Le délégant reste titulaire de ses attributions. Il peut décider à tout moment à la place du délégataire. La délégation de signature peut être retirée à tout moment.</p> <p>La subdélégation de signature est exclue c'est-à-dire que le titulaire de la délégation de signature peut exercer les pouvoirs du délégant mais ne peut pas en disposer.</p> <p>Le délégant ne perd pas sa compétence. Donc il demeure responsable des décisions prises par le délégataire en son nom.</p>

La délégation de gestion peut prendre la forme d'une délégation de signature qui est un mode d'application de la contractualisation interne. Le délégant conserve son autorité hiérarchique sur le responsable de pôle (uniquement sur l'activité gestionnaire de pôle).

Avec la délégation une autonomie est accordée aux pôles et aux responsables de pôles qui deviennent les ordonnanciers secondaires. Le directeur de l'établissement reste l'ordonnateur principal (juridiquement responsable de la dépense).

Si la délégation est prise dans le cadre d'une contractualisation interne il appartient justement au contrat de délégation de gestion de préciser les limites des conditions d'exercice de ces pouvoirs du directeur.

ANNEXE 4 : Guide de l'entretien semi directif

① **Avant fin 2006 l'organisation interne des établissements doit être structurée en PAM. Où en est votre établissement dans cette demande ?**

- Le découpage retenu, taille critique...
- Les éléments clefs retenus/pris en compte pour définir la structuration en PAM. Éléments de l'histoire institutionnelle.

② **Les pôles reposent sur une gestion déconcentrée (chef de pôles, cadres de pôle, cadre administratif). Quel est votre avis sur ce mode gestion ?**

- Quel sera (est) votre collaborateur privilégié ? (chef de pôle, cadre de pôle, cadre administratif, DS)
- Comment voyez vous/ imaginez vous la place du DS ?

③ **Cette organisation en pôle va (où a déjà) influencée votre manière de diriger /gérer ?**

Reformulation : Pensez vous que la mise en place des pôles est un moyen d'élaborer ensemble de nouveaux modes de relations, moins centrés sur les tensions et plus sur l'attention, le coopératif ?

- Dans quels domaines voyez vous des modifications ?
- Avec quelles conséquences sur votre pratique ?

④ **Comment pensez vous agir de manière à construire (avec les partenaires du pôle) un climat de confiance qui permette une véritable coopération ?**

Comment vivre ensemble et de manière complémentaire ?

- Voyez vous UNE difficulté potentielle prévisible ?
- Votre expérience vous fait-elle repérer des pistes d'amélioration à exploiter ? (des attentes particulières)

⑤ **L'application du principe de subsidiarité traduit un signe de confiance et devrait orienter management plus coopératif. ...**

Aussi pensez vous que l'usage de tableaux de bord pour une direction des soins est un moyen d'entrer dans la démarche de délégation ?

- Vous avez des tableaux de bord ? Pouvez vous m'en parler ?
- Quels sont pour vous les tableaux de bord indispensables d'une direction des soins ?

⑥ **Comment vous projetez vous dans l'avenir ?**

ANNEXE 5 : Logigramme du recrutement d'un cadre de santé au sein des pôles

