



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**Accompagnement des cadres de
proximité au sein de l'organisation
polaire :
Est-ce encore une mission du
Directeur des Soins ?**

KAELBEL Maria

*« L'art le plus difficile n'est pas de choisir les hommes, mais de donner aux hommes
qu'on a choisis toute la valeur qu'ils peuvent avoir »*

Napoléon BONAPARTE

Remerciements

A ma famille et mes amis qui m'ont apporté leur soutien durant cette année particulière à mille lieux de chez moi,

Aux professionnels qui ont permis la réalisation de cette enquête,

A mes maitres de stages qui ont contribué à enrichir mon parcours professionnel et ma réflexion,

A mes collègues de la promotion Simone WEIL,
Carpe Diem !

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre contextuel et conceptuel.....	5
1.1 L'hôpital au cœur des réformes	5
1.1.1 Evolution de l'organisation hospitalière	5
1.1.2 Nouvelle organisation interne hospitalière : l'organisation polaire.	7
1.1.3 Quelques résultats de l'enquête nationale sur la gouvernance hospitalière .	9
1.2 L'impact des réformes sur l'encadrement soignant	9
1.2.1 Evolution des métiers d'encadrement soignant.....	9
1.2.2 Enjeux de la mobilisation des cadres.....	16
1.3 La motivation : un concept essentiel à la mobilisation des acteurs.....	17
1.4 L'accompagnement : un concept essentiel en phase de changements organisationnels structurants.....	19
2 Déroulement et résultats de l'enquête de terrain.....	21
2.1 Déroulement de l'enquête.....	21
2.1.1 Objectifs	21
2.1.2 Méthodologie	21
2.1.3 Présentation des lieux d'enquête	22
2.1.4 Présentation des personnes interrogées.....	22
2.1.5 Outils utilisés	23
2.1.6 Points forts et limites de l'enquête	24
2.2 Résultats de l'enquête	25
2.2.1 Cadres de santé : des managers investis dans leur fonction - motivations et valeurs communes.....	25
2.2.2 Impact de l'organisation polaire sur les cadres de proximité	27
2.2.3 Evolution des attentes envers les cadres de santé	34

2.2.4	Pistes de réflexion d'un accompagnement souhaité dans un contexte polaire	36
2.3	Synthèse et réponse à la question de départ	39
3	Propositions pour optimiser le management de l'encadrement de proximité	41
3.1	Nouvelle stratégie managériale : vers un management durable	41
3.1.1	Charte de management éthique : pour une bientraitance managériale.....	42
3.1.2	Politique de communication basée sur la transparence :	44
3.1.3	Instauration d'une relation de partenariat interne avec les pôles :	45
3.2	Déploiement d'une politique de développement des compétences.....	46
3.2.1	Renforcement des compétences managériales.....	46
3.2.2	Développement du recours à un type d'accompagnement émergent : le coaching.....	46
3.3	Réaffirmation du sentiment d'appartenance à l'institution :	48
3.3.1	Le projet de management : volet incontournable du projet d'établissement	48
3.3.2	Renforcer la politique d'accompagnement des cadres en devenir et nouvellement recrutés	49
3.3.3	. Mise en place de groupes d'analyse réflexive	51
	Conclusion	53
	Sources et Bibliographie	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AFDS	Association Nationale des Directeurs de Soins
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, d Rééducation et Médicotechniques
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNG	Centre National de Gestion
CS	Cadre de Santé
CSP	Cadre Supérieur de Pôle
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CSSI	Commission du Service de Soins Infirmiers
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médicotechniques
DGAFP	Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique Hospitalière
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DS	Directeur des Soins
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IG	Infirmière Générale
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre
SRoS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Introduction

« Les réformes survenues ces dernières années sont un réel progrès conceptuel, qu'il faut maintenant amener sur le terrain »¹,

Depuis quelques années, l'hôpital est au cœur de réformes qui ont entraîné de profonds bouleversements. Parmi les nombreuses réformes hospitalières ayant modifié le paysage hospitalier, certaines ont eu un impact fort sur l'encadrement soignant. Il s'agit en particulier de la réforme de la gouvernance hospitalière initiée par l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005² et confirmée par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui, en rapprochant l'organe décisionnel du terrain a profondément modifié l'organisation de l'encadrement soignant et la relation entre la direction des soins et les cadres de santé. D'autres réformes ont fait évoluer les exigences vis-vis des cadres, notamment en matière de qualité et sécurité des soins.

Les évolutions récentes mais progressives de la gouvernance hospitalière ont profondément modifié le maillage structurel et opérationnel de l'encadrement soignant. Les lignes hiérarchiques ont bougé.

Si la mise en place des pôles cliniques et médicotecniques a bénéficié d'un accompagnement ministériel bien structuré et défini, l'encadrement de proximité bien que non considéré dans les réformes successives, est fortement impacté dans les changements induits. *« Les plus impactés négativement par la nouvelle gouvernance sont les cadres de proximité, à l'échelle de l'unité. Ils sont les plus exposés à toutes les contradictions du système, à toutes les attentes, »* analyse Philippe BRUA. *« Ils sont à l'interface de la direction pour améliorer la gestion, de la médecine et de ses logiques propres, des soignants dont la charge de travail augmente et des familles toujours plus exigeantes ».*³ Les bouleversements engendrés par la nouvelle organisation méritent d'être pris en considération.

En effet, le niveau d'encadrement de proximité constitue la base indispensable permettant la mise en œuvre efficiente du changement profond en cours aujourd'hui dans nos établissements de santé. *« Véritables pivots des organisations administratives, soignantes, socio-éducatives, techniques et ouvrières, [...] les cadres sont au centre de*

¹ FELLERING F, BOIRON F, Rapport « Mission hôpital public », juin 2011- janvier 2012

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

³ HAUTEMULLE M, « L'impact variable des pôles », Objectifs Soins n°203, fév.2012, p.25

*tous les enjeux et maitres d'œuvre associés au changement. C'est d'eux dont dépend la performance quotidienne [...] ».*⁴

La situation économique hospitalière actuelle, ponctuée de plans de retour à l'équilibre, a pu conduire certains établissements à opter, dans un contexte de pénurie de recrutements de cadres de santé, au choix volontaire de limiter l'encadrement de proximité en faveur de personnels de production des soins. La production des soins étant directement liée au financement par la tarification à l'activité a été préservée autant que possible.

A l'impact de la nouvelle gouvernance et en particulier de la mise en place des pôles dans nos établissements et dans un contexte de rationalisation des coûts, s'ajoute un climat de morosité déjà existant au niveau des cadres de santé identifié sur le plan national. Le malaise des cadres avait bien été perçu par Madame Roselyne BACHELOT, ministre de la santé et des sports. Pour faire un état de la situation des cadres hospitaliers, et en particulier soignants et trouver des solutions aux problèmes rencontrés, elle a missionné Mme Chantal de SINGLY en 2009⁵. Le rapport de la mission confiée à Madame de SINGLY confirme notamment le fait que « *le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle* »⁶

Ce climat joue en la défaveur du recrutement. La situation actuelle des cadres de santé semble être de moins en moins attractive pour les jeunes professionnels de santé. De plus, la prise en charge actuelle de la formation est contrainte. Cette situation factuelle est également ressentie au sein des Instituts de Formation des Cadres (IFCS), ces derniers voyant diminuer régulièrement le nombre de candidats au concours d'entrée. Le métier de cadre de santé évolue, il s'intègre actuellement dans le processus de réingénierie des professions de santé. Cette réflexion prospective nourrissant l'élaboration de référentiels d'activités, de compétences et de formation, pilotée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), est actuellement en cours sur l'actualisation du métier de cadre de santé et en particulier celui de « cadre responsable d'unité de soins ».

Or les cadres de santé sont le levier du pilotage opérationnel du Directeur des Soins. Ils constituent sur le terrain le relais indispensable à la mise en œuvre des programmes d'action et en particulier ceux relatifs au projet de soins.

⁴ TOUPILLIER D, YAHIEL M, « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, CNG, janvier 2011, p11

⁵ Rapport ministériel de la « Mission cadres hospitaliers » conduite par Mme de SINGLY C, Paris, 11 sept.2009

⁶ Rapport final de la « Mission cadres hospitaliers » conduite par Mme de SINGLY C, sept.2009, tome 1, page 28

Un juste maillage de l'encadrement, intermédiaire et de proximité, avec des professionnels motivés et compétents est essentiel au Directeur des Soins à la fois pour la déclinaison auprès des patients de la politique de soins et de qualité de prise en charge et pour un management moderne performant.⁷

Une gestion de proximité efficace est le garant de la satisfaction des patients et d'une mise en œuvre effective optimale du projet de soins auprès des patients et des équipes. Elle permet un pilotage opérationnel efficient tant dans la recherche de la performance, l'exhaustivité de la traçabilité des actes, l'appropriation des réformes et des nouvelles exigences de gestion.

Le Directeur des soins (DS) a un rôle essentiel auprès des cadres de santé. Il « *contribue, dans son champ de compétence, à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement* »⁸Le référentiel métier du Directeur des soins précise également qu'il développe, en partenariat avec le Directeur des Ressources Humaines l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants.

Le DS anime et coordonne les activités des cadres soignants en définissant leurs objectifs en matière de politique de soins et leur évaluation. Il s'assure du respect des réglementations et des bonnes pratiques en matière d'organisation des soins.

Le DS, en relation avec les pôles, s'assure de la mise en œuvre opérationnelle du projet de soin dans les pôles.

Il a un rôle certain de repérage des potentialités, d'impulsion d'une dynamique constructive, d'accompagnement de l'évolution des compétences. Il lui appartient de mettre en place les mesures nécessaires à l'attractivité et à la fidélisation des cadres de santé afin de palier à leur pénurie.

Il a un rôle essentiel dans la conduite du changement ainsi que dans l'organisation, avec les cadres de pôles, d'une gestion de proximité efficace.

C'est pourquoi, dans ce contexte hospitalier marqué par de profonds bouleversements organisationnels, dont les organigrammes hiérarchiques ont été modifiés par l'instauration notamment d'un cadre coordonnateur de pôle et dans lequel le positionnement stratégique du directeur des soins est renforcé, nous nous posons la question suivante :

En quoi le Directeur des soins peut-il contribuer à accompagner les cadres de santé de proximité au sein de l'organisation polaire ?

TOUPILLIER ⁷D, YAHIEL M, Rapport sur la « Modernisation de la politique des Ressources Humaines dans les établissements publics de santé », Paris, 24 janv.2011

⁸ Décret n°2010-1138 du 29 sept.2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Les réponses à cette question de recherche n'auront pas la prétention d'être exhaustives, elles contribueront cependant à éclairer le directeur des soins quant aux attentes des cadres de santé de proximité dans l'organisation actuelle en pôles d'activité et permettront d'alimenter une réflexion sur son juste positionnement et la politique à mettre en place afin de mobiliser les acteurs de terrain, piliers de la mise en œuvre du projet de soins et vecteurs de changements que sont les cadres de santé de proximité.

Dans une première partie nous exposerons le cadre contextuel et conceptuel en relation avec les évolutions de l'encadrement soignant et de son contexte environnemental hospitalier.

Puis nous analyserons les résultats d'une enquête réalisée auprès de professionnels de santé dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un Centre Hospitalier (CH) permettant de mettre en lumière l'impact de l'organisation polaire sur les cadres de proximité, la collaboration existante ou souhaitée entre le directeur des soins et les cadres soignants, ses enjeux ainsi que des pistes de réflexion d'un accompagnement souhaité.

Dans une troisième partie, nous proposerons des axes pouvant servir de levier au DS pour moderniser le management des cadres de proximité et les accompagner dans le respect de l'organisation polaire vers une maturité, un épanouissement professionnel et un juste positionnement dans la structure hospitalière actuelle et future.

1 Cadre contextuel et conceptuel

1.1 L'hôpital au cœur des réformes

1.1.1 Evolution de l'organisation hospitalière

Le système sanitaire français, bien que considéré par l'Organisation. Mondiale de la Santé (O.M.S.) comme le système le plus efficace au plan mondial, est actuellement « *confronté à des difficultés grandissantes* »⁹. Malgré les efforts financiers consentis, de fortes disparités territoriales et sociales dans l'accès aux soins persistent et la coordination des acteurs de santé en particulier apparaît « *insuffisante* »¹⁰.

Pour remédier à cette situation critique, **l'Etat a accéléré le rythme des réformes**, ainsi, dix-neuf lois et neuf ordonnances¹¹ ont profondément modifié le système sanitaire français bouleversant le rôle des acteurs et les modes de gestion.

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, dite loi BOULIN, est une loi exclusivement sanitaire et de rationalisation du système hospitalier. Elle instaure le **service public hospitalier** et le classement des établissements hospitaliers en fonction de leurs plateaux techniques et initie la planification sanitaire par la mise en place de la carte sanitaire et des autorisations.

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dite loi EVIN, constitue la première grande modification de la loi du 31 décembre 1970. Elle vise à réduire le nombre de lits en s'appuyant sur une planification de plus en plus contraignante. La carte sanitaire est dotée d'un outil de restructuration hospitalière, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Celui-ci est élaboré dans chaque région par installation, par activité couteuse et par équipement medicotechnique. La loi EVIN instaure également la **Direction du Service des Soins Infirmiers (DSSI)** ainsi que la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) et crée le projet d'établissement ainsi que les conseils de service.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite ordonnance JUPPE, crée les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH),

⁹ ROLAND J. M, Rapport n°1441 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales enregistré à l'Assemblée nationale le 5 février 2009

¹⁰ Exposé des motifs de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

¹¹ COUTY E, KOUCHNER C, LAUDE A, TABUTEAU D, « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, déc.2009,p.7

associant l'Etat et l'assurance maladie afin de régionaliser le financement et l'activité des établissements et réduire ainsi les inégalités entre régions. Ses principes sont la **responsabilisation**, la **contractualisation**, l'**évaluation** et l'**accréditation**. Les objectifs clairement affichés de l'ordonnance JUPPE sont de réduire de près du tiers la capacité du parc hospitalier français. Ainsi, de nombreux petits établissements ont été fermés et regroupés. Par ailleurs, le SROS devient opposable et les premiers Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de moyens (CPOM) font leur apparition. Ceux-ci sont conclus entre l'ARH et l'établissement pour une durée de trois ans et contractualisent des objectifs de qualité et de sécurité, allouant des moyens de financement, d'autorisations de lits et de matériel ainsi que la contractualisation interne d'objectifs.

La loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et la qualité du système de santé dite loi KOUCHNER, est marquée par une volonté de créer une démocratie sanitaire. Les droits des malades tant à l'information médicale qu'au dédommagement sont affirmés. Ainsi sont créés l'Office National d'Indemnisation des Affections Latrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM) et les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI). **Les usagers prennent une place de plus en plus importante dans le système sanitaire français.** Ils participent notamment aux instances institutionnelles.

L'ordonnance du 24 avril 2004 instaure la mise en place d'un nouveau mode de financement des établissements de santé, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, il s'agit de la tarification à l'activité (T2A). Une nouvelle logique s'impose désormais, il s'agit de **la logique de résultat**. Cette logique s'appuie sur la recherche de performance économique Elle impacte fortement le management hospitalier car elle s'accompagne de recherche d'efficience et en particulier dans la juste adéquation du personnel nécessaire à une activité donnée. La nature fluctuante du volume d'activité ainsi que l'aléa des tarifs fixés annuellement sont des facteurs d'incertitude qui contribuent à la difficulté d'une gestion optimale des moyens déployés, augmentant ainsi les tensions internes et le sentiment d'insécurité du personnel.

Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 modifie la gouvernance hospitalière en médicalisant la gestion de l'hôpital. L'hôpital se réorganise en pôles d'activité cliniques et médicotechniques regroupant plusieurs services et unités fonctionnelles. **Le pôle d'activité devient la cellule de base de l'institution.** Il est dirigé par une équipe de pôle pilotée par un médecin responsable de pôle et assisté d'un cadre paramédical et d'un cadre administratif. **L'organisation interne des établissements de**

santé est modifiée. Les instances sont redéfinies, leurs attributions et leur composition sont modifiées. De nouvelles logiques organisationnelles et managériales apparaissent. De nouveaux organigrammes décisionnels s'imposent. « *La nouvelle gouvernance [...] redistribue les cartes du management entre l'encadrement de pôle et les directions centrales* »¹²

La loi n°2009-279 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, vient prolonger l'action entreprise ces cinq dernières années. Elle a pour ambition de réformer en profondeur l'organisation sanitaire. La gouvernance hospitalière constitue le premier axe de la réforme. Au niveau de la gestion des établissements de santé, la réforme induite par la loi HPST se traduit par une **volonté de mieux identifier les rôles des différents acteurs hospitaliers et de simplifier les circuits de décision.** Pour cela, de nouvelles instances sont mises en place et les pôles sont renforcés, notamment à travers le rôle des chefs de pôles et la contractualisation interne offrant la possibilité de « *délégations de gestion* ». La loi modifie ainsi la gouvernance interne des établissements : conseil de surveillance, directoire, président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) et renforce le pilotage médico-administratif de l'hôpital. **L'organisation polaire est confortée**

1.1.2 Nouvelle organisation interne hospitalière : l'organisation polaire.

- **Nouveaux territoires : les pôles d'activité cliniques et médico techniques**

Les pôles d'activité cliniques et médicotechniques sont les nouveaux décideurs hospitaliers de la politique de prise en charge des patients.

Les pôles sont des regroupements d'unités fonctionnelles et de services qui ont des activités communes ou complémentaires. Ils ont été constitués selon une logique de simplification et de déconcentration.

Ils élaborent un projet de pôle qui s'inscrit dans le projet d'établissement et qui définit leurs objectifs prioritaires d'activité et de qualité. Ceux-ci sont contractualisés dans le cadre d'un contrat de pôle conclu avec la direction. Ce contrat précise également les délégations accordées aux pôles par la direction selon le principe de subsidiarité qui permet de déconcentrer la décision au plus près du terrain.

¹² BARTHES R., « Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ? », Santé RH, mars 2010, p.15

Différentes logiques peuvent être à la source de la constitution des pôles : une logique de filière de prise en charge (gériatrie), d'organe (tête-cou), généraliste (urgences), de prestations (imagerie).

Les pôles sont dirigés par un chef responsable de pôle, qui est un médecin, assisté d'au moins un cadre supérieur paramédical et d'un cadre administratif.

- **Nouveaux acteurs :**

Le chef de pôle a un rôle décisionnel prépondérant dans la nouvelle organisation institutionnelle. C'est un médecin nommé par le directeur sur présentation d'une liste proposée par le président de la CME. La durée de son mandat est de quatre ans renouvelables. Il est assisté de collaborateurs de son choix dont il propose la nomination au directeur. Dans la grande majorité des cas, ces collaborateurs sont un cadre paramédical de pôle et un cadre administratif de pôle, dont il propose la nomination au directeur. Il organise avec son équipe le fonctionnement du pôle dans le cadre de la politique institutionnelle. Il dispose du pouvoir d'affectation des ressources humaines au sein du pôle et il peut bénéficier d'une délégation de gestion et de signature du directeur par le biais du contrat de pôle.

Le cadre paramédical de pôle est un acteur incontournable de la direction du pôle. Il est nommé par le directeur, éventuellement sur proposition du chef de pôle ou du coordonnateur général des soins (CGS). Il assiste le chef de pôle dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des soins. La mise en place des pôles a fait émerger cette nouvelle fonction dont le profil est encore parfois en phase d'élaboration. Ses principales missions, variables selon le degré d'implication des chefs de pôles, consistent en la diffusion d'une culture de pôle auprès des personnels paramédicaux, la contribution à la mise en œuvre de la politique de soins de l'établissement et la recherche de mutualisation des moyens.¹³ Le cadre paramédical de pôle a autorité sur les cadres de santé du pôle.

Le cadre administratif de pôle est le troisième acteur de la direction du pôle. Son rôle est d'assister le chef de pôle ainsi que le cadre de pôle, d'analyser les tableaux de bord et d'assurer le suivi des contrats de pôle. Selon leur taille, ils peuvent se voir affectés sur plusieurs pôles.

¹³ Groupe 12, Module Interprofessionnel de Santé Publique « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management », EHESP, 2012, p.9

- **Nouveaux outils de gestion :**

Le contrat de pôle signé entre le directeur et le chef de pôle précise le champ et le contenu des délégations de gestion et de signature accordées au pôle par le directeur. **Les délégations de gestion** possibles sont répertoriées en deux catégories : les compétences en matière de gestion des ressources humaines et les délégations de signature du directeur au chef de pôle engageant les dépenses du pôle. Ces délégations reflètent le principe de subsidiarité initié par la loi HPST.

1.1.3 Quelques résultats de l'enquête nationale sur la gouvernance hospitalière¹⁴

Le nombre total de pôles déclarés par les établissements enquêtés est de 3458.

Le nombre total moyen de pôles par établissement est de 7,1, dont 65% cliniques et 15% médico techniques.

77% des établissements sont organisés en pôles.

Seulement 8% des chefs de pôles ont suivi la formation prévue en 2010

21% des établissements ont signé au moins un contrat de pôle. Parmi les causes de non signature figurent le fait que le directeur n'a pas proposé de contrat (41%) ; le contrat est en cours de signature (36%) ; l'absence de projet médical (18%) ; des difficultés lors de la négociation du contrat (4%) ; les chefs de pôles ont refusé de signer (1%).

1.2 L'impact des réformes sur l'encadrement soignant

« Malgré les mesures innovantes de la loi [HPST], le succès de cette importante réforme suppose l'adhésion des acteurs du système de santé aux nouvelles procédures et organisations promues par le texte »¹⁵

1.2.1 Evolution des métiers d'encadrement soignant

- **Le cadre de santé responsable d'unité : de la cornette....un peu d'histoire :**

La catégorie cadre de santé présente la particularité d'être une catégorie ancienne dont la fonction a évolué parallèlement à la professionnalisation des hôpitaux au XXème siècle

¹⁴ Enquête nationale « Gouvernance hospitalière, les résultats », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011

¹⁵ COUTY E, KOUCHNER C, LAUDE A, TABUTEAU D, « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, déc. 2009, p.11

Les cadres de santé ont toujours œuvré dans les hôpitaux sous des appellations diverses. Les surveillantes des siècles passés étaient des religieuses.

Les hôpitaux apparaissent avec l'avènement de la civilisation chrétienne en occident. Après l'effondrement de l'empire romain, l'Eglise devient le tuteur de l'institution hospitalière. Dès le Vème siècle, des hôpitaux sont créés, ils se développent au Moyen-âge. Ils sont conçus comme lieu d'hébergement des exclus et des malades. C'est la « *maison du pauvre* ». La vie de l'hôpital est rythmée par la vie monastique, les normes religieuses orientent les soins. C'est dans cet esprit religieux que les déshérités sont pris en charge par les premiers personnels soignants.

Les religieuses étaient en charge de l'accueil et de la satisfaction des besoins fondamentaux ainsi que de l'intendance. Elles s'assuraient déjà de la maîtrise des dépenses de l'hôpital. La fonction de gestion des religieuses perdure jusqu'au XIXème siècle. L'encadrement s'est ensuite laïcisé au XXème siècle. La fonction de surveillante était déjà « ballotée au gré des évolutions de l'hôpital »¹⁶

En 1943, un décret¹⁷ officialise la fonction de surveillante. Le premier Certificat d' Aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante voit le jour en 1958¹⁸, remplacé par décret¹⁹ en 1975 par le Certificat Cadre Infirmier (CCI). A cette époque, l'obtention du certificat n'était pas requise obligatoirement pour exercer la fonction et être nommé dans le grade.

En 1990 éclatent des mouvements sociaux de cadres pour dénouer les pressions liées notamment aux contraintes budgétaires et dénoncer les dégradations des conditions de travail. En 1995, le CCI se transforme en diplôme de cadre de santé et devient accessible à l'ensemble des paramédicaux infirmiers, médicotéchniques et de rééducation.²⁰

En 2001, un nouveau décret²¹ apporte une reconnaissance aux cadres de santé en leur permettant l'accès à la catégorie A. Cadres et cadres supérieurs constituent ainsi un nouveau corps professionnel.

- **Evolution actuelle du métier de cadre de santé**

D'un modèle d'encadrement autoritaire, le « surveillant », à un modèle professionnel, le « *cadre de santé* », le métier vers lequel ne cesse de tendre le cadre de santé est

¹⁶ BOURRET P, « Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible », BROCHE, 20oct 2006, p.31

¹⁷ Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

¹⁸ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmières monitrices et d'infirmiers moniteurs et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant

¹⁹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier

²⁰ Décret n°95-926 du 18 aout 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé,

²¹ Décret du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

gestionnaire et managérial. Comme tout manager, il présente la particularité de devoir s'adapter à son environnement hospitalier et sociétal en mutation.

De même, l'identité professionnelle du cadre de santé se construit au fur et à mesure que ses compétences dans ce métier s'affirment. Il s'agit d'un véritable processus de professionnalisation. Ce n'est donc pas un état mais un processus inachevable évoluant au fur et à mesure au fil de son parcours professionnel.

Aujourd'hui, le métier est répertorié dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière sous l'appellation de « *cadre de santé responsable d'unité* » dans la catégorie « *management des soins* ». Ses missions consistent à « *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico technique ou de rééducation en veillant à l'efficacité et à la qualité de la prestation* »²² Une réflexion nationale, pilotée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) est engagée pour adapter le métier aux nouvelles exigences. Cette démarche inscrit le cadre de santé dans le processus national de réingénierie des métiers.

- **Facteurs environnementaux impactant les cadres de santé**

Le métier est de nos jours impacté par de nombreux facteurs tels le renforcement des contraintes juridiques et réglementaires, l'évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences, l'évolution technologique des équipements, des matériels et des pratiques, l'évolution médico-économique dans la recherche systématique de l'efficacité et de la performance, le développement intensif et continu de démarches qualité et gestion des risques et des évaluations de pratiques, l'évolution de l'offre et celle de la demande de santé en termes d'exigences des usagers et de nouveaux besoins, l'évolution de la formation initiale et continue des professionnels, l'évolution sociétale du rapport au travail et du rapport entre l'individu et le collectif, l'intégration du développement durable en terme de responsabilité sociale des organisations.

A ces facteurs s'ajoute l'évolution de la fonction managériale liée à l'évolution de l'organisation interne issue de la nouvelle gouvernance hospitalière. Les services, lieux d'exercices où officialisait le cadre de santé, se sont regroupés en pôles d'activité dirigés par un trio de pôle médico-soignant-administratif et ont conduit à des réorganisations internes s'accompagnant de mutualisations des organisations et des moyens. Pour faire face à ces changements, le cadre doit à la fois mettre en place de nouveaux dispositifs et accompagner les équipes en donnant du sens au changement. Or, souvent les cadres ne

²² « Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière » Ministère de la santé et des sports, septembre 2009, « Cadre de santé responsable d'unité de soins » : Soins-management des soins-06/D/25 - J1502 – 05U20

sont pas partie prenante des changements, ils ne participent pas aux prises de décisions qu'ils subissent. Ils doivent en outre trouver un équilibre entre les contraintes médico-économiques et les exigences quantitatives et qualitatives de soins à dispenser. Ils sont obligés d'adapter leur management aux nouveaux standards attendus.

« *Apprendre à marcher en marchant, c'est tout le défi qui est lancé à l'encadrement pour affronter le monde qui vient* »²³

Le profil managérial du cadre de santé évolue autour de trois orientations structurantes du métier, à savoir une maîtrise de la gestion quotidienne avec notamment un renforcement des compétences médico-économiques, une capacité d'animation des équipes et des projets avec notamment une capacité à conduire le changement ainsi qu'un positionnement affirmé de pédagogue et donneur de sens afin d'accompagner les équipes par un nouveau style managérial, le leadership.

- **Difficultés rencontrées par les cadres face à l'accélération des changements**

- **La notion de rapport au temps**

Il est vrai, comme l'affirme S. LUCAS qu'« *à l'hôpital, le changement est un état permanent, on n'a pas le temps de voir où on va qu'il faut s'adapter au nouveau changement* ». Le rythme de ces changements tend à s'accélérer comme nous l'avons décrit précédemment du fait en particulier de la vague des réformes, mais également des exigences médico-économiques et sociétales accrues ainsi que des évolutions techniques et technologiques de la prise en charge des patients.

D'après Mme LUCAS, nous nous trouvons face à une dissociation de temporalité. « *Le temps des réformes n'est pas le temps des acteurs* » Les nouvelles exigences se sont accélérées or le cadre a besoin de temps pour comprendre, accepter et impulser à son tour le changement. L'appropriation du changement nécessite trois phases selon Kurt LEVIN²⁴ :

- Une dé cristallisation, correspondant à la mise en place du changement ; c'est un temps de diminution des résistances au sein du groupe,
- Une transition, période durant laquelle le changement s'installe et où chacun teste le nouveau positionnement ; c'est un temps qui permet au groupe de parcourir un chemin,
- Une recristallisation, permettant la reconstruction, c'est le temps de stabiliser le nouvel état d'équilibre.

²³ BARTHES R, Directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation, CHU Toulouse, « Dessine-moi...le cadre de demain », Revue Soins Cadres n°75, août 2010, p.23

²⁴ LEVIN K, « le changement », p80

En effet, face au vent des réformes, « *Il faut prendre le temps de mettre en œuvre et laisser poser.* »²⁵

➤ **La notion de travail de lien invisible**

Etre cadre de santé, c'est assurer du lien. Or cette mission est devenue complexe. Le travail des cadres est un travail d' « *articulation* » au sens où le définit STRAUSS. Si ce travail d'articulation est indispensable pour l'atteinte de la performance, il est peu visible et souvent dénié des cadres eux-mêmes. Ceci peut s'expliquer en partie par la non qualification du travail de lien. Bien qu'il constitue un vrai travail, il n'est pas suffisamment valorisé. Les cadres ressentent parfois un sentiment d'abandon de leur hiérarchie face aux difficultés. Ils se sentent seuls face aux problèmes. Cette prise de distance de leur hiérarchie leur est même parfois présentée comme un acte volontaire leur octroyant de l'autonomie.²⁶ La mission conduite par Mme de SINGLY avait objectivé ce « *rôle central mais invisible des cadres dans l'organisation hospitalière* ». Bien que l'on puisse considérer les cadres comme la « cheville ouvrière des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès tourne, en même temps le travail qu'ils font pour assurer ce succès est un travail ingrat, peu connu et mal reconnu ».²⁷

➤ **Les injonctions contradictoires :**

A l'interface de pressions contradictoires, le cadre évolue dans un environnement complexe où règnent incertitude et paradoxes. Il doit s'appropriier le changement, ne pas le subir mais l'accompagner, lui donner du sens et fédérer l'équipe soignante dans un souci de prise en charge optimale du patient. Il doit également concilier les différentes logiques qui animent le corps médical, les patients, l'équipe soignante et l'administration. Dans un contexte économique restreint, la pression induite par la nécessaire maîtrise des dépenses de santé renforce ce sentiment oppressif. L'évolution du contexte professionnel du cadre de santé se manifeste par une augmentation des exigences à son encontre.

²⁵ LACROIX D, Directrice CH de MEULAN les MUREAUX, extrait de la visio conférence « Table ronde sur les valeurs de service public », EHESP, 4 juillet 2012

²⁶ BOURRET P, « Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible », BROCHE, 20 octobre 2006.

²⁷ De SINGLY C, Rapport ministériel « Mission cadres hospitaliers », Paris, 11 sept. 2009, p.28

➤ **Le besoin de reconnaissance :**

Dans son rapport²⁸, Chantal de SINGLY met en évidence le manque de reconnaissance des cadres hospitaliers et en particulier des cadres de santé. Les statuts des cadres ne *« prennent pas suffisamment en compte les responsabilités inhérentes aux fonctions d'encadrement, notamment celles des cadres de santé, beaucoup plus lourdes avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'organisation de l'hôpital en pôles »*²⁹

Selon J. HART et S LUCAS, les cadres de santé sont en « quête de reconnaissance par eux-mêmes et par les professionnels avec lesquels ils sont en interdépendance »³⁰

Dans cet environnement en mutation et pour faire face aux contraintes exigées, les cadres de santé expriment des attentes³¹, parmi lesquelles :

- de clarifier les attentes
- de donner du temps
- de valoriser le travail des cadres
- d'impliquer les cadres dans les décisions
- d'être à l'écoute, afin de donner vie au lien invisible du métier de cadre de santé

• **Le cadre paramédical de pôle**

Comme décrit précédemment, le cadre paramédical de pôle fait partie de la direction du pôle d'activité clinique ou médicotechnique. Il s'agit en général d'un cadre supérieur de santé, *« en général choisi par le chef de pôle, mais en tout cas jamais imposé par les directions des soins aux chefs de pôles contre leur avis »* constate l' IGAS en 2010³², *« l'harmonie entre médecin et cadre soignant est cruciale pour le pôle. L'autorité hiérarchique sur ce cadre relève du directeur de l'hôpital (qui peut la déléguer au directeur des soins) et l'autorité fonctionnelle du chef de pôle »*³³. Le cadre paramédical de pôle peut être également être choisi parmi les cadres de santé. Ses attributions peuvent varier selon l'implication des chefs de pôles³⁴et selon les délégations faites au pôle. Elles sont établissement dépendant et sont en général formalisées sous forme de fiche de poste.

²⁸De SINGLY C, Rapport ministériel « Mission cadres hospitaliers », Paris, 11 sept. 2009, p.28

²⁹ Ib.id., p.81

³⁰HART J., LUCAS S., « Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres », Rueil-Malmaison, Editions LAMARRE, 2002, 180p.

³¹ « Management des soins », revue Soins, déc. 2006

³² YAHIEL – MOUNIER : « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? » IGAS, Paris 2010 - 2011

³³ HAUTEMULLE M, « L'impact variable des pôles », Objectifs Soins n°203, fév.2012, p.24

³⁴ Groupe 12, « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management », Module Interprofessionnel de Santé Publique, EHESP 2012

Le cadre paramédical de pôle a un rôle essentiel dans le pilotage médico-économique du pôle, il assure la gestion du personnel non médical du pôle et le suivi du projet de pôle en collaboration avec le directeur des soins dans un souci de cohérence institutionnelle.

- **Le Directeur des soins : impact de la réforme**

- **-Evolution du métier de Directeur des Soins**

Le métier de directeur des soins est né de sous la plume de Mme Simone WEIL par décret du 11 avril 1975 suivi de la circulaire du 31 juillet 1975 qui décompose le corps en deux grades : Infirmière Générale (IG) et Infirmière générale adjointe, notamment par tranche de 500 lits.

Le décret du 19 octobre 1989 classe l'IG en catégorie A comprenant deux grades : la première et la deuxième classe. L'IG s'éloigne de la sphère médicale, elle n'est plus membre de la commission médicale d'établissement (CME) mais elle y assiste en tant que membre de l'équipe de direction. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière crée le service de soins infirmiers. L'année 1995 est marquée par l'instauration du diplôme de cadre de santé³⁵. Le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière regroupe en un même corps les cadres issus de la filière infirmière, de rééducation et médicotechnique. La direction des soins représente alors et fédère «*la représentation de l'équipe de soins autour du patient, équipe dont l'infirmier est le point central, pivot de l'information et de la coordination des actions de soins* »³⁶

- **Ce que la loi HPST a changé :**

La loi HPST du 21 juillet 2009 a profondément modifié la gouvernance des établissements de santé. Le coordonnateur général des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques devient membre du directoire, instance qui assiste le directeur dont les pouvoirs ont été renforcés dans la conduite de la politique institutionnelle. Son positionnement politique et stratégique est ainsi renforcé. La gestion du corps des DS est confiée au Centre National de Gestion. La déconcentration de gestion matérialisée par **la mise en place des pôles d'activités cliniques et médicotechniques déplace les lignes managériales et transforme le management pyramidal du DS en un management transversal, basé sur la coordination inter polaire.**

³⁵ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

³⁶ www.directeurdessoins-afds.com, Site de l'Association Française des Directeurs de Soins, « historique de la profession »

Le décret n°2012-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière vient renforcer le positionnement stratégique du DS. Il devient membre consultatif de la CME en remplacement du représentant de la CSIRMT. La notion de responsabilité hiérarchique sur les cadres de santé disparaît. Le DS coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants des professionnels paramédicaux, il est le garant de la répartition des ressources entre les pôles il est également responsable de la définition et de la mise en œuvre de la politique de soins au niveau des pôles.

➤ **Vers une modernisation du management**

Les réformes hospitalières actuelles tentent de faire évoluer les établissements de santé vers une modernisation du management des RH³⁷ La DS et la DRH sont particulièrement impliquées dans ces nouvelles orientations de management.

Trois axes essentiels émanent du rapport sur la modernisation des établissements de santé réalisé par Danielle TOUPILLIER et Michel YAHIEL :

- Donner du sens :

Il convient de partager les enjeux, d'associer les personnels, de positionner les cadres, de clarifier les rôles sur une base coopérative et de manager les managers.

- Faire le pari de l'autonomie :

Il s'agit essentiellement de coopérer à tous les échelons.

- Outiller et renforcer la fonction RH :

Il s'agit là surtout de conforter les gestionnaires et de généraliser la diffusion d'outils adaptés.

1.2.2 Enjeux de la mobilisation des cadres

La performance managériale de la Direction des Soins se caractérise notamment par une équipe de cadres dynamiques et impliqués bien que ces derniers soient gérés au sein des pôles par les CSP.

Si l'on considère l'équation de la performance suivante : $P = C \times M$, on peut dire, comme Christian LEMOINE, président fondateur du CRECI (Centre de Recherche et d'Etude sur la Performance Industrielle), que « la performance est le résultat de la compétence

³⁷ TOUPILLIER D, YAHIEL M, Rapport sur la « Modernisation de la politique des Ressources Humaines dans les établissements publics de santé », Paris, 24 janvier 2011

multiplié par la motivation. C'est la motivation qui est le levier le plus important »³⁸. Au sein de l'équipe des cadres, au niveau collectif, il est indispensable qu'il y ait entre les acteurs une relation de qualité. Le paramètre « solidarité de proximité » vient compléter l'équation de la performance collective.

L'implication des cadres de proximité induit la performance dans les différentes missions qui leur sont confiées au plus près du patient.

La qualité des soins est impactée par le degré de mobilisation des cadres de proximité.

La performance en soins du cadre de santé se manifeste dans l'accompagnement de la déclinaison des actions prévues dans le projet de soins au niveau opérationnel. La proximité est gage de réactivité, mais également d'une connaissance optimale des ressources, des limites et des besoins du terrain. Une prise en charge optimisée des patients est gage de leur satisfaction.

La performance managériale des cadres de proximité se concrétise dans l'accompagnement des équipes, dans l'écoute, dans la prévention des risques psychosociaux, dans la détection de nouveaux potentiels, dans la juste adaptation des moyens aux besoins. Il est le collaborateur efficace du CSP.

La performance en gestion des cadres de proximité est un atout dans l'optimisation des flux de patients et peut notamment influencer efficacement sur la diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et l'optimisation des taux d'occupation des lits d'hospitalisation.

La promotion et le développement de démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques au quotidien font partie des missions des cadres de proximité.

Cette liste n'est pas exhaustive et parmi les plus-values d'une proximité engagée, on peut considérer la bonne connaissance du terrain, l'écoute des équipes et des patients, la gestion en temps réel de situations de crises, la réactivité. Il est important outre la motivation et la compétence, d'effectuer un juste dimensionnement de l'encadrement pour que cette proximité soit effective.

1.3 La motivation : un concept essentiel à la mobilisation des acteurs

Dans ce contexte en évolution, le malaise des acteurs et la nécessité de rénover le management nous conduisent à développer un concept essentiel à la mobilisation des acteurs qu'est le concept de motivation.

³⁸ www.focusrh.com, RODET P, « Performance, compétence et motivation, une équation à repenser », publié le 13 décembre 2011

Selon Joseph NUTTIN, la motivation est « *l'aspect dynamique du comportement* »³⁹. Si l'on met la motivation au regard de la compétence, on peut considérer que la motivation correspond à ce que l'on veut faire alors que la compétence correspond à ce que l'on sait faire. Ainsi, on peut très bien savoir faire quelque chose que rien ne motive à faire. Etre motivé, c'est « *avoir envie de..* » C'est la motivation qui déclenche l'action.

De nombreuses théories de la motivation existent. Selon KANT, la première origine de la motivation est le « *devoir* » et la seconde est la « *satisfaction du désir* » ou motivation sensible.⁴⁰

Selon la théorie de la hiérarchisation des besoins de MASLOW (1943), L'homme trouve ses motivations dans la satisfaction de ses besoins hiérarchisés. Pour que son accomplissement personnel, au sommet de la pyramide, puisse se réaliser, tous ses autres besoins, tels l'estime de soi, le sentiment d'appartenance, de sécurité, ainsi que ses besoins physiologiques devront avoir été satisfaits. Cette théorie est de nos jours controversée.

La théorie ESC d' ARDERFER, souvent utilisée en gestion des Ressources Humaines⁴¹ reprend ces items mais sans les hiérarchiser. Cette dernière est basée sur trois facteurs :

- *la croissance* (besoin de s'épanouir),
- *l'existence* (besoins de base tels que la rémunération et les conditions de travail),
- *la sociabilité* (besoin d'amour et d'appartenance, besoin d'interaction et de reconnaissance au sein d'un groupe).

On peut ainsi identifier, comme Michèle ISNARDI des « *outils de management pour mobiliser et motiver les acteurs* :

- la reconnaissance*
- l'intérêt au travail*
- l'évolution professionnelle*
- la rémunération*
- la qualité des conditions de travail*
- un encadrement à l'écoute et qui donne du sens aux mots* »⁴²

³⁹ NUTTIN J., « Théorie de la motivation humaine, du besoin au projet d'action », Paris, éd. PUF, 1991, 383p

⁴⁰ RUBERRECHTS L, « Essai sur la philosophie réflexive », J.DUCULOT, 1971, p.45

⁴¹ « Dictionary of Human Resource Management », Oxford University Press, 2001, p.112

⁴² ISNARDI M., DS institut Paoli Calmettes Marseille, « Evolutions de la certification : quel impact demain sur le management des établissements de santé ? », Rencontres HAS 2011 , 17-18 novembre 2011, LYON

1.4 L'accompagnement : un concept essentiel en phase de changements organisationnels structurants

Les acteurs du système de santé que sont les cadres de santé peuvent être désorientés face aux changements induits par la gouvernance hospitalière et à l'inflation des exigences à leur égard sur fond de crise hospitalière.

D'après M.PAUL⁴³ « *l'accompagnement est contemporain du délitement du lien social, mais sur le terrain il répond à deux exigences et participe toujours d'un changement en cours :*

- *la préoccupation d'un public désaffilié, désorienté, censé être autonome ou capable de le devenir et*

- *une injonction de performance, d'excellence et d'efficacité. »*

Dans le contexte des réorganisations hospitalières actuelles, on peut dire qu'un accompagnement de l'encadrement pourrait répondre à ces deux exigences et permettre à la fois l'accession à une certaine autonomie du terrain prônée par la nouvelle gouvernance et le développement harmonieux de la performance managériale de l'encadrement, force de lance de la direction des soins.

« *Accompagner, c'est fournir une relation soutenance, c'est identifier les besoins en relation de la personne et y satisfaire à minima* »⁴⁴

Cet accompagnement revêt deux dimensions : une dimension technique par l'apport d'un cadre et des outils de positionnement et de définition des attentes, ainsi qu'une dimension psychologique de soutien et d'aide à l'acquisition d'une certaine autonomie, un positionnement clair et empreint de confiance en soin.

L'accompagnement est un concept pouvant prendre des formes diverses que PAUL qualifie de « *nébuleuse* ». Il peut s'apparenter à la notion de « *coach* », défini par le dictionnaire Larousse comme une action de conseil individuel ou d'accompagnement du collaborateur. Délivré (2002) « *le définit comme une série d'entretiens entre une personne (le coaché) et un professionnel (le coach) qui ont pour but d'aider la personne à atteindre un objectif et réussir sa vie personnelle ou professionnelle. L'idée principale est celle d'un entraînement justifié par un défi de changement.* »⁴⁵. Etymologiquement, sa définition minimale est « *être avec et aller vers* ». Ainsi, il revêt « *une double dimension de relation et de cheminement* »⁴⁶

⁴³.PAUL M., « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. Edition Harmattan.2004 p.7

⁴⁴ LEU A, « Autonomie », 21 sept 2005, www.sd-2-archive-host-com ,

⁴⁵PAUL M, université de Nantes, CREN, « Autour du mot accompagnement », « Recherche et formation », n°62, 2009

⁴⁶Id.

2 Déroulement et résultats de l'enquête de terrain

2.1 Déroulement de l'enquête

2.1.1 Objectifs

Par cette enquête réalisée auprès de professionnels de santé dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un Centre Hospitalier (CH) ayant une antériorité différente dans la mise en place opérationnelle des pôles et l'atteinte de leur maturité, nous cherchons à identifier l'impact effectif de l'organisation polaire sur les cadres de proximité, les difficultés rencontrées par les cadres, le degré de collaboration entre le directeur des soins et les cadres soignants, ainsi que des pistes de réflexion d'un accompagnement souhaité.

2.1.2 Méthodologie

L'étude de l'impact de la mise en place des pôles d'activité sur les cadres de santé et de son accompagnement par le DS repose sur l'analyse croisée de documents et de données empiriques issues d'entretiens semi-directifs.

La recherche documentaire a porté sur la lecture de textes législatifs et réglementaires, de plusieurs rapports ministériels ainsi que sur des ouvrages et des périodiques, la participation à des congrès et visio-conférences.

Les données empiriques permettant de mettre en perspective les données théoriques sont issues de deux études de cas. Ainsi, nous avons choisi de réaliser notre enquête dans deux établissements : un Centre Hospitalier (CH) et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) présentant certains traits communs tels que la taille relative (1400 et 1600 lits et places), l'activité (ayant tous les deux une activité Médico-Chirurgico-Obstétricale, MCO), étant tous les deux multi sites et ayant approximativement le même nombre de pôles rapporté à la capacité d'hébergement, mais présentant un décalage dans l'antériorité du passage à une organisation polaire. Les deux établissements ne sont pas situés sur le même territoire de santé.

2.1.3 Présentation des lieux d'enquête

Le CH est un établissement de 1387 lits et places⁴⁷ employant 3869 personnes dont 3607 personnels non médicaux. Son budget en 2010 était de 260 millions d'euros. Les comptes de l'établissement sont à l'équilibre. La prise en charge des patients est organisée au sein de 13 pôles d'activité clinique et médicotechnique dont le déploiement a été progressif. La contractualisation interne entre les pôles et la direction n'est pas encore formalisée au travers de contrats de pôles. Ses derniers sont encore au stade de projet. La direction des pôles est confiée à un médecin chef de pôle assisté d'un cadre supérieur de pôle, un directeur référent de pôle complète le binôme.

Le CHU est un pôle de référence sanitaire régional de 1763 lits et places⁴⁸ employant 6812 personnes dont 5101 personnels non médicaux. Son budget en 2010 était de 453 millions d'euros. Après un déficit de 7 millions d'euros en 2011, le CHU est contraint d'appliquer un nouveau plan de retour à l'équilibre (PRE).L'établissement a été précurseur dans la déclinaison de la nouvelle gouvernance hospitalière. En effet, dès l'an 2000, réorganisé son offre de soins au sein de 16 pôles d'activités cliniques et médicotechniques. Ces derniers sont bien implantés et ils bénéficient d'une certaine autonomie de gestion, notamment dans le domaine des ressources humaines (RH).Des contrats de pôles signés entre les chefs de pôles respectifs et le directeur précisent les délégations accordées ainsi que les objectifs définis pour le pôle. Les pôles sont dirigés par un chef de pôle médical assisté d'un cadre supérieur de pôle et d'un directeur gestionnaire de pôle. Ils bénéficient également d'un assistant de gestion détaché au pôle ainsi que d'une secrétaire.

2.1.4 Présentation des personnes interrogées

Pour répondre à notre question de départ, seize personnes ont été interrogées. Nous n'avons pas limité notre enquête aux seuls cadres de santé de proximité et directeurs des soins, mais nous y avons également associé les autres professionnels pouvant intervenir dans la chaîne managériale.

Ainsi, nous avons réalisé 16 entretiens auprès de :

- 4 Directeurs des Soins dont 2 Coordonnateurs Généraux des Soins

⁴⁷ Données extraites du rapport de gestion 2010 du CH

⁴⁸ Données extraites du rapport de gestion 2010 du CHU

- 7 Cadres de Santé de proximité dont 5 issus de la filière infirmière et 2 médicot techniques
- 2 Chefs de pôles médicaux
- 3 Cadres Supérieurs de Pôles dont 1 médicot technique

Parmi les cadres de santé interrogés, figurent des cadres ayant des profils différents, anciens et jeunes dans la fonction, ayant bénéficié ou non d'un accompagnement lors de la prise de poste, impliqués ou non dans la politique institutionnelle (participation ou non à des groupes de travail institutionnels) et faisant partie de pôles différents. Les entretiens réalisés respectivement auprès des Directeurs des Soins et des Coordonnateurs Généraux des Soins n'ont pas été différenciés, les logigrammes des directions des soins des deux établissements faisant apparaître une organisation transversale.

2.1.5 Outils utilisés

- **Réalisation d'entretiens semi directifs :**

Afin de répondre à notre question de départ, l'enquête a été réalisée grâce à la conduite d'entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'une heure quinze environ.

Cette technique qualitative d'entretiens permet de centrer le discours des personnes interrogées autour des thèmes définis au préalable dans une grille d'entretien. Elle présente l'avantage de garantir l'étude de l'ensemble des questions souhaitées et assure la comparabilité des résultats.

Le contenu des grilles d'entretien a été adapté à la population interviewée⁴⁹. Les thèmes évoqués sont identiques sur les différentes grilles d'entretien, ils traitent de l'impact des pôles sur l'encadrement, des difficultés éventuelles rencontrées par les cadres, de leurs relations avec leur encadrement ainsi que de leur place dans la structure et enfin des attentes des différents partenaires ainsi que de l'existence ou non d'un accompagnement des cadres de santé par le directeur des soins.

Les entretiens ont pu être réalisés dans de bonnes conditions, un climat de confiance ayant pu être instauré entre l'enquêteur et les personnes interviewées. Le thème de l'étude a fait l'objet d'un vif intérêt notamment auprès des cadres de santé, ces derniers ont en effet quasiment tous proposé de rester disponibles pour d'éventuels compléments d'enquête.

⁴⁹Cf Annexes 1 à 4

- **Analyse de documents institutionnels**

Pour compléter l'étude, nous avons analysé certains documents institutionnels en lien avec notre problématique. Il s'agit en particulier des contrats de pôles conclus entre la direction générale et les chefs de pôle. Nous avons également consulté les profils de poste des différents protagonistes de la chaîne managériale étudiée que sont les Cadres de Santé d'unité, les Cadres Supérieurs de Pôle ainsi les Directeurs des Soins. Nous avons procédé de la même manière pour les projets institutionnels parmi lesquels le projet d'établissement et le projet de soins. De plus, nous avons recherché les projets formalisés pouvant répondre à notre question de départ tels que l'existence d'un projet managérial, d'une charte managériale et tout support reflétant la politique managériale institutionnelle.

- **Observation de la dynamique managériale**

Dans le but de bien comprendre la dynamique managériale et les relations existantes entre les cadres, les cadres supérieurs et les directeurs des soins, nous avons saisi l'opportunité, durant notre stage réalisé au sein du CHU enquêté, de participer aux réunions d'équipe hebdomadaires de la Direction des Soins associant les cadres supérieurs et les directeurs des soins. Nous avons également participé à deux réunions d'équipe d'encadrement polaire dans deux pôles différents, un pôle clinique et un pôle médicotechnique.

- **Grille d'analyse :**

Une grille d'analyse a permis de regrouper les résultats obtenus auprès des différents interlocuteurs, issus du CH ou du CHU, autour des thématiques abordées successivement. L'objectif premier n'est pas de comparer les deux établissements, mais de mettre en lumière une situation managériale qui peut être pondérée par divers facteurs tels que, entre autres : la taille de l'établissement et la structuration de son organisation ainsi que le degré de maturation de l'organisation polaire.

2.1.6 Points forts et limites de l'enquête

Les points forts identifiés relèvent essentiellement de la grande disponibilité des personnes auditées et de la qualité des entretiens.

La réalisation d'entretiens sur notre terrain de stage a également contribué à faciliter leur réalisation en un temps restreint et à limiter les déplacements.

La limite essentielle de ce travail réside en sa limitation aux seuls établissements enquêtés. Les résultats de cette enquête constituent un exemple de la situation réelle de terrain constatée sur ces deux sites et ne sont pas généralisables en l'état. Il serait intéressant d'étendre l'étude à l'ensemble des établissements du territoire national afin d'avoir une cartographie exhaustive de la situation polaire.

2.2 Résultats de l'enquête

L'analyse des résultats des entretiens réalisés auprès des professionnels concernés s'articule autour des grandes thématiques suivantes :

- l'impact de l'organisation polaire sur les cadres de proximité : bénéfiques et limites
- les difficultés rencontrées par ces cadres
- la collaboration existante ou souhaitée entre le directeur des soins et les cadres soignants
- les attentes des cadres vis-à-vis de la direction des soins : pistes de réflexion d'un accompagnement souhaité.

L'analyse est illustrée des propos tenus par les professionnels.

Une synthèse reprenant l'essentiel des résultats et apportant des axes de réflexion relatifs à la question de départ est proposée en fin de chapitre.

2.2.1 Cadres de santé : des managers investis dans leur fonction - motivations et valeurs communes

Pour bien comprendre la motivation des cadres de santé, motivation qui selon Joseph NUTTIN, est « *l'aspect dynamique du comportement* »⁵⁰, nous les avons interrogés sur leurs motivations à devenir cadres de santé et sur le sens qu'ils donnent à leur travail actuel de cadre, leurs valeurs professionnelles. Ainsi, nous pouvons dire que les cadres de santé interrogés sont des professionnels investis dans leur fonction, nourrissant une forte motivation professionnelle, ils croient en ce qu'ils font et partagent pour la plupart d'entre eux des valeurs communes tournées vers le patient. Cependant, les entretiens sont teintés d'attente de leur part d'une possibilité d'exprimer et de faire reconnaître toute la mesure de leurs compétences.

⁵⁰ NUTTIN J., « Théorie de la motivation humaine, du besoin au projet d'action », Paris, éd. PUF, 1991, 383p

- **Motivations à devenir cadre de santé :**

Parmi les motivations évoquées, figure toujours l'envie de s'investir dans des projets constructifs. « *J'avais l'humble espoir de vouloir faire évoluer les choses dans la pratique* » souligne un cadre interrogé. Dans le même esprit, un autre cadre souligne que « *l'implication dans l'organisation de l'activité, la mise en place et la conduite de projets* » ont motivé son désir de devenir cadre. Un autre cadre exprime un besoin de s'impliquer plus dans la prise en charge transversale du patient : « *quand j'étais infirmière, je sentais comme un manque de ne pas avoir une vision globale de prise en charge des patients* », ainsi que dans le management d'équipe.

- **Conceptions de la fonction cadre :**

La contribution à l'amélioration de la prise en charge du patient ainsi que l'implication dans la gestion des hommes figurent parmi les axes premiers donnant du sens à la fonction cadre de l'ensemble des cadres interrogés. « *La prise en charge du patient est toujours ma ligne de conduite* » souligne un cadre. Ce dernier complète sa conception de la fonction : « *être cadre c'est aussi essayer de faire en sorte que les soignants soient dans les meilleures conditions, au moins en sécurité et c'est aussi de les prendre en charge de façon qualitative* ».

La participation à la gestion du bien public n'est évoquée qu'une fois par un cadre sensibilisé à la gestion financière, ayant eu une expérience dans le secteur privé, « *Je veux être un manager et un gestionnaire. Manager car il faut motiver les équipes et gestionnaire car on nous confie de l'argent public, ce sont nos impôts qui partent et il ne faut pas les gaspiller* ».

- **Evolution de la conception de la fonction cadre :**

La fonction cadre de santé a évolué progressivement depuis quelques années. Nous constatons que la mise en place de la nouvelle organisation en pôles d'activité n'a pas beaucoup d'impact sur la conception que les cadres ont de leur fonction. Ceux-ci évoquent en effet plutôt des évolutions dans l'appellation et le regard porté par le corps médical (de la « *susu, surnom qui perdure* », au cadre de santé).

Dans l'organisation actuelle, le cadre semble constituer le principal canal de communication institutionnel. Un cadre s'interroge sur l'afflux massif d'informations qui arrivent actuellement aux cadres sans être triées. Ce phénomène semble s'amplifier : « *je me demande ce que je fais de l'information, rien n'est trié.* » Il ajoute : « *Le cadre est un maillon indispensable, je le sens de plus en plus, dans l'organisation du CHU. On l'interpelle quel que soit la modification, l'information, tout passe par le cadre* ».

2.2.2 Impact de l'organisation polaire sur les cadres de proximité

L'impact de l'organisation polaire sur les cadres de proximité est, comme le souligne un DS interviewé, « *très variable selon le niveau de délégation accordé aux pôles. Le changement est très contexte-dépendant, tant humain qu'organisationnel* ». Les situations observées sur nos lieux d'investigation ont permis de confirmer cette affirmation.

- **Nouvelle organisation managériale induite par l'instauration des pôles :**

La nouvelle organisation interne des établissements de santé a effectivement fait bouger les lignes managériales.

Nous constatons après comparaison des organisations en place dans les deux établissements enquêtés bénéficiant d'une maturation polaire de degrés différents que deux facteurs sont essentiels à l'appropriation effective par les acteurs de ce changement organisationnel et culturel. Il s'agit tout d'abord du facteur temps mais également de la volonté des acteurs de s'engager dans la démarche. Un accompagnement institutionnel volontariste facilite le développement de cette maturation.

Cette nouvelle organisation hospitalière a induit une nouvelle trame managériale, née de « *la transformation de l'ancienne organisation pyramidale en une organisation matricielle* » selon un DS interviewé. « *On est passé d'un système triangulaire avec la direction générale (DG) à sa tête à un système matriciel où la DG est au centre du dispositif, en appui aux pôles au sein desquels ont émergé des collectifs cadres* ». Ces collectifs cadres sont coordonnés par des CSP, il s'agit de « *groupes soudés partageant des objectifs communs et ayant une même vision partagée* » Ainsi ce DS exprime l'évolution du sentiment d'appartenance des cadres, du fait de la mise en place des pôles, de l'institution vers le pôle. « *Ils sont partis d'un collège cadre, s'identifiant à l'institution, à un collectif cadre, tourné vers l'équipe polaire* ».

Selon ce DS, la nouvelle organisation dans son établissement se présente ainsi : « *actuellement, la direction générale et les directions fonctionnelles [parmi lesquelles figure la direction des soins] assurent un lien et une cohérence institutionnelle et les interlocuteurs que sont les cadres de pôles gèrent les cadres* ».

Le positionnement de la direction des soins est en phase d'évolution plus ou moins aboutie selon le degré de maturation du dispositif polaire des deux établissements enquêtés.

Historiquement, la direction des soins est passée d'un encadrement d'équipe, avec une hiérarchie pyramidale forte à un encadrement des soins infirmiers plus axé sur le parcours de soins du patient. Ce fut la création du service des soins infirmiers, de la Commission du Service de soins infirmiers (CSSI) puis de la Commission des Soins

Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT). Cet encadrement évolue progressivement vers un encadrement de type « conseil » assorti d'un positionnement plus stratégique du DS.

- **Bénéfices de l'organisation polaire :**

La mise en place des pôles d'activité cliniques et médico techniques a eu des impacts positifs structurants sur le terrain confirmés par les cadres interrogés.

- le sentiment d'appartenance au pôle

« *Le pôle représente le premier espace d'identification de référence d'appartenance* » selon les propos d'un DS interviewé.

Un point majeur mis en évidence est le renforcement du « sentiment d'appartenance au pôle ». Un DS interrogé pointe une évolution certaine dans les dynamiques cadres, les collectifs cadres nés au sein des pôles sont des « *groupes soudés partageant des objectifs communs et ayant une même vision partagée* ». Cette constatation est confirmée par les cadres interrogés. Le pôle permet des « *liens les uns avec les autres dans le pôle plus étroits avec une entraide plus facile, le pôle est cohérent, on a la chance d'être sur le même étage* ».

Dans le contexte actuel de crise, un cadre décrit le pôle comme « *une armée qui va se mettre en marche, où chacun a sa place et est reconnu en tant que tel avec des missions définies, avec une reconnaissance mutuelle du rôle de chacun* ». Il a la conviction que les évolutions en cours et le changement sont bénéfiques. Il « *trouve la loi HPST exemplaire car elle a fait bouger les lignes et on va d'avantage vers une reconnaissance des différents métiers* »

Un CSP interrogé positionne le développement du « *sentiment d'appartenance polaire au groupe cadre* » comme un point majeur parmi les bénéfices envers les cadres de la mise en place des pôles. Selon lui, « *le pôle est facilitant, mais c'est surtout de l'initiative du CSP et du médecin chef de pôle [...], c'est lui qui met ça en place.* » La politique managériale du CSP est axée sur le développement de ce sentiment. Il a un rôle prépondérant dans la dynamique interne des cadres et dans l'appropriation par les cadres d'une identification au pôle. Pour créer et développer un collectif cadre, le CSP renforce la structure de l'encadrement interne du pôle et organise des réunions régulières avec les cadres.

De façon générale, cette structuration managériale interne particulièrement bien instaurée au sein du CHU, qui bénéficie d'une grande antériorité polaire, emporte l'adhésion des cadres. Ceux-ci apprécient le fait que « *les CSP organisent des réunions et permettent de créer un collectif cadre au niveau du pôle et d'avoir le soutien de ses pairs* ».

Le CSP interrogé dans cet exemple instaure également au sein du pôle et à destination des cadres des « *clubs d'expression* » pour répondre à un « *besoin exprimé des cadres de parler et échanger de ce qu'on vit* », des difficultés comme des moments de joie. Ces moments sont accompagnés d'un repas pour favoriser la convivialité.

Parallèlement au développement généralisé d'une communication interne structurée au sein des pôles, nous avons constaté sur le CH enquêté une diminution des moments d'échanges à l'échelle institutionnelle. Un cadre de santé déplore la suppression de réunions plénières de cadres de santé, à l'échelle de l'institution, ainsi qu'une diminution du nombre de sollicitations institutionnelles permettant aux cadres de participer à des groupes de travail institutionnels. Il fait remarquer qu'il a « *plus d'informations de la part du CSP en réunion polaire des cadres que de la réunion institutionnelle mensuelle des cadres* ». Dans le même établissement, le DS constate que les cadres sont « *moins partie prenante dans l'établissement* ». On assiste à un éloignement entre les cadres de proximité et la direction des soins. Cet état de fait semble pourtant être ressenti comme une évolution négative de la part des deux protagonistes.

➤ la structuration de la communication interne :

Un des CSP du CHU interrogé nous décrit un dispositif interne au pôle de communication à plusieurs niveaux associant des espaces de formation interne et des espaces éthiques afin de permettre notamment la reconnaissance des cadres. Il cherche de plus à se rendre disponible autant que possible au-delà des réunions hebdomadaires d'encadrement de pôle et des réunions thématiques régulières. Les dernières réunions thématiques organisées par le CSP au sein du pôle avaient pour objet de réfléchir au « *socle des valeurs managériales de l'équipe d'encadrement pour définir la politique de management du pôle* ». Sa démarche bien que participative, induit une limitation de la réflexion à l'espace intra polaire. L'articulation aux valeurs managériales institutionnelles est ici sous la dépendance exclusive du CSP. Diverses initiatives polaires se développent en fonction des spécificités des besoins du pôle.

Toutes les pratiques managériales des CSP évoquées ne sont pas aussi participatives dans tous les pôles et à plusieurs reprises les cadres dénoncent une « *communication au sein du pôle très descendante* ».

➤ la mutualisation interne :

La possibilité offerte et encouragée de mutualisations au sein du pôle est également considérée par certains cadres interrogés comme un élément positif du nouveau dispositif organisationnel. Un cadre médicotechnique fait remarquer que l'organisation en pôle a

permis de décloisonner les services d'imagerie. Elle ajoute qu'« *on fait plus de choses en commun au sein du pôle, on travaille en transversalité, il y a plus de fluidité dans la gestion du personnel* ». Nous constatons cependant que la mutualisation a des limites. En effet, il convient de constater dans le CHU en particulier qui doit faire face à un plan de retour à l'équilibre (PRE) que la solidarité intra polaire ne suffit plus pour pallier l'absentéisme mais qu'une solidarité inter polaire est nécessaire, elle est préconisée par la Direction des Soins. Il en est de même dans le CH, où le DS interrogé souligne qu'en cas de difficulté d'un pôle, d'ordre financier ou dans la gestion des effectifs, « *il faut des vases communiquant entre pôles* »

- **limites de l'organisation polaire :***

Bien que spontanément, les personnes interrogées reconnaissent plus de bénéfices au dispositif polaire que d'inconvénients, certaines limites ont été évoquées.

- le facteur ayant déterminé la création du pôle :

La logique ayant présidé à la constitution du pôle peut être un facteur limitant. Ainsi, comme l'exprime spontanément un cadre par exemple, « *la logique d'organe peut aussi favoriser le cloisonnement des pôles, préjudiciable à la prise en charge des patients* ».

Les cadres sont amenés à "évoluer dans des logiques transversales (par exemple un pôle médico-chirurgical), ce qui peut « *représenter une opportunité pour les cadres, ils ont quelque chose de plus collectif, de plus complexe à gérer, mais la diversité d'acteurs dans les circuits de décisions peut être aussi à la source de plus d'injonctions contradictoires, sauf s'ils ont bien compris comment fonctionne l'hôpital et les exigences de chacun, dans des domaines divers tels que l' EPRD, la T2A, le PMSI, et qu'ils maîtrisent les outils de gestion*», comme le fait remarquer un DS. Et il poursuit qu' « *il faut qu'ils prennent toute leur place dans le dispositif* ». Cela requiert l'accès à une information pratique complète. Pour cela, une « *boite à outil du cadre moderne* » a été mise à disposition des cadres dans les deux établissements enquêtés. De même, un accompagnement dans la mise en place progressive du dispositif s'avère utile.

- l'étiquette allouée au pôle :

Une autre limite identifiée par les cadres est le caractère plus ou moins lucratif de l'activité réalisée par le pôle. La typologie de l'activité du pôle contribue à lui conférer une identité ne relevant pas forcément de l'élite institutionnelle ou le mettant de fait en situation de déficit chronique. Cette caractéristique risque de donner au pôle une teinte qui n'est pas forcément le reflet de son activité réelle. Cela peut engendrer un qualificatif à la source de différences entre les pôles non représentatif de la qualité de prise en charge effective des

patients. L'image renvoyée n'est pas forcément le reflet de la réalité et cela peut avoir un impact sur le personnel du pôle.

➤ des cadres « sous dépendance » ou le règne du CSP :

Nous avons constaté que la nouvelle structuration polaire propulse le cadre supérieur de pôle à la tête d'une organisation qu'il a libre cours de mettre en place pour décliner sa politique managériale. Son champ d'intervention et sa marge d'autonomie lui sont conférées par le chef de pôle et par le contrat de pôle signé entre le chef de pôle et la direction.

Dans les deux établissements enquêtés, le CSP a autorité sur l'ensemble du personnel non médical. Dans le CHU en particulier, ayant une antériorité de douze ans dans la mise en place des pôles, les CSP jouissent d'une plus grande autonomie de gestion des ressources humaines et notamment dans la gestion des cadres de santé.

Une contractualisation interne entre les pôles et la direction est en cours de réactualisation dans le CHU, elle n'est pas encore effective dans le CH. L'évolution de la contractualisation dans le CHU tend à une plus large autonomie conférée aux pôles. La version V2 des contrats de pôles se déploie progressivement. Cependant, malgré cela, un médecin chef de pôle interrogé souhaiterait « *avoir une vraie délégation de gestion* ». En effet, il relate une décision prise récemment par la DRH et la DS concernant des personnels prochainement affectés au pôle et qui relève plus d'un compromis que d'un choix effectif du pôle. Nous tenons à préciser par ailleurs que cet établissement est sous le joug d'un PRE. Malgré son souhait d'avoir plus d'autonomie de gestion, le chef de pôle affirme « *je ne sais pas jusqu'où il faut aller. On est dans une situation transitoire, il faut voir comment ça évolue. On peut aller très loin mais il faut les moyens. Il ne faut pas demander aux médecins de faire de la gestion technique, on ferait moins bien que des professionnels* »

Les remarques spontanées de ce chef de pôle ont été recueillies lors d'un entretien réalisé au sortir d'une session de formation de chef de pôle. Elles permettent de mettre en lumière un point d'inquiétude du chef de pôle relatif à sa compétence au regard de sa mission et la nécessité d'être entouré au sein du pôle de professionnels compétents et en nombre suffisant. Un autre point d'inquiétude concerne les relations médicales de pouvoir intra polaires renforcées par la caractéristique universitaire de l'institution et générées par la non suppression effective des chefs de service lors de la constitution des pôles. Il déplore le fait que « *on a créé une strate supplémentaire, on a ajouté le pôle aux services. Les deux se superposent, on ne sait plus qui prend les décisions* ».

Concernant la direction du pôle, ce dernier déclare que dans son pôle « *il y a délégation de l'autorité du chef de pôle au CSP. Elle a une place centrale à côté du chef de pôle. Et*

la gestion des ressources humaines des CSP c'est monstrueux ». Il lui reconnaît une compétence avérée conférée par une formation spécialisée dont les médecins ne bénéficient pas malgré la formation qui leur est proposée. Il a toute confiance en elle et ils travaillent en étroite collaboration, se rendant tous les deux disponibles autant que de besoin. Ses relations avec les cadres de santé sont plus éloignées, elles relèvent entièrement du CSP.

Ainsi, dans le domaine de la gestion des RH, la prise de fonction d'un nouveau cadre est pilotée par le CSP, ce dernier ayant la possibilité de lui permettre d'avoir recours ou non au dispositif de tutorat proposé par la direction des soins. L'autonomie laissée au pôle pour l'organisation de la prise de poste d'un cadre nouvellement recruté sur le pôle peut constituer un inconvénient si un tutorat n'est pas organisé, comme le fait remarquer un cadre de santé. La mise en place d'un accompagnement institutionnel proposé, quel que soit le pôle, par la direction des soins est plébiscitée par les cadres.

Il semble que le message de disponibilité transmis par certains CSP aux nouveaux cadres prenant leur fonction ne soit pas toujours suivi d'effet. Certains cadres dénoncent le fait que « *le CSP n'est pas toujours disponible, tout transite par la secrétaire qui filtre les demandes* ». La relation existante au sein du pôle entre le CSP et l'équipe des cadres de proximité ne correspond pas toujours à la projection faite par le CSP.

Certains cadres ont « *l'impression qu'il y a plus de contraintes issues du CSP que de la Direction des Soins* ». Ce qui leur semble « *normal, puisque chaque CSP s'approprie à sa façon les consignes institutionnelles* ». On peut ainsi dire que le CSP filtre les orientations institutionnelles pour les adapter aux priorités du pôle. Le CSP « *fait son marché* » en fonction des intérêts du pôle. Ce qui, pour un cadre interrogé « *ne présente pas de problème en soi tant qu'il y a la confiance du CSP* », mais qui représente néanmoins une interprétation de la politique institutionnelle. Lors d'échanges avec des collègues d'autres pôles, les cadres se rendent compte des inégalités existantes dans le management conduit par les différents CSP. Le sentiment transmis par certains cadres est que l'écart entre les pôles a tendance à s'amplifier en parallèle avec le développement de l'assise du CSP au sein du pôle.

De plus, le fait exprimé par certains cadres qu'il y ait « *trop de différences dans les exigences des CSP, [et que] les missions des cadres de santé diffèrent selon les CSP est un inconvénient majeur pour la mobilité* » des cadres. Cela risque par conséquent d'entraver l'évolution de leur parcours professionnel.

De même, le fait que cette différence dans le management des CSP puisse avoir un impact sur le degré d'autonomie accordé aux cadres est ressenti par ces derniers comme un facteur essentiel limitant leur épanouissement professionnel. « *L'autonomie du cadre, c'est important, c'est le poumon qui nous permet de nous épanouir* ». Ainsi, cet élément peut constituer un frein effectif à la mobilisation des cadres dans la mise en œuvre notamment des projets institutionnels, du projet de soins en particulier et une limitation à la dynamique managériale d'accompagnement du changement auprès des équipes.

L'autonomie conférée aux pôles dans la gestion du personnel d'encadrement induit des divergences dans leur parcours professionnel.

Il n'existe plus une seule ligne de conduite insufflée par la direction des soins dans une logique commune à l'institution, mais des logiques polaires plus ou moins empruntées des orientations institutionnelles. Cela vient nuancer la déclinaison de la politique managériale de l'établissement.

➤ le risque de balkanisation :

Le risque du développement d'une identité managériale polaire forte réside en une déconnexion du management polaire du reste de l'institution, vers un isolement du pôle. Ce dernier évolue alors en électron libre, centré sur ses axes prioritaires spécifiques et exclusifs. Ce risque est évoqué par certains cadres, il a été présenté par un cadre comme étant à double tranchant : « *les pôles peuvent faire en sorte de se verrouiller et l'établissement peut se décharger sur les pôles* ». Cette remarque reflète une inquiétude de l'encadrement plus qu'une réalité de terrain. Elle sous-entend également un souhait de maintenir une ouverture vers l'institution et un accompagnement polaire de la direction.

L'ensemble des acteurs interrogés est sensibilisé à ce risque. Un CSP évoque sa volonté de veiller à ce que le pôle n'évolue pas vers une balkanisation. Pour cela, il essaie de maintenir un équilibre entre le développement d'une identité managériale polaire et l'ouverture du pôle à l'institution et aux autres pôles. Il organise au sein du pôle un maillage communicationnel développé axé sur le développement d'une identité polaire forte. Il nous rend cependant attentif au fait qu'il doit « *rester vigilant à ne pas s'enfermer trop là-dedans, sinon c'est la balkanisation* ». Afin de prévenir la balkanisation du pôle et parce qu' « *avant l'équipe était très renfermée* » il organise des réunions plénières tous les deux mois avec un autre CSP et son équipe de cadres, se déplaçant sur l'autre pôle

➤ le « miroir aux alouettes » :

Un cadre évoque le fait que l'organisation en pôle ne soit optimale qu'en façade, mais qu'en réalité on ne fasse que « *déplacer les querelles de clocher* ».

Dans le même esprit, la possibilité évoquée par un DS interviewé de développer l'émulation entre pôles revêt parfois un aspect purement concurrentiel, bien qu'il ne soit pas affiché en tant que tel. La solidarité inter polaire, par exemple, dans des situations d'absentéisme ponctuel aigu n'a pas été observée, elle n'est pas spontanée et elle nécessite l'intervention de la direction des soins.

2.2.3 Evolution des attentes envers les cadres de santé

Dans un contexte environnemental en évolution, nous avons demandé aux partenaires professionnels des cadres de proximité (CSP, chefs de pôle et DS) quelles sont leurs attentes envers ces cadres et leur évolution éventuelle. Nous avons formulé la même demande aux cadres concernés.

Ainsi, les CSP interrogés, principaux gestionnaires des cadres de proximité, attendent essentiellement des cadres une efficacité d'organisation et une collaboration étroite avec leurs pairs et avec le CSP. Un CSP interrogé ajoute qu'il demande également du cadre une prise de position affirmée. *« J'attends que le cadre ose se positionner par rapport à l'équipe, par rapport à un cap, à des valeurs et aussi par rapport et avec les médecins »*. L'évolution de ses attentes vis-à-vis du cadre est principalement axée sur un besoin plus important de retour d'information du climat effectif dans l'équipe. Cela s'explique particulièrement en période de changement organisationnel et de souhait du CSP d'accompagner ce changement ainsi que de conforter le positionnement du cadre. Il précise effectivement *« j'ai de plus en plus une attente en terme d'écoute, d'attention à ce qui se vit dans l'équipe et pas seulement l'organisation du quotidien. C'est aussi pour qu'il sache mieux s'adapter. J'y crois beaucoup. »*. La qualité de la relation de travail est recherchée dans ce pôle.

Les chefs de pôle interviewés précisent ne pas travailler en lien direct avec les cadres de proximité, ceux-ci travaillant en étroite collaboration avec les CSP. Un chef de pôle interrogé précise néanmoins qu'il souhaite *« qu'ils m'accompagnent dans la mise en œuvre du projet de pôle »*. Par ailleurs, il exprime des attentes fortes envers le CSP qui a pour lui *« une place centrale à côté du chef de pôle »*.

Pour les DS, les cadres sont les acteurs incontournables de l'organisation des soins. Dans le contexte hospitalier en évolution, ils doivent garder un positionnement d'ouverture à l'institution, ne pas dériver vers un enfermement polaire et avoir bien compris comment fonctionne l'hôpital aujourd'hui et quelles sont les exigences de chacun.

Un DS interrogé illustre cette affirmation par ces propos : « les cadres restent et demeurent les piliers centraux des équipes soignantes ». Le cadre doit être « *le régulateur, l'interface entre les différents logiques, celui qui fait du lien* ». De plus, malgré l'organisation polaire, « *les cadres doivent conserver une part de vision institutionnelle. Cette double vision, polaire et institutionnelle leur permet de rester dans une dynamique de changements. Elle leur permet de conserver un ancrage institutionnel qui est un des garants de toute dérive inclusive, repliée sur elle-même. Il est important que le cadre garde cette vision car les contours des pôles peuvent être redimensionnés et le modèle hospitalier d'aujourd'hui a vocation à évoluer.* ». Un autre DS complète ces propos en affirmant que « *c'est une opportunité pour les cadres que d'évoluer dans une structure plus collective, plus complexe à gérer avec une diversité d'acteurs et peut-être plus d'injonctions contradictoires sauf s'ils ont bien compris comment fonctionne l'hôpital et les exigences de chacun. Il faut qu'ils prennent toute leur place dans le dispositif* ».

Les compétences attendues des cadres de santé sont formalisées sur des profils de poste qui leur sont remis par le CSP. Elles sont évaluées annuellement lors d'entretiens d'évaluation de réalisation des objectifs. Ces attentes, formalisées de façon plus générale dans le référentiel métier de cadre de santé responsable d'unité, sont également transmises à l'I.F.C.S. afin de préparer les futurs cadres à répondre efficacement aux attentes du terrain.

Elles relèvent de deux domaines de compétences, celles centrées sur leur cœur de métier, à savoir l'organisation de la prise en charge des patients et l'acquisition de méthodes de management utilisant des outils modernes. Comme l'illustre un DS du CH interrogé sur la question : « *La plus-value du cadre de santé est le socle métier. Il faut un socle métier fort sinon je mets un manager. Ensuite, il doit acquérir des méthodes de management, d'animateur. Le cadre de proximité n'a pas besoin d'être un spécialiste de gestion financière. Il doit plutôt être dans l'analyse et la réflexion professionnelle relative à la prise en charge des patients, dans le chemin clinique. Sa plus-value est d'aider à comprendre ce qui se passe dans le service*».

Ainsi, nous pouvons dire que le cadre de santé de proximité détient toutes les informations utiles et nécessaires au pilotage de la politique des soins. Il en est également l'un des principaux opérateurs.

2.2.4 Pistes de réflexion d'un accompagnement souhaité dans un contexte polaire

- **Attentes des cadres vis-à-vis de la direction des soins :**

De façon générale, les cadres de proximité interrogés expriment des attentes plus fortes envers les DS que les CSP. Cela s'explique sans doute par le fait que ces derniers ont, du fait de la mise en place des pôles, vécu un éloignement de la direction des soins ainsi qu'un sentiment de dépendance vis-à-vis des CSP, alors que les CSP vivent un rapprochement induit par leur positionnement plus stratégique au sein de l'institution. Les CSP interrogés aspirent à plus d'autonomie tout en souhaitant conserver leurs deux points d'ancrage que sont d'une part le chef de pôle et d'autre part le DS.

Un des principaux attendus des cadres de proximité vis-à-vis de la direction des soins réside en la communication transparente et entière, non filtrée par les CSP, des grandes orientations institutionnelles. Un cadre exprime que la DS « *doit pouvoir être là pour faire passer des messages lors de la mise en place de changements, dans les nouvelles organisations. Il faut une explication directe pour qu'il n'y ait pas de filtre, le CSP n'est pas forcément d'accord. Ses raisons sont légitimes ou pas. La communication directe permet une transparence.* »

Un autre aspect particulièrement apprécié des cadres de proximité est d'être connus, reconnus et accompagnés par la direction des soins, même si, au niveau du CHU en particulier leur recrutement au sein du pôle est effectué par le CSP et non le DS et si celui-ci peut influencer l'accès à la possibilité d'un accompagnement institutionnel. La direction des soins propose d'accompagner leur projet professionnel, de la préparation des futurs cadres à l'intégration des cadres nouvellement recrutés en passant par la construction de leur parcours professionnel grâce à l'encouragement d'une mobilité interne et jusqu'à leur accompagnement vers la promotion professionnelle. Ils ont le sentiment d'avoir une existence professionnelle qui dépasse les frontières du pôle. Un cadre témoigne : « *Ce que je trouve très agréable, c'est que les DS nous connaissent. C'est valorisant. Et cela permet de moduler la demande pour des sollicitations ultérieures* ». Un autre cadre ajoute qu'il apprécie le lien qui s'est créé depuis qu'il s'est investi dans l'institution et la simplicité de la relation qui s'est installée dans le temps.

Une relation de confiance entre les cadres et les DS émerge des différents entretiens.

Ainsi, un cadre témoigne : « *j'ai été agréablement surpris de leur disponibilité, on sent un intérêt marqué pour les gens, une attention profonde, ce n'est pas une façade.* »

La direction des soins est également perçue comme une ressource, un appui potentiel en cas de conflit entre le cadre et le corps médical ou entre le cadre et le CSP. Il sert alors de médiateur. Un cadre ajoute que « *la fiche de poste qui définit les missions du cadre de santé peut-être un rappel à la loi pour certains médecins.* »

Spontanément, un autre cadre exprime son point de vue sur la question : « les DS ont autre chose à faire que de s'occuper du quotidien des cadres, cela dépend aussi de la taille de l'établissement. » Il est certain que la taille de l'établissement conditionne fortement le niveau des relations possibles avec l'encadrement de proximité. Cependant, une accessibilité aisée des cadres de proximité à la direction des soins, sans obligation de passer par le CSP est un choix politique de l'établissement, indépendant de sa taille.

Les cadres interrogés reconnaissent en la direction des soins un leader qui porte à l'échelle institutionnelle l'image des soignants. Il contribue à faire reconnaître leur identité professionnelle. Ainsi, un cadre interrogé affirme que « *pour nous, la DS c'est important. Il faut faire reconnaître notre identité professionnelle. Le DS porte notre parole. Les équipes actuellement sont plus tournées vers la hiérarchie médicale. Il est important d'avoir une direction des soins forte car les soins sont au cœur de l'hôpital.* » Il ajoute avoir l'impression « *qu'actuellement on connaît moins la DS* ». Elle gagnerait à venir ponctuellement, pourquoi pas, sur les pôles. Cela contrebalancerait « *les filtres des CSP.* » Dans la pratique, le DS intervient peu dans les pôles. Il s'y déplace en général par rapport à une problématique polaire ponctuelle devant faire l'objet d'un réajustement ou d'un accompagnement. Sa venue sur le terrain est plus appréciée par les cadres de proximité que par les CSP.

- **L'accompagnement du pôle**

Pour un DS interviewé, « *Je me considère comme un soutien, un appui aux pôles. Nous sommes là pour les aider à atteindre leur maturité tout en préservant les grands équilibres institutionnels afin que les pôles vivent bien dans l'institution et ne soient pas des chapelles* ». La direction des soins est porteuse des projets, des normes, des obligations, des orientations institutionnelles. Elle permet le lien inter polaire nécessaire pour que l'institution puisse répondre à ses missions auprès des patients. La direction des soins a, d'après lui, « *ce rôle d'accompagnement permanent vers l'autonomie, pour les aider à grandir* ».

Dans les deux établissements enquêtés, l'équipe des CSP est considérée comme faisant partie de la direction des soins. Des réunions régulières sont organisées entre les CSP et la direction des soins afin de travailler en lien étroit. Ces réunions sont mensuelles dans le CH et hebdomadaires dans le CHU. Des réunions plénières avec l'ensemble des cadres de santé traitant d'informations générales de la vie de l'institution ainsi que de présentations de projets développés par les pôles sont prévues à échéance régulière souvent espacées de plusieurs mois. Les cadres sont associés aux instances et aux groupes de travail institutionnels.

- L'accompagnement des cadres

Une relation étroite entre la direction des soins et les cadres de proximité est le préalable à une bonne connaissance pour le DS de la réalité du terrain et de la qualité de prise en charge des patients. C'est une valeur ajoutée à l'étroite collaboration entre le DS et les CSP induite par la mise en place des pôles. Une DS interviewée affirme : « *Je conçois ma relation avec les cadres comme autant d'opportunités, de liens avec le terrain pour conserver une part importante d'opérationnalité du DS* ». Cette relation est perfectible étant donné le nombre important de cadres dans la structure. Cependant, il paraît utile pour le DS d'avoir cette approche. « *Le fait de garder une écoute attentive vis-à-vis des cadres et des équipes permet d'intervenir efficacement quand la situation nécessite un regard du DS* ». Il est important de se tenir disponible, voire de se déplacer dans les pôles.

Cette relation souhaitée à la fois par les cadres de proximité et par les DS interviewés, est le vecteur d'un accompagnement du cadre.

Cet accompagnement peut s'opérer à différentes étapes de son parcours professionnel.

Il est initié déjà au moment de la détection des potentiels cadres. Le DS, de par son leadership, sa volonté de motiver, d'encourager les parcours professionnels qualifiants, de faire grandir les équipes, va impulser une dynamique constructive.

Puis, cet accompagnement devient un axe pérenne du DS tout au long du parcours professionnel des cadres. « *le DS donne un cap, il décline la politique de l'établissement. Tout échange, tout entretien, toute rencontre peut être un accompagnement. Le DS ne peut pas fonctionner sans se soucier de leur cheminement.* » confirme une DS. Elle ajoute une dimension éthique incontournable aux missions du DS : « *ce ne serait pas éthique de délaisser cette mission d'accompagnement. Le cadre est avant tout un homme ou une femme de l'institution et même si les institutions nous transcendent, le rôle du DS est aussi de faire grandir les hommes qui sont à ses côtés* ».

« *L'accompagnement vise aussi à ne pas laisser des cadres sur le bord de la route. Les parcours professionnels sont parfois semés d'embuche et le DS se doit de les accompagner pour qu'ils puissent trouver un équilibre entre ce qu'ils peuvent apporter à l'institution et leur satisfaction personnelle* ». Sur les deux sites enquêtés, les DS n'interviennent dans les pôles qu'en cas de problème avéré ou à la demande d'un cadre. Ils ont le souci d'un encadrement à la fois performant et satisfait de sa situation. La politique managériale particulièrement active au sein du CHU est une opportunité pour les cadres de santé. Elle implique l'ensemble des cadres hospitaliers paramédicaux, techniques, administratifs et médicaux. La direction des soins travaille en étroite collaboration avec la DRH pour proposer aux cadres des actions de formation structurées en fonction de leurs attentes et de leurs besoins ainsi que l'organisation de séminaires

permettant des échanges. Cette dynamique entraîne l'équipe managériale soignante dans une mouvance institutionnelle propice à leur épanouissement et favorisant le développement d'un esprit d'équipe dépassant le pôle, un esprit d'appartenance à l'institution. Les liens créés augurent le décloisonnement.

L'accompagnement des cadres se traduit également par la définition d' « *un périmètre de responsabilité qui soit gérable, deux unités au maximum, avec des objectifs réalistes et réalisables* » souligne une DS. La définition de ces facteurs relève de la DS dans le CH et peut être discuté avec le CSP dans le CHU à plus grande antériorité polaire. Elle ajoute que « tous les moyens de créer des liens entre cadres, tels les groupes d'analyse de pratique » représentent autant d'actes d'accompagnement, « *il faut créer un climat de confiance, permettre le tutorat entre les anciens et les nouveaux cadres et un compagnonnage avec le CSP, des plans d'intégration et des évaluations régulières* ».

2.3 Synthèse et réponse à la question de départ

Pour répondre à notre questionnement relatif à l'intervention du DS dans l'accompagnement de l'encadrement de proximité, nous mettons en relation le cadre contextuel observé lié à l'organisation en pôles d'activité et l'évolution de la situation des cadres de santé au sein de la structure ainsi que du positionnement plus distancié et plus stratégique du DS.

Les situations observées dans les deux établissements enquêtés et les entretiens réalisés auprès des acteurs du système de santé nous permettent de constater que la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière se déploie à des rythmes différents selon le contexte et selon les choix politiques des établissements qui tiennent compte des potentialités de terrain. Le facteur humain est essentiel. Les acteurs doivent s'approprier le changement pour pouvoir le porter et le promouvoir à leur tour.

C'est pourquoi, le degré de maturation polaire varie selon l'établissement. Les situations diffèrent les unes des autres et la politique managériale du DS doit intégrer ces particularités en tenant compte également de la taille de l'établissement.

Quoi qu'il en soit, cette enquête permet de conforter l'idée que **l'accompagnement des cadres de santé de proximité fait encore et plus que jamais partie des missions du Directeur des Soins.**

Cet accompagnement est d'autant plus utile que la nouvelle organisation polaire a mis de la distance entre les deux protagonistes et que le rôle du DS a évolué vers un

positionnement plus stratégique et transversal. Cet accompagnement répond aux attentes des cadres de proximité et permet de conforter une **gestion managériale institutionnelle.**

L'accompagnement se doit d'inclure l'acteur incontournable de la nouvelle structuration hospitalière : le Cadre Supérieur de Pôle, encore appelé Cadre Coordonnateur de Pôle.

Cet accompagnement doit aider les cadres à trouver de nouveaux repères au sein des pôles et dans l'institution, à conserver une double vision polaire et institutionnelle afin de permettre notamment une mobilité et une ouverture aux futures évolutions potentielles, qu'elles soient personnelles ou structurelles.

Cet accompagnement est basé sur une communication transparente et entière, sans filtre, contribuant à maintenir un climat de confiance entre les cadres et la direction des soins. Une « juste distance » du DS, pondérée par une relative disponibilité, permet de maintenir l'autonomie polaire.

Le DS a un rôle reconnu dans la définition d'une politique commune de gestion des cadres. Il doit néanmoins la faire connaître de tous.

En effet, il est important que les rôles de chacun soient définis et communiqués à tous les intervenants dans la chaîne managériale, au corps médical également. La direction des soins gagne à faire connaître sa qualité de ressource institutionnelle dans le respect des organisations polaires.

3 Propositions pour optimiser le management de l'encadrement de proximité

Un préalable incontournable à la qualité de la relation entre la direction des soins et l'encadrement soignant est la relation de confiance nécessaire à toute collaboration efficace. Le DS gagnera la confiance de l'équipe d'encadrement grâce à un positionnement ancré sur des valeurs partagées et l'entretiendra par une communication transparente.

Dans une nouvelle dynamique partenariale avec les pôles, le DS définira une politique d'accompagnement des cadres qui, au-delà d'un simple renforcement des compétences managériales, leur permettra de gagner en autonomie, de développer leur confiance en soi et d'augmenter leur niveau de performance.

Le positionnement transversal du DS permettra de renforcer le sentiment d'appartenance des cadres à l'institution en favorisant une dynamique positive inter polaire de l'encadrement soignant.

3.1 Nouvelle stratégie managériale : vers un management durable

La stratégie managériale du DS, dans le contexte évolutif des établissements de santé, s'inscrit naturellement dans une dynamique positive tournée vers l'avenir et respectueuse de l'environnement notamment social.

Ainsi, nous pouvons dire qu'elle s'inscrit dans une logique de management durable qui consiste à réaffirmer l'humain au cœur des organisations de soins.

Pour s'inscrire dans la durée, le management durable doit s'inscrire dans une dynamique institutionnelle avec une déclinaison opérationnelle. Chacun doit retrouver un sens à l'action.

En effet, il est nécessaire de construire une organisation respectueuse des hommes qui permette leur épanouissement notamment par le développement de lieux d'échanges sur le travail et des actions qui permettent de redonner du sens à leur quotidien.

Il nous paraît important de porter une attention particulière à la qualité de vie au travail. Cette dimension est souvent oubliée dans un environnement où les pressions perpétuelles dominent le quotidien. Or cette enquête a fait émerger ce besoin des cadres de santé. Ces derniers, bien qu'investis dans leur travail, n'expriment pas de joie de vivre

et ressentent un besoin d'autonomie, d'épanouissement, de valorisation de leur travail, d'écoute, d'échanges, de communication, d'ouverture.

3.1.1 Charte de management éthique : pour une bientraitance managériale

- La charte de management éthique : un outil fédérateur

Après avoir effectué un travail de clarification des missions ainsi que des positionnements de chacun au sein des nouvelles organisations, il nous semble important de fédérer le groupe managérial autour de valeurs communes et partagées de tous.

Les cadres ont besoin de donner du sens à leurs actions et de les inscrire dans des valeurs partagées. L'identification de ces valeurs communes peut faire l'objet d'une réflexion collégiale. Le fruit de cette réflexion induit l'écriture d'une charte managériale.

Celle-ci représente le noyau, le cœur de toute action, ce qui ne peut être ignoré ou malmené. Elle est transmise aux jeunes cadres et portée par les anciens. Elle peut constituer un point d'ancrage en période de turbulence.

L'enquête montre à quel point la dimension éthique est prégnante en établissement de santé. Les cadres de santé enquêtés, en particulier, ont tous mis en avant leurs valeurs fondamentales, celles qui les ont conduits à choisir le métier de cadre. Ces valeurs sont parfois malmenées par des pressions diverses et les cadres éprouvent le besoin de réaffirmer ces valeurs, de mettre en cohérence et de donner du sens à l'action. La charte managériale en est le support.

Nous nous sommes interrogés sur l'évolution des valeurs dans la fonction publique hospitalière. Nous avons constaté qu'il y avait unanimité pour reconnaître l'existence auprès des cadres de santé de valeurs en lien avec la qualité de la prestation offerte au patient, la permanence des soins et de façon plus générale la confrontation aux difficultés des citoyens. Deux logiques s'affrontent aujourd'hui dans nos établissements: celle des pouvoirs publics centrée sur une recherche d'efficacité et celle des cadres de santé très attachés à la qualité du service et au « prendre soin ». Ceci bien sûr dans un contexte d'exigences accrues (culture du résultat, consumérisme et instabilité des besoins des citoyens) avec des ressources qui évoluent à la baisse. On voit apparaître des tensions qui peuvent générer de la souffrance au travail. On remarque une augmentation de l'épuisement professionnel chez les plus engagés. Le retour aux valeurs est essentiel. C'est sur des valeurs qu'on fonde une politique. *« Il faut rester debout sur nos fondamentaux en période de vent fort »*.⁵¹ Il convient de travailler par projet dans un esprit d'appartenance et dans le souci d'une communication transparente.

⁵¹ LACROIX D, Directrice CH de MEULAN les MUREAUX, extrait de la visio-conférence « Table ronde sur les valeurs de service public », EHESP, 4 juillet 2012

- La bientraitance managériale :

Nous avons constaté lors de notre enquête des contraintes lourdes pesant sur les cadres qui dépassent largement l'impact de l'organisation polaire. Ce malaise déjà objectivé par la mission de Mme de SINGLY et souvent relaté dans la presse professionnelle semble continuer à s'intensifier. « Un malaise croissant et des conditions contraignantes voient émerger un mal être et une souffrance au travail, générant la démotivation des personnels »⁵²

Est-il possible, dans un environnement contraint, d'allier bien-être et productivité, exigences managériales et épanouissement individuel ?

C'est bien là le défi du déploiement par le DS d'une politique managériale d'avantage centrée sur l'humain, une politique de « bientraitance managériale » favorisant l'écoute, respectueuse de l'autre, et s'inscrivant dans une relation partagée. Les qualités « éthiques » du manager « bientraitant » sont, selon Muel KAPSTEIN, professeur en déontologie et gestion de l'intégrité :

- l'authenticité : il sait pourquoi il agit,
- la fiabilité : il respecte ses engagements,
- la constructivité : il est responsable, il sait rendre compte de ses actes et il accepte de se remettre en question.⁵³

Le management « bientraitant » s'appuie sur le respect de la personne et le souci de son bien-être au travail, sur une écoute et une communication de qualité, sur le partage de valeurs communes, le développement de pratiques réflexives managériales et le décroïsonnement.

Les enjeux de cette nouvelle approche managériale sont considérables.

Nous avons pu constater que développer la motivation et le bien-être des cadres était notamment source de productivité. Il est vrai que « *dans le discours commun, le bien-être au travail est source de productivité, de fidélité à l'organisation, d'engagement et d'harmonie. Il s'agit d'une relation dans laquelle sont gagnants : le collaborateur, le management, l'organisation et le public client.* »⁵⁴

⁵² HARROUE S, cadre de santé CH CREIL, Revue « Soins cadres » n°83, aout 2012, p27

⁵³ BECU S, « Bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital », Revue Soins Cadres, n°83, aout 2012, p14

⁵⁴ BOUSSUGUE B, coach consultant formateur, Revue « Soins cadres » n°83, aout 2012, p20

3.1.2 Politique de communication basée sur la transparence :

La qualité de la relation est au cœur de l'accompagnement des cadres par le DS. Cette relation dépend en partie du positionnement et de l'attitude du DS, de son leadership, et de la déclinaison de sa politique managériale, l'animation et la coordination des cadres et des CSP et la qualité de sa communication.

Dans la nouvelle organisation hospitalière, un juste positionnement du DS, à « bonne distance » des différents acteurs est gage d'un management efficace. Les cadres de santé de proximité, gérés par le CSP au sein du pôle, relèvent d'un accompagnement transversal assuré par le DS dans un souci de cohésion institutionnelle et afin de promouvoir une mobilité interne et de permettre l'épanouissement de chacun.

L'organisation d'espaces de communications par le DS, à différents niveaux opérationnels, permet d'en garantir la neutralité. Les cadres de santé enquêtés expriment le besoin d'avoir une information transparente émanant directement de la direction des soins, sans filtre de la part du CSP. Bien que la communication semble particulièrement bien organisée au sein des pôles enquêtés, une communication émanant directement du DS donne une autre dimension à l'information. L'animation de l'équipe des cadres de proximité ne relève pas uniquement des CSP.

M.YAHIEL et D. TOUPILLIER recommandent notamment dans leur rapport ministériel relatif à la modernisation des RH dans les établissements publics de santé de « *donner au directeur des soins les leviers d'action nécessaires pour animer et coordonner les cadres supérieurs et les cadres de santé, pour développer la politique de qualité et de sécurité des soins et promouvoir le programme d'actions relatif au projet de soins et aux innovations dans le domaine paramédical en lien avec la président de la CME, les chefs de pôles et le directeur des ressources humaines* »⁵⁵.

L'animation et la coordination des CSP et des cadres de proximité par le DS répondent également, comme nous l'avons mis en évidence lors de nos entretiens, à une demande des cadres de proximité.

⁵⁵TOUPILLIER D., YAHIEL M., Rapport sur « La politique de modernisation des Ressources Humaines dans les établissements hospitaliers », PARIS, 24 janvier 2011, Recommandation 8

3.1.3 Instauration d'une relation de partenariat interne avec les pôles :

Dans un contexte de décentralisation, la relation du DS vis-à-vis des pôles évolue simultanément à l'évolution de leur degré d'autonomie.

Parallèlement à la politique d'accompagnement des cadres de santé de proximité par le DS, une nouvelle relation de type partenariale interne entre le DS et la direction du pôle, dont fait partie le CSP, peut émerger dans les structures à forte antériorité polaire. Cela signifie que chaque acteur relativise son approche personnelle dans une approche globale.

En effet, outre la participation du Coordonnateur général des soins à la contractualisation polaire par le biais du contrat de pôle, l'état d'esprit dans lequel s'effectue leur collaboration évolue. Cette enquête a mis en évidence le fait que les CSP en particulier sont de plus en plus centrés sur l'atteinte des objectifs du pôle, ils évoluent dans une logique polaire, parfois déconnectée des attentes institutionnelles.

Ainsi, si nous considérons le pôle selon une approche systémique des organisations, comme un système composé de sous systèmes, alors nous pouvons considérer le pôle comme un espace de travail dans lequel interagissent plusieurs logiques. Le management partenarial au sein du pôle peut être, selon la dynamique interne, soit « contraint », c'est-à-dire induit par la nécessité de mutualiser les moyens et produire des compétences collectives soit « librement consenti », c'est-à-dire basé sur la volonté de construire ensemble pour répondre à une obligation de terrain.⁵⁶

De même, nous pouvons considérer le pôle comme un système en interaction avec les autres systèmes de l'institution. C'est à ce niveau que la direction des soins peut offrir une relation partenariale interne, notamment par une évolution vers un management partenarial avec les CSP autour de projets communs.

Selon Roland FONTENEAU, « *la dynamique interactive de toute organisation favorise le travail sur la bonne distance nécessaire à son équilibre [...] Ainsi, on peut dire qu'une organisation qui dysfonctionne est une organisation dont les éléments ont perdu ou n'ont pas trouvé la bonne distance afin de réguler leurs actions au quotidien.* »⁵⁷

⁵⁶ FONTENEAU R, maître de conférences en sciences de l'éducation, TOURS, séminaire national des chefs de services, « Développer le partenariat dans le médico-social », CREIL, 16-17 septembre 2010

⁵⁷ Idem, « L'accompagnement partenarial interne aux institutions », 12 juillet 2010

3.2 Déploiement d'une politique de développement des compétences

Inscrits au sein du projet de formation institutionnel, deux axes complémentaires nous semblent utiles au développement des compétences des cadres de santé :

3.2.1 Renforcement des compétences managériales

Les compétences acquises lors d'une expérience de faisant fonction de cadre et à l'issue de la formation de cadre de santé en IFCS ne suffisent pas toujours à répondre aux exigences spécifiques toujours croissantes du terrain.

Pour ne pas mettre le cadre en difficulté, l'acquisition de compétences de base adaptées est un pré requis incontournable. Pour s'en assurer, le DS dispose d'un premier outil pouvant servir d'évaluation : le rapport d'étonnement. Puis, lors de l'entretien d'évaluation réalisé suite à la prise de poste, l'échange entre le DS et le jeune cadre permet d'objectiver l'état de la situation et de proposer des mesures d'accompagnement le cas échéant. Les formations internes sont privilégiées. Elles présentent de nombreux avantages parmi lesquels celui de créer une dynamique entre professionnels.

Plusieurs dispositifs peuvent être proposés.

Il s'agit tout d'abord de proposer systématiquement à tout nouveau cadre arrivant dans l'établissement un dispositif de développement des compétences managériales complémentaire à celui initié en IFCS et permettant au jeune cadre de s'imprégner de la spécificité et de la culture hospitalière.

D'autres dispositifs peuvent être engagés. Ils sont explicités dans le chapitre relatif au « Développement du sentiment d'appartenance à l'institution » et en particulier dans la rubrique « renforcement de la politique d'accompagnement des cadres en devenir et nouvellement recrutés ». Ils peuvent être proposés tout au long du parcours professionnel du cadre de santé.

3.2.2 Développement du recours à un type d'accompagnement émergent : le coaching

En complément de l'acquisition des compétences managériales nécessaires à l'exercice du métier de cadre, un nouveau dispositif innovant d'accompagnement peut être proposé aux cadres soit lors de leur prise de fonction, soit au décours d'une réorientation professionnelle. Il s'agit du coaching.

Le coaching est un accompagnement adapté aux besoins de la personne coachée. Il permet de questionner sa propre capacité à faire face à des situations difficiles ainsi que sa confiance en soi lorsqu'il y a besoin de fédérer une équipe autour de projets à piloter par exemple ou lorsque le cadre est confronté à des changements ou des réorganisations importantes.

C'est un accompagnement ponctuel de renfort. Il vient s'ajouter au dispositif de développement des compétences managériales et conforte ainsi le dispositif déployé par la direction des soins en partenariat avec la DRH pour optimiser les performances des managers. Ce dispositif est actuellement encore peu déployé dans la sphère managériale des établissements de santé, contrairement aux secteurs relevant des ministères de l'agriculture, de l'écologie et de l'intérieur, dans lesquels il est déjà expérimenté auprès de cadres dirigeants et supérieurs ainsi qu'auprès des DRH. Il s'appuie sur un guide méthodologique⁵⁸ élaboré par la DGAFP. Ce dernier développe, sur les bases de normes de bonnes pratiques ministérielles, les aspects concrets du coaching. Il comprend sept fiches outils qui détaillent les éléments utiles tels que le déroulement, la charte déontologique, le contrat de coaching, la passation d'un marché, l'appel d'offre.

Ce type d'accompagnement, considéré comme émergent, commence à apparaître dans les établissements de santé.

Dans la fonction publique hospitalière, étant donné le contexte économique contraint, la constitution d'une équipe interne de coaches formés venant de secteurs d'activité différents nous paraît une option intéressante. Deux préalables sont indispensables au bon déroulement de cet accompagnement. Il s'agit tout d'abord du caractère volontaire de la démarche d'inscription dans le dispositif puis de l'absence de liens entre le coach et le coaché. Le coach a un rôle de facilitateur. Le coaching n'est pas une thérapie, il ne traite pas le « pourquoi », mais il s'attache au « comment », à l' « ici et maintenant ». Le processus du coaching est le suivant : il s'agit de définir une demande, d'élaborer un contrat de coaching, puis vient la phase d'accompagnement dont la durée peut varier en fonction des objectifs définis et de la personne concernée, l'évaluation des résultats et enfin la valorisation des bénéfices.

Cet accompagnement est limité dans le temps. Il prend fin lorsque les objectifs définis dans le contrat sont atteints.

⁵⁸ DGAFP : «Le guide du coaching professionnel dans la fonction publique », Bureau de la communication et de la documentation, novembre 2011

De façon générale, le coaching permet d'augmenter le niveau de performance du cadre et de développer sa confiance en lui. L'objectif principal de la démarche est le développement de son autonomie.

3.3 Réaffirmation du sentiment d'appartenance à l'institution :

3.3.1 Le projet de management : volet incontournable du projet d'établissement

Une réelle politique managériale au sein de l'institution est nécessaire pour optimiser l'implication des managers, qu'ils soient soignants, techniques, administratifs ou médicaux.

Nous nous sommes tout d'abord interrogés, comme Mme Michelle LENOIR-SALFATI⁵⁹ sur la place de chaque manager de santé dans l'organisation actuelle hospitalière.

*« Les réformes successives et en particulier la réforme de la gouvernance imposent de négocier un nouveau mode managérial. Quelle place et quel rôle pour chaque acteur ? Quelle place et quel rôle pour le DS ? Quelle place et quel rôle pour l'encadrement de pôle ? Quelle place et quel rôle pour l'encadrement de proximité ? »*⁶⁰

Puis, nous avons constaté, grâce à l'enquête réalisée auprès des professionnels de terrain combien il était important de bien identifier la place et le rôle de chacun et combien il est utile que cette information soit largement communiquée. Ces résultats viennent confirmer les préconisations de la mission de SINGLY, parmi lesquelles elle propose de *« définir et faire connaître la ligne managériale dans l'établissement à savoir les rôles et positionnements de l'ensemble de l'encadrement (y compris médical) et les circuits de décisions »*⁶¹. Il ne suffit pas d'identifier la ligne managériale, il convient également de la faire vivre. Son opérationnalité passe obligatoirement par une communication claire et généralisée de son existence.

Ainsi, nous pensons qu'il est indispensable que la direction des soins initie tout d'abord la redéfinition des profils de poste des acteurs dans la nouvelle organisation. Pour que cette mise à plat des rôles de chacun soit constructive et dynamisante, il nous semble opportun de l'effectuer en toute transparence et en faisant participer les acteurs concernés. La dynamique réflexive positive engendrée par cette démarche devrait contribuer à favoriser l'appropriation par les cadres du changement organisationnel.

⁵⁹LENOIR-SALFATI M, adjointe au sous directeur des Ressources Humaines du Système de Santé (RHSS), DGOS, Congrès national de l'AFDS, ARLES, 5 octobre 2012,

⁶⁰Ibid.

⁶¹De SINGLY C, Rapport « Mission cadres hospitaliers », Paris, 11 septembre 2009, proposition 9

Ce préalable effectué, la projection visuelle du maillage managérial institutionnel peut être matérialisée par un organigramme au niveau de la direction des soins, incluant les cadres supérieurs de pôles et au niveau des pôles, incluant les cadres de proximité. L'organigramme présente l'avantage de matérialiser un lien et de le positionner en lien horizontal ou transversal.

De plus, l'organigramme contribue à développer l'identité professionnelle et à renforcer le sentiment d'appartenance au groupe.

L'élaboration d'un projet managérial, définissant la place et le rôle de chacun, au sein du projet d'établissement constitue une valeur ajoutée à la mobilisation des acteurs.

La mission de SINGLY préconisait même de « rendre obligatoire l'identification d'un projet managérial comme une des composantes du projet d'établissement afin de préciser les engagements de l'établissement en matière de politique de l'encadrement. »⁶²

Le projet managérial conforte l'implication des cadres dans l'institution. La mission proposait notamment de « rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité »⁶³ et de « favoriser la création d'espaces cadres »⁶⁴. L'accent a été mis sur la nécessité que l'établissement porte ce projet. Ainsi, elle propose également une « évaluation de la politique managériale des établissements en matière de conduite d'une dynamique de l'encadrement »⁶⁵, ainsi que d'« évaluer les chefs d'établissements sur leur politique managériale »⁶⁶.

3.3.2 Renforcer la politique d'accompagnement des cadres en devenir et nouvellement recrutés

Accompagner, « c'est considérer l'autre comme une personne en devenir autonome et responsable, auteur et acteur de son projet »⁶⁷

Il est important pour le DS de détecter les potentiels parmi les soignants, de leur donner l'opportunité de mettre leur potentiel évolutif à l'épreuve en leur proposant une période de mise en situation d'encadrement sous contrôle et avec le soutien de leur hiérarchie. Cette expérience de « faisant fonction » de cadre, pouvant également être appelée « responsable d'unité » peut faire l'objet d'un programme institutionnel piloté par le DS et intégré au sein du projet de soin. L'implication personnelle du DS est, selon nous,

⁶² De SINGLY C, Rapport « Mission cadres hospitaliers », Paris, 11 septembre 2009, proposition 1

⁶³ Ibid., proposition 2

⁶⁴ Ibid., proposition 12

⁶⁵ Ibid., proposition 9

⁶⁶ Ibid., proposition 13

⁶⁷ ALIX I., BERNIER M., « Projet professionnel et formation », Soins Cadres, Aout 2001, n°39

primordiale à double titre. Tout d'abord, le DS est compétent dans l'évaluation du projet professionnel du cadre en devenir. Il projette sur le futur cadre une vision institutionnelle. De plus, cette première relation entre le DS et le futur cadre qui marque le début d'une nouvelle carrière pour ce futur cadre a pour effet d'inscrire leur relation dans le dialogue, la connaissance mutuelle et augure d'une relation future basée sur la confiance et la communication. L'opportunité d'offrir cette expérimentation du métier de cadre au jeune professionnel représente une plus-value indéniable. Elle lui offre notamment une première prise de conscience du métier de cadre, une aide à l'élaboration de son projet professionnel, l'acquisition d'une certaine autonomie, plus de reconnaissance, c'est un réel atout favorisant la réussite au concours d'entrée en IFCS. Cette première expérience donne de plus au futur cadre un sentiment d'appartenance au collège cadre, gage de cohérence institutionnelle et d'identité commune.

Ainsi, la politique d'accompagnement des cadres en devenir par le DS s'inscrit dans une logique d'élaboration du maillage managérial institutionnel.

Elle répond à une recommandation faite par Mme Chantal de SINGLY. Il s'agit de *«prévoir pour la promotion interne, avant l'entrée en formation d'encadrement, une période de mise en situation organisée, accompagnée et évaluée⁶⁸»*

Cette mesure est également citée comme une préconisation en matière de « modernisation du management des RH en établissement de santé » par D. TOUPILLIER et M.YAHIEL⁶⁹.

Pour parfaire le façonnage de l'équipe d'encadrement, il est important de poursuivre l'accompagnement des cadres nouvellement recrutés.

En effet, au sortir de l'IFCS, les cadres n'ont qu'une vision partielle de l'étendue de leurs missions et une adaptation à la situation spécifique rencontrée sur le terrain semble à la fois utile et rassurante pour le jeune cadre. La prise de poste est facilitée lorsque le cadre a pu bénéficier, avant sa formation, d'un accompagnement de son projet professionnel et d'une période de « faisant fonction » de cadre. Elle permet l'adaptation aux exigences du terrain et peut être pilotée par le CSP. Elle n'est pas toujours réalisable.

Sur la base d'un tutorat, un accompagnement modulable selon les besoins du poste et ceux exprimés par le nouveau cadre nous semble intéressant. Ce dispositif, organisé à

⁶⁸De SINGLY C, Rapport « Mission cadres hospitaliers », Paris, 11 septembre 2009, Proposition 4

⁶⁹TOUPILLIER D., YAHIEL M., Rapport sur la « Modernisation de la politique des Ressources Humaines dans les établissements publics de santé », Paris, 24 janvier 2011, Axe 1.6 « Manager les managers »

l'échelle institutionnelle par la direction des soins, permet de faire partager l'expérience acquise par des cadres experts, éloignés des secteurs concernés, auprès de cadres novices qui en expriment le besoin. Nous pensons que cette démarche doit être volontaire et non systématique pour répondre à un besoin ressenti et exprimé. Elle présente le double intérêt d'exploiter les ressources internes disponibles et d'insuffler une dynamique entre cadres anciens et jeunes diplômés. Ainsi, le réseau nécessaire à l'ancrage institutionnel des nouveaux cadres s'étoffe de cadres experts en qui ils ont rapidement confiance et qui peuvent les guider au-delà des directives polaires.

3.3.3 . Mise en place de groupes d'analyse réflexive

L'accompagnement des cadres par le DS, en favorisant les actions porteuses de sens telles que la constitution de groupes d'analyse réflexive, lui permet d'entretenir un « *équilibre dynamique positif sans être un réparateur de dysfonctionnement* »⁷⁰.

L'accompagnement des cadres de santé, et en particulier des cadres nouvellement recrutés, peut revêtir une forme interactive entre professionnels concernés.

Le dispositif permettant une analyse des pratiques managériales mis en place dans certains établissements semble remporter un vif succès auprès des jeunes cadres. En effet, ceux-ci ont ainsi la possibilité d'échanger et d'exprimer les difficultés rencontrées. Ils bénéficient d'un accompagnement de type « coaching collectif ».

Ce dispositif permet une approche plurielle et plurifactorielle des problématiques effectivement rencontrées sur le terrain et apporte des éléments d'analyse et d'aide à la décision. Il rompt le sentiment de solitude que peuvent ressentir certains cadres face à des situations difficiles Sa plus-value réside à la fois dans une aide à la décision et dans la résolution de problèmes grâce à une aide externe. Il conforte le cadre dans ses choix ou l'aide à se positionner, à façonner son identité. De plus, il crée des liens entre professionnels et il contribue ainsi à la constitution d'un groupe fédéré. En général, des groupes d'analyse de pratiques, encore appelés « groupes de retour d'expérience » sont constitués et travaillent à un rythme régulier durant une période variable, souvent annuelle. Des liens se créent rapidement et des réseaux inter polaires subsistent en général longtemps après la dissolution des groupes.

⁷⁰ BOUSSUGUE B, coach consultant formateur, Revue « Soins cadres » n°83, aout 2012, p21

Conclusion

Dans le contexte hospitalier actuel, évoluant vers une majoration de l'incertitude, un raccourcissement des délais et une augmentation des exigences envers l'encadrement soignant, la définition d'une politique d'accompagnement des cadres de santé prend tout son sens. C'est une mission essentielle du DS.

Si sa dimension stratégique se déploie sur l'ensemble de l'encadrement soignant, sa dimension opérationnelle peut se limiter aux seuls CSP.

L'accompagnement des CSP par le DS devient également un axe important à considérer, notamment lors de leur première prise de poste. Plus encore que la politique d'accompagnement de l'encadrement soignant de proximité, il fait partie du management opérationnel de l'équipe élargie de la direction des soins dont les CSP peuvent être considérés comme membres à part entière.

Au-delà de la nécessité de s'entourer de collaborateurs efficaces et partageant les mêmes valeurs, le modèle managérial du DS est un modèle pour l'équipe d'encadrement et à ce titre il peut impulser une dynamique propice à l'instauration d'un climat de confiance sur l'ensemble des pôles de l'établissement et montrer l'exemple d'un « management durable ».

Si nous supposons, comme l'affirmait Napoléon BONAPARTE, que « *l'art le plus difficile n'est pas de choisir les hommes, mais de donner aux hommes qu'on a choisis toute la valeur qu'ils peuvent avoir* », alors n'est-il pas important pour le directeur des soins, dans le déploiement de la politique de délégation de gestion attribuée aux pôles, de conserver le monopole du recrutement de l'ensemble du personnel d'encadrement et d'en assurer un accompagnement efficace ?

Ce positionnement devient alors un acte stratégique permettant l'assise d'un maillage managérial fort et cohérent. Dans le contexte polaire en développement, il doit intervenir dans le respect des spécificités des besoins des pôles et en partenariat avec ces derniers. Pour accompagner la maturation des organisations polaires, il est sans doute utile de s'interroger ensemble sur les modalités et les limites des délégations aux pôles.

Dans un contexte d'incertitudes et d'évolutions perpétuelles et afin d'envisager les réformes à venir comme autant de défis à relever, pourquoi ne pas oser se laisser porter par cette réflexion :

« Au lieu de planifier l'imprévisible, rêvons ensemble du futur ».⁷¹

⁷¹ DESCARPENTRIES J.-M., entrepreneur français.

Sources et Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative aux Patients, à la Santé, aux Territoires (H.P.S.T.)
- Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière
- Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé
- Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier
- Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmières monitrices et d'infirmiers moniteurs et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant
- Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics
- Ordonnance N° 2005-406 du 2 mai 2005 portant sur la Nouvelle Gouvernance hospitalière

Lettres de missions et Rapports :

- BERTRAND X, Lettre de mission du 17 juin 2011 à Dr FELLERING Fet BOIRON F
- BERTRAND X, Lettre de mission du 8 juillet 2011 à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (A.N.A.P.)
- TOURAINE M., lettre de mission du 6 septembre 2012, à Edouard COUTY, Pacte de confiance
- Dr FELLERING F., BOIRON F. : Rapport « Mission hôpital public », juin 2011- janvier 2012

- FOURCADE A.: « Rapport au parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé ». Paris, ministère de la santé, 2011, 75 p.
- ROLAND J.M., Rapport n°1441 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales enregistré à l'Assemblée nationale le 5 février 2009, 335 p.
- TOUPILLIER D., YAHIEL M.: Rapport sur la « Modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », Paris, 24 janvier 2011, 133 p.
- De SINGLY C. : Rapport de la « Mission cadres hospitaliers » Paris, 11 septembre 2009, 124 p.
- YAHIEL M. – MOUNIER C.: « Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? » IGAS, Paris 2010/2011, 73 p

Guides et ouvrages :

- Guide de l'ANAP « Piloter et manager les projets au sein du pôle », juin 2012
- Guide de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique « Le coaching professionnel dans la fonction publique », bureau de la communication et de la documentation, novembre 2011
- BOURRET P., « Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible », BROCHE, 20oct 2006, 284 p ;
- NUTTIN J., « Théorie de la motivation humaine, du besoin au projet d'action », Paris, éd. PUF, 1991, 383p
- PAUL M., « L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique ». Edition Harmattan.2004, 352p.
- RUBERRECHTS L., « Essai sur la philosophie réflexive », J.DUCULOT, 1971,376p.
- HEERY E., «A dictionary of Human Ressource Management", Oxford University Press, 2001, 480p.
- Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière » Ministère de la santé et des sports, « Cadre de santé responsable d'unité de soins » septembre 2009, « Cadre de santé responsable d'unité de soins » : Soins-management des soins-06/D/25 - J1502 – 05U20

Articles :

- BARTHES R., Directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation, CHU Toulouse, « Gestion des ressources humaines dans les établissements de santé : faut-il tout changer ? », Santé RH, Mars 2010, pp.13-19
- BARTHES R., Directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation, CHU Toulouse, « Management : l'organisation en pôles change tout ou presque », les Cahiers hospitaliers, Avril 2010, pp13-15
- BARTHES R., Directeur de l'accompagnement des projets structurants et de la formation, CHU Toulouse, « Dessine-moi...le cadre de demain », Revue Soins Cadres n°75, août 2010, pp20-23
- BECU S., « Bientraitance managériale ou comment manager autrement à l'hôpital », Revue Soins Cadres, n°83, aout 2012, p.3
- BOUSSUGUE B., coach consultant formateur, Revue « Soins cadres » n°83, aout 2012, p 20
- COUTY E., Camille KOUCHNER, Annie LAUDE, Didier TABUTEAU « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, déc.2009
- HARROUE S., cadre de santé CH CREIL, Revue « Soins cadres » n°83, aout 2012, p27
- HAUTEMULLE M., « L'impact variable des pôles », Objectifs soins n°203, fév.2012, pp18-20
- PAUL M., université de Nantes, CREN, « Autour du mot accompagnement », Recherche et formation, n°62, 2009, pp 129-139
- SAINT MARC T., FISCHLER M., TILLON FAVRE O. « Bilan à deux ans de la mise en place des pôles d'activité », gestions hospitalières, n°494 mars 2010, pp. 139-153

Mémoires :

- BECU S., Mémoire Directeur des Soins, « La bientraitance managériale : recherche et développement », EHESP Rennes, 2011, 35p.
- Groupe 12 EHESP, Module Interprofessionnel de Santé Publique « Les pôles d'activité : impact d'une réorganisation des institutions de santé sur le management », EHESP Rennes, 2012, 25p.

- ROMA T., Mémoire Directeur des Soins, « Une stratégie managériale en réponse aux attentes des cadres de santé », EHESP Rennes, 2011, 53p.

Conférences :

- CHOMIENNE H., maitre de conférence en sciences de gestion, « L'accompagnement du changement dans les organisations publiques », ESEN, 19 janvier 2011
- FONTENEAU R., maitre de conférences en sciences de l'éducation, TOURS, Séminaire national des chefs de services, « Développer le partenariat dans le médico-social », CREIL, 16-17 septembre 2010
- ISNARDI M., DS institut Paoli Calmettes, Marseille : « Evolutions de la certification : quel impact demain sur le management des établissements de santé ? », Rencontres HAS 2011, LYON, 17-18 novembre 2011
- LACROIX D., Directrice du CH de MEULAN les MUREAUX, extrait de la visio-conférence « Table ronde sur les valeurs du service public », EHESP, 4 juillet 2012
- LENOIR-SALFATI M., adjointe au sous-directeur des RHSS, DGOS, Ouverture du Congrès national de l'A.F.D.S. « le Management durable », ARLES, 5 octobre 2012

Sites Internet :

- www.directeurdesoins-afds.com
- www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien à destination des Cadres de Santé de proximité (CS)

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des Cadres Supérieurs de Pôles (CSP)

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des Chefs de pôles

Annexe 4 : Grille d'entretien à destination des Directeurs de soins (DS)

ANNEXE 1

Grille d'Entretien

Cadre de Santé

Présentation personnelle, présentation du projet de mémoire et de l'intérêt de cette réflexion

Nom – Prénom- Date - Lieu

Age- ancienneté dans la fonction – ancienneté dans le poste

Description du service – du pôle

Pourquoi êtes-vous devenu cadre de santé (motivations) ?

Aujourd'hui, votre conception de la fonction cadre (sens) ?

Comment votre fonction a-t-elle évolué ?

Quel est l'impact des pôles sur votre fonctionnement ?

- Bénéfices
- Limites

Comment êtes vous aidé face aux difficultés ?

et à qui vous adressez-vous en cas de problème ?pourquoi?

Quelles sont vos attentes vis- à vis des CSP ? vis-à-vis des DS ?

D'après vous, quelles sont les attentes des CSP, des DS vis-à-vis de vous ? Ont-elles évolué ?

Quelles sont vos relations avec CSP, DS ?

Le DS doit-il, selon vous, intervenir sur le terrain ?

De quels outils disposez-vous actuellement ? Lesquels vous seraient utiles ?

ANNEXE 2

Grille d'Entretien

Cadre supérieur de Pôle

Présentation personnelle, présentation du projet de mémoire et de l'intérêt de cette réflexion

Nom – Prénom – Date - Lieu

Age- Parcours professionnel- Ancienneté dans la fonction – Ancienneté dans le poste

Description du pôle : composition – organisation interne

D'après vous, quel est l'impact de l'organisation polaire sur les cadres ?

- bénéfiques
- limites, difficultés ?

Quelles sont, d'après vous, leurs attentes vis-à-vis de vous ? vis-à-vis de la direction des soins ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis des cadres du pôle ?

ANNEXE 3

Grille d'entretien

Chef de pôle

Présentation personnelle, présentation du projet de mémoire et de l'intérêt de cette réflexion

Nom – Prénom- Date- Lieu

Ancienneté dans la fonction

Description du pôle (nb de services, nb de cadres, organisation de la communication,...)

Quel est selon vous l'impact de l'organisation en pôles sur les cadres de santé de pôle ? de proximité ?

- points positifs

- limites

Quelles sont vos attentes des cadres de proximité? De pôle ?

Quelle place ont les cadres de santé au sein du pôle ?

Dans cette organisation polaire, quelle doit être, d'après vous, le rôle du Directeur des Soins dans l'accompagnement des cadres de proximité ? Son positionnement ?

ANNEXE 4

Grille d'Entretien

Directeur des Soins

Présentation personnelle, présentation du projet de mémoire et de l'intérêt de cette réflexion

Nom – Prénom – Date - Lieu

Age, ancienneté dans la fonction – ancienneté dans l'établissement

Description de l'organisation polaire de l'établissement

D'après vous, quel est l'impact de l'organisation polaire sur les cadres ?

- bénéfices
- limites, difficultés ?

Quelles sont vos attentes de l'encadrement soignant ? Ont-elles évolué ?

Sont-elles consignées par écrit ? Comment sont-elles formalisées et portées à la connaissance des cadres ?

Les cadres répondent-ils à ces attentes ?

Comment avez-vous connaissance des cadres en difficulté ?

Existe-t-il une politique d'accompagnement :

- des cadres en difficulté ?
- des cadres nouvellement recrutés ?

Existe-t-il une politique de management de l'encadrement travaillée avec le DRH ?

Existe-t-il un projet managérial institutionnel ?

Juste positionnement par rapport aux pôles : proximité avec le terrain ?

Quelle est votre relation avec les pôles ? avec les CSP ? avec les CS ?

Et celle que vous considèreriez comme optimale ? (pourquoi ?, comment faire ?)

Quelles seraient vos préconisations :

- positionnement stratégique
- outils managériaux

KAE LBEL	Maria	Décembre 2012
Filière Directeur des soins Promotion 2012		
Accompagnement de l'encadrement de proximité au sein de l'organisation polaire : est-ce encore une mission du Directeur des Soins ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université RENNES>		
<p>Résumé :</p> <p>Les nombreuses réformes du système de santé ont fortement impacté l'hôpital et fait bouger les lignes managériales. Ainsi, la direction des soins est passée d'un management vertical à un management transversal. Le pôle est la nouvelle cellule de l'institution hospitalière.</p> <p>Les cadres de santé de proximité, gérés au sein des pôles par les cadres supérieurs de pôles, sont les pivots des différentes logiques hospitalières. Maîtres d'œuvre associés au changement, c'est d'eux dont dépend la performance quotidienne. Or ils subissent des pressions grandissantes et sont en phase de démotivation.</p> <p>L'enquête réalisée dans deux établissements de santé ayant une antériorité polaire différente a permis de conforter la place du directeur des soins dans l'accompagnement stratégique et opérationnel des cadres de santé.</p> <p>Un juste positionnement polaire et inter-polaire sur la base de valeurs partagées, l'instauration d'une relation de confiance et le déploiement de programmes d'accompagnements individuels et collectifs des cadres tels le coaching sont des axes de la politique managériale proposée.</p> <p>Dans le respect de l'organisation polaire, cette politique s'inscrit dans une logique de « management durable ».</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Management hospitalier – Pôle d'activité – Cadre de santé – Directeur des Soins – Structure hospitalière – Réformes - Motivation – Charte – Projet – Formation – Conseil -</p>		
<i>L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		