



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

**Singularité et valeurs à la rencontre
de la complexité, le directeur des
soins, un acteur essentiel du
management hospitalier**

Estelle SALGUES

Remerciements

Je dédie ce mémoire à maman qui a cru en moi tout au long de ce projet et qui m'a soutenue dans ce travail de recherche mais partie trop vite avant son aboutissement. Merci à Rémy, mon mari et à Camille et Antoine, mes enfants pour leur patience, leur compréhension et leur soutien sans faille.

Merci à Nelly mon maître de stage qui m'a tant apporté au travers des débats que nous avons eu sur la posture et la singularité du directeur des soins. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir encouragée.

Merci à Blanche, Cathy, Valérie, Monique et tous mes amis qui ont toujours été là dans les bons et les moins bons moments.

Enfin, merci à toute la promo EDS 2012 qui, par ses valeurs, de solidarité, de respect, de soutien a su faire de cette année singulière, une période de rencontres et de convivialités inoubliables

Sommaire

Introduction	1
1 L'hôpital est –il un système complexe à manager ?.....	5
1.1 En opposition à la complexité qu'est-ce qu'un système simple ?.....	5
1.2 Les dernières réformes sources de nouvelles turbulences	6
1.3 Manager un système complexe : un nouveau défi à l'hôpital.....	9
1.4 Le directeur des soins un manager singulier	12
2 L'analyse par la valeur : de la méthodologie à l'analyse	15
2.1 Notre champ de recherche au sein de 3 établissements	15
2.2 Les divergences et les convergences au service de la recherche	18
2.3 La singularité du directeur des soins, siège de leur légitimité	28
2.4 Vérification des hypothèses.....	30
3 A partir de l'analyse, des préconisations	33
3.1 La complexité	33
3.2 Maîtriser	34
3.3 Planifier.....	37
3.4 Encourager la communication	38
3.5 Véhiculer des valeurs et assoir sa légitimité	41
Conclusion	45
Sources et bibliographie.....	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
DH	Directeur d'Hôpital
DS	Directeur des Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
PE	Projet d'Etablissement
PH	Praticien Hospitalier
PRS	Programme Régional de Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A	Tarifification à l'Activité

Introduction

Depuis quelques années, l'hôpital voit évoluer son environnement de telle sorte qu'il apporte beaucoup d'inquiétudes quant à son devenir. Les nouvelles répartitions des pouvoirs, son financement ainsi que les contraintes qui pèsent sur les établissements se modifient avec une telle ampleur, qu'elles procurent à leurs acteurs un sentiment d'incertitude sur les organisations présentes et à venir. En effet, les contraintes qu'elles soient réglementaires, structurelles, économiques, humaines ou politiques, ainsi que les liens qui les relient entre elles nous amènent à ajuster nos actions, nos organisations, nos pratiques, et à être chaque fois plus créatif, pour s'adapter à cet environnement dynamique. En outre, les profondes modifications, apportées par la gouvernance, le financement, les coopérations ou encore les systèmes d'informations, sont à l'origine de changements radicaux sans commune mesure dans le passé des hôpitaux. Ces changements remettent en cause les repères identitaires des établissements, des équipes, des directions, et donc du management. Ils participent à l'émergence d'interrogations et de doutes sur l'avenir comme nous avons pu l'observer en qualité de manager hospitalier, au cours des différentes fonctions exercées depuis 15 ans. Ce questionnement nous amène, aujourd'hui en tant que futur directeur des soins, à utiliser notre expérience de soignant, de cadre, de cadre assistant de pôle et de faisant -fonction de directeur des soins, pour poser notre première problématique :

L'hôpital d'aujourd'hui est-il un système complexe ?

En effet, nous évoquons le terme de « complexité » du système, car comme l'explique R.A. Thietart¹, la complexité peut être caractérisée par la présence d'un nombre important d'éléments indépendants en interaction.

Il est intéressant de faire une approche étymologique² du mot complexe, qui signifie enchevêtrement et connexion. Comme l'explique Lemoigne, « La racine latine est « plexus » (entrelacement) qui engendre complexus..... (Enchevêtrements, connexion, embrassement, étreinte), perplexus (embrouillé) et multiplex (multiplicité).... Cette étymologie montre que le contraire de complexe n'est pas exactement « simple », mais « implexe » qui caractérise une unité d'action indécomposable, irréductible à un élément unique ».

Afin de confirmer le statut de complexité à l'hôpital et d'en faire un préalable à ce travail, il nous semble opportun de confronter le regard des acteurs hospitaliers avec ceux des auteurs experts des organisations complexes. Pour cela, une enquête exploratoire a été réalisée auprès de cinq personnes dans deux établissements différents : deux directeurs

¹ Raymond Alain Thietart, 2000 *Management et complexité : concepts et théories*, cahier N°282 Université Paris IX Dauphine, p. 6

² Lemoigne J.L. 1990, *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, Dunod p. 31

adjoints dont l'un chargé des ressources humaines et l'autre des affaires financières, un président de Commission Médicale d'Établissement (CME), un directeur des soins et un cadre supérieur de santé. Une question a permis d'ouvrir le débat :

- « Depuis ces dernières années, quelles sont les principales difficultés qui caractérisent votre environnement professionnel et par quoi pourriez-vous les traduire? »

Les cinq personnes interrogées sont unanimes, l'hôpital constitue bien pour eux un système complexe exprimé par « *On ne sait plus traduire l'avenir* », « *On se sent dans un système instable, imprécis, etc...* » « *On nous demande de faire plus avec moins alors que nous savons tous que c'est impossible,* »

Trois personnes interrogées sur les cinq ont évoqué le mot « complexe » ou « complexité ». En outre, chacun exprime ses difficultés face à la traduction qu'il fait de la stratégie nationale, régionale ou locale selon leur position. Aussi, nous retiendrons 3 idées majeures partagées par les acteurs :

- **La faiblesse de définition politique des orientations** : en effet, les projets d'établissement sont, selon eux, des écrits pauvres de sens et qui répondent davantage à une obligation formelle qu'à la définition d'une véritable stratégie.
- **La vision éclatée de la stratégie** entre les individus et les catégories professionnelles, ce qui nuit à une définition claire et partagée des objectifs locaux et leur cohérence avec les orientations nationales. Les acteurs s'inscrivent davantage dans une stratégie thématique que systémique.
- **La confirmation qu'une organisation** optimale et un **management** adapté sont nécessaires pour assurer la pérennité du système.

Même s'il s'agit là d'une complexité perçue, on observe bien que la complexité est vécue par chacun comme une difficulté, une illisibilité quant à la stratégie et à l'avenir, ou encore, une source de stress générée par l'écart important ressenti entre ce qui est observé et la capacité à y répondre. Cette vision subjective est sans doute alimentée par un certain nombre de modifications que l'hôpital a rencontré ces dernières décennies et qui ont bouleversé les représentations de chacun sur le système de santé, la place de ses acteurs et son organisation.

D'autre part, la conviction unanime de la place de l'organisation et du management dans les leviers possibles nous semble intéressante à retenir pour la suite de notre travail.

En effet, les équipes, soumises à ces turbulences, doivent répondre à leurs missions tout en garantissant la qualité et la sécurité des patients qui, parfois de façon légitime, sont de plus en plus exigeants voire aussi parfois, culpabilisants.

C'est pourquoi, les manageurs que nous sommes, devons prendre en compte cet environnement et adapter notre management pour décoder, traduire, donner du sens et apporter à nos équipes le soutien nécessaire pour fournir des soins adaptés aux besoins

des patients. En effet, si chacun concède que le travail auprès du patient peut être tantôt gratifiant, tantôt éprouvant pour les soignants, le directeur des soins en tant que garant de l'organisation de la qualité et de la sécurité des soins mais aussi, en tant qu'animateur de cette organisation, est au cœur de cette problématique. En effet, en qualité de membre de l'équipe de direction, il dispose d'une position stratégique qui va lui permettre d'apporter son expertise de soignant-gestionnaire auprès de la direction et son expertise de gestionnaire-soignant auprès des médecins et des équipes. Pour cela, il doit adapter ses compétences, sa stratégie managériale et disposer de valeurs professionnelles et humaines fortes. Ceci, afin de faciliter le décodage de cet environnement complexe auprès de tous les acteurs hospitaliers en s'intéressant aux attentes de chacun.

Peut-on parler, à partir de cette réflexion, de la plus-value du directeur des soins qui, en étant à la fois soignant et à la fois gestionnaire, dispose de davantage de leviers pour manager cet environnement complexe ?

Ce qui nous amène à notre seconde problématique :

Sur quoi le directeur des soins doit-il s'appuyer pour manager un système complexe comme l'hôpital d'aujourd'hui ?

A partir de ce questionnement, naît notre première hypothèse :

Le directeur des soins n'est-il pas un acteur singulier doté d'atouts pour manager un environnement dynamique ?

D'où émergent des sous-hypothèses :

- Un parcours et de solides compétences organisationnelles et managériales
- Une position réglementaire : directeur et une place formelle au Directoire
- Une identité soignante très marquée

Cependant, le croisement des données lors de la phase exploratoire, ainsi que nos observations, mettent en lumière que, la position, l'organisation, l'expertise ne sont pas les seuls garants d'un management adapté à un environnement mobile. Les sciences humaines nous montrent combien le facteur humain est source de réussite dans les organisations. Dans un livre au titre particulièrement évocateur « valeur cachée, comment créer de la valeur avec des personnes ordinaires »³ Reilly et Pfeiffer de l'université de Stamford en Californie démontrent avec une forte conviction que « La source la plus importante de création de valeur de l'entreprise se trouve au sein de son personnel »... Ils poursuivent en affirmant que « L'harmonie sociale qui prend ses sources dans les valeurs partagées de l'ensemble des acteurs permet de fédérer, de motiver le travail ensemble et de favoriser l'émergence d'équipes solidaires et performantes ».

³ REILLY (CO) et PFEIFFER J. 2000, « *Hidden value* » Business School press, Stamford, EU. Cité par E. Salgues et M.N. CHAYS dans «valeurs et Symboles à la rencontre de la performance » IUP Santé IFROSS LYON 3 Mars 2005 ;

Aussi, la compétence leadership et la fonction incarnée du manager prennent toute leur place. Ce qui nous amène à proposer une hypothèse complémentaire :

Pour manager un système complexe et orchestrer l'harmonie entre organisation et facteur humain, la place du directeur des soins ne bénéficie-t-elle pas d'une position stratégique lui permettant de mobiliser des compétences et des capacités spécifiques ?

Ce qui nous amènera au cours de ce travail à construire notre recherche de la façon suivante : Après un bref état des lieux de l'hôpital d'aujourd'hui et de ses turbulences ressenties, nous nous intéresserons aux différents auteurs de la complexité, afin de compléter notre analyse et de décrypter l'environnement hospitalier à travers leurs grilles de lecture. Cette première analyse nous conduira à appréhender les leviers mobilisables pour le décodage d'un système complexe et la place du directeur des soins en qualité de manager doté d'une place spécifique.

Notre méthodologie de recherche utilisant l'analyse par la valeur fera l'objet d'une seconde partie. Elle consistera, au travers du discours des personnes interrogées dans 3 établissements hospitaliers (un chef d'établissement, un directeur des ressources humaines, un président de Commission Médicale d'Etablissement et un directeur des soins), à mesurer la place consacrée à chacune des principales fonctions managériales exercées.

Dans un troisième temps, nous exposerons les résultats qui mettront en lumière les axes principaux de notre recherche dont l'analyse nous permettra d'émettre des préconisations.

1 L'hôpital est –il un système complexe à manager ?

1.1 En opposition à la complexité qu'est-ce qu'un système simple ?

Nous allons dans un premier temps, nous intéresser à ce que disent les auteurs sur les systèmes complexes. Selon Casti⁴ (1994) la complexité s'explique par son contraire, c'est-à-dire en mettant en évidence ce qui illustre les systèmes simples. Ainsi, Il définit la simplicité par quatre facteurs :

1.1.1 Un comportement prévisible,

C'est ce qui a longtemps caractérisé les hôpitaux où les soins étaient reproduits selon un dogme. Aujourd'hui, le projet de soins individualisé, l'avancée des technologies, l'amélioration continue de la qualité, la place de l'utilisateur, la gestion a priori des risques, les coopérations, l'incertitude des recettes, nous poussent à modifier nos comportements et notre regard sur l'avenir. Tous ces nouveaux concepts modifient les organisations qui doivent innover et se réadapter à tout moment. Nous sommes donc de moins en moins dans un environnement prévisible.

1.1.2 Un nombre limité d'interactions et de boucles de rétro et pro-action avec peu de composants.

Ce modèle n'existe plus, l'hôpital est une organisation systémique dans laquelle les boucles nombreuses permettent au système de se restructurer. Chaque acteur est contraint de composer avec les évolutions et des interactions permanentes. Par exemple, l'évolution des systèmes d'information ne permet plus aux acteurs de fonctionner, de manière isolée, sans tenir compte des contraintes des autres secteurs et professionnels internes et externes. En outre, les organisations sont composées d'individus multiples en interaction avec des agendas, des valeurs, des logiques, des cadres de référence et qui essaient d'agir, de coordonner leurs actions ou d'échanger de l'information.

1.1.3 Une prise de décision centralisée,

Alors que l'hôpital a été longtemps le siège d'une hiérarchie pyramidale, la gouvernance et la mise en place des pôles ont modifié la structure hiérarchique et décisionnelle. Ces pôles, par le biais des acteurs médico soignants qui les gouvernent, disposent de plus en plus d'objectifs contractualisés leur permettant une autonomie de gestion.

⁴ Casti cité par R.A. Thietart 2000, Management et complexité : concepts et théories, Centre de recherche DMSP, Paris, cahier N° 282 p 4

1.1.4 Une décomposition du système possible.

L'hôpital n'est plus une composante aux frontières définies, les unités elles-mêmes se recomposent en « modes de prise en charge » ou en « filières de soins » pour remplacer les services, qui jadis étaient organisés en spécialités qui s'additionnaient, pour composer la structure hospitalière.

Cette théorie de la complexité est d'ailleurs renforcée par Gael Gueguen⁵ qui décrit la complexité par 4 principes qui la caractérisent : la rapidité du changement, son aspect significatif et apparent, son imprévisibilité et le renouvellement du type de changement. Ces quatre composantes sont bien réelles à l'hôpital et s'est renforcée avec les dernières réformes.

Ainsi nous pouvons retenir que la complexité est un ensemble d'évènements qui s'enchainent de façon rapide et non prévisible, dont l'ampleur est variable et les interactions nombreuses et aléatoires.

Les concepts théoriques viennent donc confirmer que nous sommes bien dans un système complexe, dont le management devra tenir compte pour maintenir voire améliorer sa performance. La multiplicité des interactions, qui évoluent dans cet environnement en mutation, nous amène à penser que nous sommes dans un environnement incertain, dans sa dimension temporelle, sociale, économique, politique et environnementale.

Aussi à partir de ce constat, pouvons-nous affirmer que l'hôpital évolue de plus en plus dans un environnement complexe ? Pour y répondre, nous allons nous intéresser aux derniers évènements qu'ont vécus les hôpitaux et qui pourraient avoir introduit une complexité supplémentaire.

1.2 Les dernières réformes sources de nouvelles turbulences

Depuis la fin du siècle dernier, L'hôpital prend conscience qu'il est entré dans une nouvelle ère de la concurrence où la place du patient, devenu client, modifie les concepts fondamentaux de l'hôpital. La santé n'a pas de prix mais a un cout qui devient menaçant pour la pérennité des établissements de santé. Les acteurs hospitaliers observeront, au cours des années 2000, les réformes les plus visibles qui nécessiteront une réponse managériale pour maintenir la pérennité du système voire sa performance.

⁵ Gueguen Gael 1998, turbulences environnementales, effets chaotiques et degré de sensibilité aux conditions initiales : contribution à la théorie de l'adaptation de l'entreprise communication à la VIIème conférence internationale de management stratégique AIMS, Louvain La Neuve, 27-29 mai 1988 -Belgique - ERFI Montpellier I

1.2.1 D'une logique de dépense à une logique de recettes

Sur le plan économique d'abord, la modification du financement apportée par l'arrivée de la tarification à l'activité (T2A), impose un rationnement des coûts et une recherche constante de la performance. L'hôpital n'est plus le lieu où l'on soigne à n'importe quel prix. Il devient un lieu de production d'activité de soins au meilleur coût. A cela, s'ajoute la réforme budgétaire qui bouleverse les modalités de financement. L'Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) inverse l'ancienne logique de dépenses basée sur un budget global. Dorénavant, les prévisions de ressources déterminent le niveau de dépenses possibles. Cette logique financière nous apporte davantage d'incertitude sur l'avenir et impose une vision davantage prospective des activités et des ressources. Elle conduit les établissements à redéfinir leurs missions et à abandonner certaines activités non prioritaires, car trop coûteuses ou pas assez rentables. Ces restructurations nécessitent des adaptations, de nouvelles compétences et un solide accompagnement pour l'ensemble des acteurs hospitaliers.

1.2.2 Des prises en charge à la fois individualisées et standardisées

La qualité et la gestion des risques prennent de plus en plus de place. Elles imposent à chacun d'harmoniser ses pratiques selon un référentiel local puis, de plus en plus national, contrôlé par des auditeurs externes. Les prises en charge du patient, même si elles sont annoncées comme individualisées, répondent à des parcours formalisés, sécurisés et standardisés, tels que nous les retrouvons au travers des chemins cliniques recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

1.2.3 Des pouvoirs et des territoires revisités

La réforme sur la nouvelle gouvernance modifie les pouvoirs, l'architecture pyramidale de l'hôpital, son pilotage et ses territoires. L'instauration de pôles offre, aux médecins et aux soignants, des fonctions d'administrateurs, accompagnées de responsabilités qui s'accroissent dans une nouvelle dimension économique. L'autorité fonctionnelle du médecin sur les équipes se formalise. Les contrats de pôle délèguent parfois jusqu' à 95%⁶ des budgets. Ceux-ci sont accompagnés d'objectifs et d'une évaluation des résultats. La place du cadre de pôle prend une nouvelle dimension et de nouveaux liens s'instaurent avec la direction des soins, garant de la cohérence institutionnelle. En même temps, l'appartenance au service se transforme petit à petit en appartenance au pôle, dont les limites s'étendent parfois, au-delà des murs de l'hôpital. Des limites qu'il faudra donc rendre plus lisibles.

⁶ FHF « 3^{ème} édition des rencontres du management de pôles » 16 nov. 2010 Paris

De même, la réforme de la planification qui, par le biais du Schémas Régional de l'Organisation des Soins (SROS), définit les orientations stratégiques des acteurs de santé au travers du Plan Régional de Santé (PRS). Elle permet de rationaliser l'offre de soins par un régime des autorisations et incite les établissements à coopérer entre eux pour un partage plus pertinent et plus rationnel des ressources et des plateaux techniques. Les agences régionales ont vu d'ailleurs leurs responsabilités s'élargir aux secteurs sanitaires et sociaux dans le public comme dans le privé. L'hôpital n'est plus aujourd'hui lieu de soins. Il se situe au carrefour du parcours individuel du patient et des réseaux de santé qui l'entourent. Cette nouvelle dimension s'inscrit bien sûr dans les attributions des membres du directoire où se conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins du territoire. Mais elle se conçoit aussi et surtout, au travers de la définition et la mise en œuvre du projet d'établissement, du projet médical et du projet de soins.

1.2.4 L'innovation de la technologie et des systèmes d'informations

L'accélération de la technologie, des systèmes d'information et de communication, a modifié les données du pilotage et du management. Ces nouvelles technologies ont remis en cause les schémas traditionnels d'organisations du travail et celui des compétences. De même, les nouveaux systèmes de transmissions et de traçabilité des informations, par le biais de logiciels toujours plus performants et partagés, imposent des compétences et des moyens pour assurer leur maintenance. De même, la sécurisation des actes et des données s'imposent.

1.2.5 La place de l'utilisateur en mutation : du patient au client

Enfin, et elle n'est pas des moindres, la place de l'utilisateur qui progresse et qui lui offre un rôle d'acteur garant de sa santé et de celle de la collectivité. L'utilisateur devient plus responsable, il exige donc, de la part du système, une qualité renforcée et une sécurité optimale, qu'il ne craint plus de défendre devant les tribunaux. Ces patients qui attendent de leur structure de soins et de ses acteurs, de la qualité, de la compétence, de la performance, et ce, dans des délais courts tout en exigeant une attention singulière et attentive. L'accès, facilité par les médias, à des 'évaluations de la performance des établissements de santé, offre aux « usagers-clients » la possibilité de choisir leur établissement. En outre, les rapports de certification publiés sur le net offrent une image plus ou moins favorable de l'établissement et par conséquent, des acteurs qui le composent. C'est pourquoi, l'appropriation d'une culture qualité au sein des équipes est à garantir.

Au total, c'est donc une modification multidimensionnelle que l'hôpital vit ces dernières années. En effet, tous les principes fondamentaux dogmatiques sont remis en cause au profit de nouveaux : parts de marché, concurrence, performance, image, pouvoir, territoire, culture, client acteur, etc. Tous ces éléments, intimement liés entre eux, modifient l'environnement des managers et des équipes, qui sont en quête de repères et de sens, pour comprendre les nouveaux enjeux auxquels les institutions sont soumises. Les fusions, absorptions, suppressions, transformations d'activités ou de structures se multiplient. L'incertitude remplace le sentiment « d'invulnérabilité » longtemps présent chez les acteurs hospitaliers. Ce constat va nous amener à nous interroger sur les comportements individuels et collectifs pour parvenir à comprendre, à accepter, à s'adapter, à trouver de nouvelles ressources pour permettre aux acteurs et aux institutions, de retrouver un équilibre nécessaire. Mais il nous amène également à mesurer la place éminemment stratégique du management pour décoder et garantir la pérennité d'un système aussi complexe que celui de l'hôpital.

1.3 Manager un système complexe : un nouveau défi à l'hôpital

R. Reix explique⁷ que « l'analyse décisionnelle des systèmes complexes permet de prendre en compte plusieurs aspects de l'activité des organisations : l'innovation, la convergence de buts des acteurs autonomes vers les objectifs généraux, la démarche qualité, l'interaction avec des parties prenantes externes à l'organisation, l'analyse du contexte, l'analyse du système de valeurs (valeurs économiques, comportementales et constitutives)⁸ ou encore le retour d'expérience ».

En outre Thietart⁹ affirme que « La volonté de maîtriser le comportement d'un système conduit à imposer aux acteurs un ordre normatif qui renforce l'ingouvernabilité du système car il tend à supprimer les désordres internes ou externes qui, d'une part menacent le fonctionnement du système et d'autre part contribuent à son organisation ». Autrement dit, toujours selon Thietart, « la complexité naît de forces contraires qui sont en jeu et qui s'opposent. Certaines créent instabilité et désordre, d'autres au contraire, mènent à la stabilité et à l'ordre.... Manager un système complexe revient selon lui à gérer entre ordre et chaos.... Ainsi dans un contexte d'interdépendance, la centralisation du pouvoir au sommet de la hiérarchie et l'idée corollaire d'une stratégie qui s'appliquerait du haut vers

⁷ Robert Reix, « *Systèmes d'information et management des organisations* » Vuibert, septembre 2004

⁸ Samuel MERCIER, "L'instrumentalisation des valeurs : une ressource stratégique pour l'entreprise ?" » La démarche du groupe Fournier", page 4, IAE Dijon, Université de Bourgogne, u-bourgogne.fr consulté le 23 mars 2012

⁹ R.A Thietart, 2000, Management et complexité : concepts et théories, Centre de recherche DMSP, Paris, cahier N° 282 p 6

le bas ne peut fonctionner. Il faut laisser l'autonomie aux acteurs et favoriser les interactions par des collaborations multiples. « Appréhender un phénomène sous l'angle de la complexité nous pousse à remettre en cause les démarches linéaires et à entrer dans le domaine de la dynamique non linéaire ». Aussi, pour y parvenir il faut selon lui :

- « **Maitriser** d'une part ce que l'organisation fait par un contrôle qui contribue au suivi et à la coordination des tâches que l'organisation doit mettre en œuvre
Ces actions contribuent à la stabilité
- **Planifier** pour fournir un support d'information et faciliter la prise de décisions importantes et risquées. Cela permet également la lisibilité de l'organisation et de ses liens avec l'environnement. Elle facilite la fermeture d'un système trop complexe pour être appréhendé de manière plus globale
- **Encourager la communication** pour faciliter l'appropriation de décisions comportant de nombreuses ramifications complexes et pour aider les acteurs à une meilleure lisibilité. »

1.3.1 Définition des concepts proposés par R.A.Thietart

Nous allons nous attarder brièvement sur les 3 concepts proposés par R. A. Thietart afin de les rattacher à l'organisation hospitalière et notamment aux activités principales des managers.

Maitriser¹⁰ : qui vient du mot « maître », signifie gouverner, connaître précisément. La nouvelle gouvernance en est un exemple. En effet, la mise en place des pôles constituent des structures qui vont permettre de créer des liens formels entre les acteurs, d'affecter des responsabilités et de clarifier la répartition des tâches et des actions et, en conséquence renforcer la stabilité du système par une maîtrise au plus près des actions et des acteurs.

S'agissant des fonctions opérationnelles, toutes les activités visant à contrôler, tracer, garantir et formaliser les tâches, les liens et les procédures contribuent à cette activité.

Planifier¹¹ : Signifie organiser, prévoir, décomposer l'objectif général en tâches élémentaires, afin de faciliter la lisibilité de l'organisation et des liens dont elle dispose avec son environnement.

S'agissant des fonctions opérationnelles, les activités en lien avec les projets, les programmes, les plans, la hiérarchisation, les ressources temporelles, contribuent à cette activité

¹⁰ Encyclopédie de l'internaute : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/encourager/planifier/maitriser> consulté le 30 août 2012

¹¹ Idem ci-dessus

Encourager la communication et la circulation de l'information avec l'ensemble des acteurs internes et externes pour rendre plus lisible ce que fait l'hôpital d'aujourd'hui. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) apporte une dimension nouvelle hors des murs de l'hôpital et nécessite donc de travailler avec les partenaires et usagers pour faciliter les liens. En interne comme en externe, c'est faciliter le partage de l'information par des nouveaux outils de communication (imagerie, dossier patient, agendas, etc.) Mais c'est aussi faciliter la communication entre les individus pour favoriser le lien social source de performance.

C'est pourquoi, il nous semble pertinent d'aller au-delà du concept de R. A. Thietart en y ajoutant une valeur plus engageante au terme « encourager ». En effet, dans un environnement où la dimension humaine est si forte, il nous semble important d'introduire un management qui va tendre à favoriser le progrès des individus, le développement des compétences, l'enthousiasme collectif, la créativité, sans oublier que l'objectif principal qui demeure la performance collective au service de l'utilisateur ...

Si les deux précédents axes incitent à la stabilité, celui-ci au contraire incite au mouvement, à l'innovation, à l'autonomie des acteurs, il est ainsi, diffuseur d'instabilité tout en restant sous le contrôle raisonné du manager.

Sur le plan opérationnel, toutes les activités en lien avec la communication, l'animation de réunions, d'équipes ou de groupes de travail, de même que la valorisation des activités des personnes et des idées, ou encore la diffusion des informations, le véhicule de valeurs professionnelles partagées (respect, rigueur,..) et la diffusion d'une culture positive (exemplarité, culture managériale et soignante,..) participent à la satisfaction de cet axe.

S'agissant du directeur des soins, on observe que ses activités managériales s'articulent autour de ces trois axes majeurs définis par Thietart. Si les 2 premiers axes requièrent des compétences organisationnelles et une certaine expertise soignante, le troisième axe requiert en revanche davantage des compétences humaines et relationnelles particulières. En effet, l'animation, la diffusion des informations, la mise en lien, la valorisation des compétences et des activités de soins, l'identification de valeurs (respect rigueur, etc.) et l'adoption de comportements identifiables qui symbolisent l'appropriation des valeurs communes (exemplarité), etc. ... sont autant d'actions qui contribuent d'une part au positionnement et d'autre part, à une meilleure lisibilité institutionnelle et une meilleure cohérence managériale.

A partir du postulat suivant, ***l'hôpital dispose de toutes les caractéristiques d'un système complexe***, nous soutenons que le management d'un tel système suppose donc

innovation, compétences, expérience et savoir-faire. Mais il suppose aussi de disposer de valeurs mobilisables, créatrices de sens.

Nous allons donc nous intéresser aux missions du directeur des soins afin d'analyser si son statut, son parcours, son identité de soignant peuvent lui apporter une certaine singularité lui permettant d'être un manager adapté à la complexité.

Aussi, à partir du référentiel métier du directeur des soins du 29 septembre 2010, nous tenterons de classer ses principales missions au sein de chacun des thèmes définis par Thietart.

Ceci nous permettra dans un premier temps de confirmer ou non si la place du directeur des soins lui permet bien d'aborder la complexité hospitalière et si elle peut constituer une opportunité à saisir pour être reconnu en qualité de manager singulier.

1.4 Le directeur des soins un manager singulier

1.4.1 Une position statutaire

Le directeur des soins¹² exerce sur plusieurs types d'activités : d'une part, s'il est coordonnateur général des soins, il préside la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-technique (CSIRMT) et donc à ce titre, devient membre de droit du directoire. D'autre part, il exerce des activités dans son champ de compétence, à l'égard des pôles ou d'activités transversales, il organise et est responsable de la conception et la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Il veille à la cohérence et à la qualité des parcours de soins en coordination avec la communauté médicale, le personnel de soins, de rééducation et médico-technique et les services supports, anime et coordonne les activités des cadres de santé, ...

Le personnel soignant non médical représente 70 à 80 % des effectifs d'un hôpital qui sont, par délégation du directeur, sous sa responsabilité. A ce titre, le directeur des soins dispose d'un rôle important auprès des cadres supérieurs et de proximité pour instaurer une politique managériale et une culture soignante qui puissent permettre de répondre aux enjeux nationaux et locaux notamment au travers du projet d'établissement.

Son rôle de manager auprès de l'équipe cadres qu'il anime, et son rôle de coordination avec l'ensemble des directions fonctionnelles et des acteurs, lui confèrent un positionnement éminemment stratégique et politique. Cette position, ainsi que son parcours, lui procurent une singularité qui peut constituer un atout dans la réussite de ses missions.

¹² Ministère de la santé et des sports, 2010, Référentiels métier des directeurs des soins, Rennes presse de l'école des hautes études en santé publique, 53 p.

1.4.2 Et une certaine singularité

La singularité¹³ décrit le caractère singulier, particulier, spécifique, unique de quelque chose ou quelqu'un. En mathématique, la singularité représente le point où des valeurs infinies sont constatées. L'unicité et l'infinie de valeurs ne sont-elles pas des caractéristiques idéales pour construire une identité professionnelle ?

Quelle est donc la caractéristique singulière du directeur des soins ? Notre expérience de faisant fonction nous permet de croire en cette singularité que nous placerons dans 4 domaines :

- **Son parcours** : seul directeur dont le concours d'entrée à la formation s'adresse à des soignants de formation initiale et dotés d'une expérience managériale confirmée. Ils disposent donc d'un solide parcours au sein même des organisations de soins.
- **Son positionnement** : aux confins de l'opérationnalité et de la stratégie, lui permettant de clarifier les actions pour leur donner sens.
- **Ses relais** : au sein de l'équipe de direction et proche des équipes médicales et soignantes qui représentent les principaux acteurs hospitaliers producteurs d'activité et de soins. Leur encadrement constitue d'excellents relais d'informations institutionnels, ascendants et descendants.
- **Son expertise dans les soins et les organisations** qui constituent de puissants leviers de performance.

Ainsi, considérant que le directeur des soins est un des acteurs essentiels du management hospitalier, nous pouvons poursuivre notre travail de recherche autour des interrogations suivantes :

Du fait de son parcours n'est-il pas doté de toutes les compétences nécessaires pour appréhender un système complexe ?

Sa connaissance du terrain et sa place au sein de l'équipe de direction ne lui offrent-elles pas une des positions les plus stratégiques pour parvenir à relever ce challenge ?

Quels leviers peuvent être mobilisés par les directeurs de soins pour réussir le double challenge de participer d'une part au développement de l'institution et d'autre part à la responsabilité sociale de l'établissement (qualité de vie au travail, respect de l'environnement, et rationalisation des ressources) ?

¹³Encyclopédie de l'internaute : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/encourager/planifier/maitriser> consulté le 30 aout 2012

Enfin, quels partenariats doit-il développer pour y parvenir et trouver sa juste place au sein de cet environnement dynamique, ... ?

En effet, si notre intime conviction nous conduit à penser que la posture, les valeurs, le savoir collaborer et le leadership occupent une place fondamentale, nous tenterons donc au travers de notre recherche de mesurer à partir de plusieurs modèles de directeurs des soins soumis à des complexités différentes, comment est orchestrée l'harmonie entre la singularité (regroupant les 4 domaines précités) et les valeurs (recensées dans le discours) pour manager un système complexe tel que l'hôpital d'aujourd'hui. Ces entretiens nous permettront donc de rechercher les stratégies explicites et implicites mises en œuvre pour appréhender cette complexité hospitalière.

Ces questionnements constitueront le cœur de notre recherche afin de bâtir secondairement nos préconisations. Toutefois, on ne peut envisager ces pistes sans tenir compte de nouvelles interrogations qui s'offriront à nous et qui pourtant ne pourront être traitées faute de temps et de moyens.

2 L'analyse par la valeur : de la méthodologie à l'analyse

2.1 Notre champ de recherche au sein de 3 établissements

Dans un souci de balayer de façon pertinente le management d'un établissement hospitalier, et afin de répondre à cette problématique, il nous a semblé opportun de rencontrer des managers hospitaliers stratégiques présents au directoire afin de confronter leurs points de vue et de faire émerger les idées qui les unissent du fait de leur corpus ou du fait de la culture de leur établissement.

Pour cela, nous avons choisi 3 établissements de santé de dimension moyenne non universitaires afin de ne pas introduire une dimension supplémentaire.

Le choix s'est donc porté sur :

- **L'Hôpital A** : établissement MCO comportant le seul secteur de psychiatrie départemental et qui regroupe au total 500 lits. Ce centre hospitalier est en plan de retour à l'équilibre depuis plus de 3 ans et l'avenir de la chirurgie et de la maternité est menacé si une fusion ou un rapprochement avec le public ou le privé n'est pas réalisé rapidement.
- **L'Hôpital B** : établissement de secteur psychiatrique départemental de 1500 lits et places considéré comme une référence au plan national, disposant d'un budget excédentaire lui permettant d'envisager des projets ambitieux. Par contre, chaque décision fait l'objet d'une dure négociation avec les partenaires sociaux toujours prêts à mobiliser les personnels, les médias et les politiques.
- **L'Hôpital C** : établissement de MCO de 700 lits en équilibre budgétaire et disposant à la fois des projets architecturaux et des projets de développement de réseaux de soins avec des prises en charges innovantes.

Deux de ces établissements faisaient partie de nos lieux de stage nous permettant de faire une analyse fine de la culture de l'établissement. Le dernier établissement a été choisi pour sa dimension (à taille humaine) et la diversité de ses activités. En outre nos préconisations s'appliqueront sur un établissement de taille similaire et disposant des mêmes caractéristiques. Ce dernier établissement nous était par ailleurs inconnu et ne semble a priori ne pas disposer de difficulté particulière.

L'analyse des entretiens nous permettra de mettre en lumière le poids de la stratégie dans le management de l'institution et d'analyser si d'une part, celui du directeur des

soins diffère des autres managers et si d'autre part, les menaces, qui peuvent peser sur une institution, influencent l'entretien par la complexité supplémentaire qu'elles peuvent apporter.

2.1.1 Les acteurs interrogés

Dans chacun des établissements, le directeur, le président de CME, un directeur adjoint présent au directoire (le DRH dans les 3 cas), le directeur des soins et 2 ou 3 cadres supérieurs ont été interrogés. Compte tenu de la période, seulement 2 présidents de Commission Médicale d'Etablissement ont pu répondre à nos sollicitations. Dans le dernier établissement, un chef de pôle, ancien président de la CME a par contre été rencontré afin d'équilibrer l'analyse.

S'agissant des entretiens avec les cadres, leur analyse ne s'appuiera pas sur la même grille que les autres professionnels, compte tenu du cadre théorique utilisé. Par contre, ces entretiens permettront à différentes étapes, d'illustrer notre travail au travers des propos recueillis.

2.1.2 Les limites

Les entretiens ont tous, à l'exception de deux, fait l'objet d'un enregistrement. Si ceci a permis de faire une analyse fine des mots et du discours, nous pouvons aussi regretter que ce dernier soit parfois parasité par la présence du dictaphone. En effet, nous avons pu observer parfois un discours lissé et sans surprise.

Par ailleurs, on peut déplorer le nombre restreint des personnes interrogées ainsi que le choix des établissements mais les contraintes temporelles ne nous ont pas permis d'élargir notre champ de recherche. Pourtant, l'étendue de son domaine d'investigation l'aurait largement méritée.

D'autre part, la question portant sur les difficultés placée au début de l'entretien a influencé le discours autour de cet axe ne faisant pas assez ressortir d'autres aspects comme l'innovation, l'enthousiasme, etc. Aussi, nous nous efforcerons au travers de l'analyse de tenir compte de ce constat afin de ne pas trop majorer les difficultés et de les pondérer.

2.1.3 Les outils utilisés

Pour réaliser nos entretiens nous avons élaboré un guide (annexe I). Pour leur analyse, nous avons choisi de construire une grille (annexe II) reprenant la méthodologie¹⁴ de

¹⁴ Analyse par la valeur : méthodologie consistant à mesurer le poids d'une fonction par le nombre de mots se rattachant à elle ou de liens observés avec les autres fonctions = comment objectiver le subjectif

l'analyse par la valeur¹⁵ et qui reprend les principales fonctions du directeur des soins extraites de son référentiel métier. S'agissant des autres professionnels (directeur chef d'établissement, directeur adjoint chargé des ressources humaines et président de CME) nous reprenons la grille préalablement construite pour les directeurs des soins en l'adaptant aux missions spécifiques de chacun.

En construisant la grille des présidents de CME, nous avons pu constater combien leurs missions se rapprochent de celles du directeur des soins.

Considérant que le management de la complexité nécessite selon notre cadre théorique les 3 principales compétences (maîtriser, planifier et encourager la communication) nous avons choisi de classer les fonctions de la manière suivantes :

Maitriser :

- Contrôle le respect de la réglementation (Qualité et sécurité)
- Organise la répartition équilibrée des ressources
- Contrôle la mise en œuvre du Projet de Soins dans les pôles
- Participe aux activités de gestion des ressources Humaines
- Participe au Programme d'Actions Qualité et aux procédures de certification

Planifier

- Préside la CSIRMT et élabore un programme annuel
- Conçoit et met en œuvre le projet de soins
- Participe au positionnement stratégique (directoire)

Encourager la communication

- Organise la cohérence des parcours de soins en collaboration avec les médecins et soignants
- Développe la recherche en soins
- Anime l'équipe cadres
- Contribue à l'organisation des systèmes d'information
- Relaye l'information,

En outre, afin d'affiner notre travail nous avons souhaité mettre en lumière une fonction supplémentaire que nous nommerons :

Véhiculer des valeurs

- Régule les conflits
- Entretient un climat favorable

¹⁵ Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS)- 2004- Lyon 2- Maîtrise management des établissements sanitaires et sociaux-cours de Julien Husson maître de conférences

- Travaille en collaboration
- Est symbole, fait preuve d'exemplarité
- Diffuse une culture positive (culture managériale ou culture soignante)

2.2 Les divergences et les convergences au service de la recherche

Chaque entretien est analysé et classé au sein d'une grille Excel qui est construite autour des 4 thèmes précédemment définis. Chaque fois que le thème est évoqué, il est valorisé sur cette grille. Le discours est donc analysé de façon horizontale par thème abordé et de façon verticale par les mots ou les expressions employés.

2.2.1 La stratégie : le directeur des soins et le chef d'établissement une étonnante synergie

Préalablement à l'analyse des thèmes et afin de rechercher si la stratégie est perçue de façon identique au sein de l'équipe de direction, nous avons retenus 4 axes stratégiques inscrits au projet d'établissement de chacun des hôpitaux étudiés. Nous avons retenus :

- Un axe de développement incluant un projet architectural important :
 - Hôpital A : restructuration des urgences
 - Hôpital B : construction d'une Maison d'Accueil Spécialisée
 - Hôpital C : construction d'un nouvel EHPAD¹⁶
- Un axe médical générant des nouvelles activités
 - A : ouverture d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD)
 - B : prise en charge des détenus en hospitalisation complète et ambulatoire des trois maisons d'arrêt du département
 - C : Création d'une unité neuro vasculaire
- Un axe de restructuration impactant les effectifs :
 - A : regroupement des pathologies médicales et chirurgicales viscérales sur un même service
 - B : réorganisation des unités d'accueil pour patients difficiles
 - C : révision des effectifs sur l'EHPAD et le SSR¹⁷
- Un axe managérial développé sur plusieurs années accompagné d'objectifs précis et d'indicateurs de résultats.
 - A : réduction des effectifs au plus près des besoins (- 5%)
 - B : contractualisation des pôles avec délégations de gestion
 - C : mise en place d'un plan de formation sur 2 ans

¹⁶ EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

¹⁷ SSR : soins de suite de de réadaptation

L'entretien comportait, si la personne interrogée ne l'évoquait pas dans son discours, une question visant à nous rappeler les 4 principaux axes stratégiques du projet d'établissement. Tous les acteurs ont répondu avec une étonnante facilité sur 2 axes (non systématiquement les mêmes selon les acteurs), les 2 autres axes ont demandé pour certains une réflexion plus longue, voire différée.

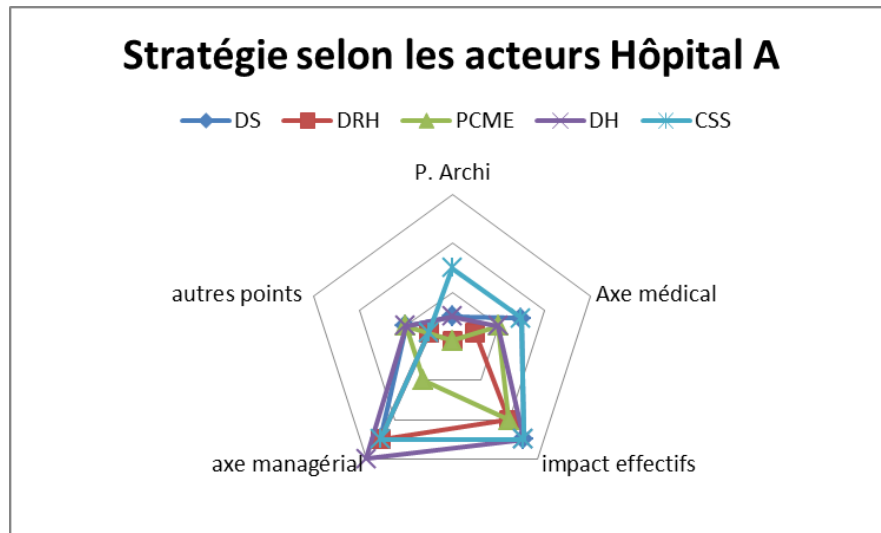


Figure 1 : projets annoncés dans le discours des personnes interrogées hôpital A

On observe que l'ensemble des acteurs interrogés de l'établissement A évoquent les mêmes axes stratégiques issus du projet d'établissement. Ceci peut s'expliquer par la situation financière de cet hôpital qui focalise les projets sur un retour à l'équilibre incluant restructuration et resserrage des effectifs. Aussi, les projets plus positifs (la reconstruction des urgences et l'ouverture de l'HAD) ne sont cités en dehors du chef d'établissement que par les acteurs directement impactés par ce projet tels que le cadre supérieur concerné et le directeur des soins qui ont dans ce projet la mission de revisiter les organisations.

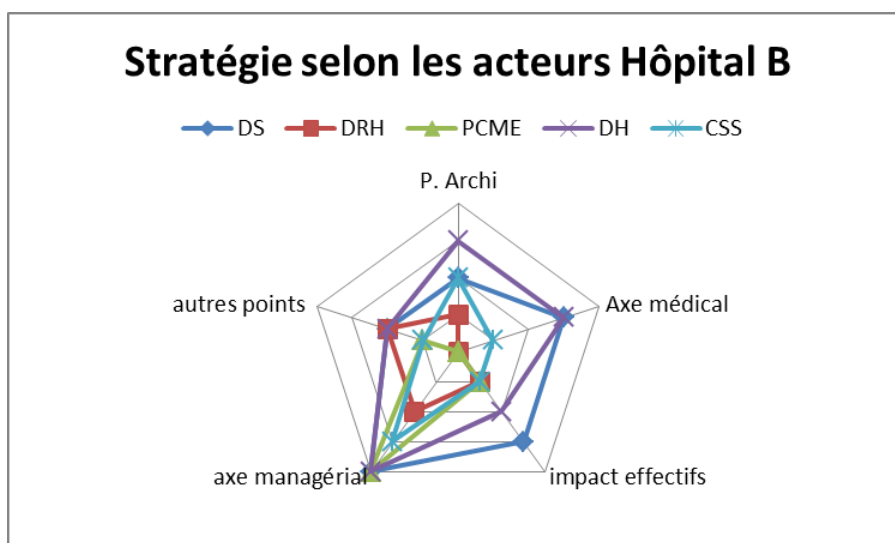


Figure 2 : stratégie selon les acteurs interrogés Hôpital B

Là encore on observe une bonne convergence de la stratégie chez les personnes interrogées avec également le constat que celle-ci est encore facilement évoquée chez les acteurs directement impactés par le projet. Le chef d'établissement et le directeur des soins ont évoqués le même autre projet : « l'ouverture d'un musée afin d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur et développer la culture à l'hôpital ». Ce projet n'est pas inscrit au projet d'établissement mais constitue un sujet d'actualité important et permet la diffusion d'une image positive de l'institution à laquelle les managers sont souvent sensibles.

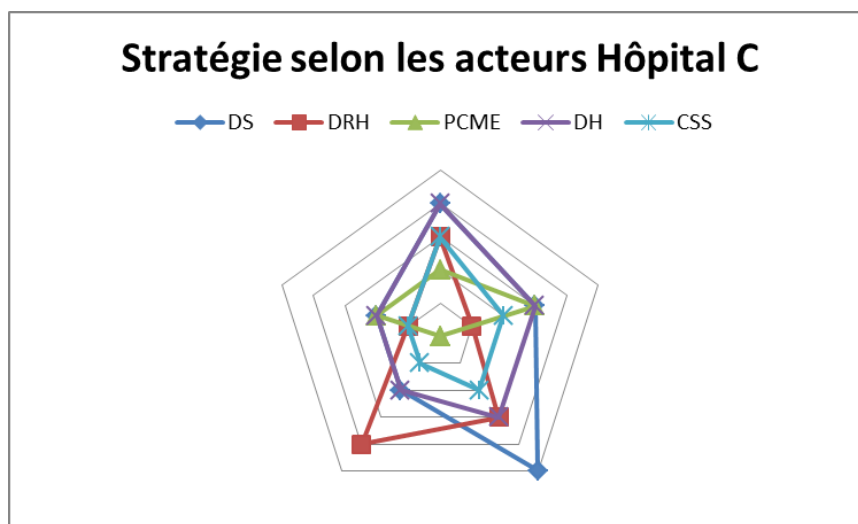


Figure 3 : poids des projets dans le discours des acteurs interrogés Hôpital C

A la lumière de ce troisième schéma on observe une certaine homogénéité des priorités stratégiques des établissements chez les directeurs des soins et leur chef d'établissement. S'il serait audacieux d'en faire une généralité, ce constat est observable dans les 3 établissements quel que soit le caractère menaçant ou non des projets envisagés concernant l'avenir des activités de chacun des établissements.

Ce constat témoigne d'une certaine communion entre le directeur des soins et le chef d'établissement qui ont une « *vision panoramique sur l'institution*¹⁸ ».

Cette convergence sur la stratégie commune permet d'une part, de rendre plus lisible les orientations de l'établissement auprès des équipes et d'autre part, de véhiculer une image positive de cohérence institutionnelle afin de les décliner par des décisions et des actions plus opérationnelles.

2.2.2 La complexité : une vision plus individuelle et contextuelle

S'agissant de la complexité, on observe dans un premier temps, une représentation plus personnelle, plus individuelle, peut-être même plus corporatiste de celle-ci mais surtout, très liée au contexte économique ou politique de l'établissement. Alors que tous les acteurs du CHA attribuent la complexité autour du plan de retour à l'équilibre, le second

¹⁸ Expression extraite du discours du Chef d'établissement de l'hôpital B lorsqu'il parlait du directeur des soins.

établissement évoque le poids des politiques et des syndicats. S'agissant des acteurs du troisième établissement dont le contexte semble moins parasité par des événements externes ou internes, ils ont une vision plus individuelle de la complexité. Le directeur des soins évoque sa difficulté à répondre à sa mission compte tenu du temps dont il dispose. Le directeur, chef d'établissement place la complexité autour de la divergence des logiques médicales, politiques et sociales. Le DRH et le Président de CME la placent davantage autour des contraintes qui leur sont propres (la gestion des ressources pour l'un et la difficulté d'être reconnu en qualité de « référent expert médical pour l'autre).

A) Nouvelles réformes : complexité ou opportunités ?

Dans un second temps, au travers du discours, on observe que les réformes ont en effet introduit un « *brouillard* » supplémentaire qui se traduit par des expressions diverses : « *Peut être qu'un jour on redonnera du pouvoir aux médecins pour y voir plus clair*¹⁹ » ou « *les textes sont tellement brouillés qu'on ne sait plus qui doit voter quoi*²⁰ » De même, les cadres supérieurs expriment leurs difficultés face : « *à l'autorité hiérarchique ou fonctionnelle dont on ne comprend pas le sens et ne permet pas de connaître l'interlocuteur juste* ». Un cadre a même fait un lapsus en parlant « *d'inter-l'occulteur* ». Les réformes construisent la complexité selon chacun mais devient en second ou troisième plan derrière la gestion de l'humain (pour les directeurs des soins, les Présidents de CME et les cadres) et les injonctions paradoxales (les DRH et les chefs d'établissements)

Paradoxalement, les directeurs des soins expriment peu le poids des réformes dans la complexité ou la tempèrent en disant « *si la nouvelle gouvernance, en introduisant les pôles a mis de la confusion dans qui décide quoi, elle permet aussi au directeur des soins de se libérer de ce qui se passe au sein des pôles. Nous donnons le cap et celui-ci est mis en œuvre au sein des pôles. Notre travail s'arrête à la porte du pôle.Sauf le contrôle bien sûr !* » « *Mais nous sommes le seul directeur avec le chef d'établissement à ne pas être enfermé dans une thématique unique et économique* ».

B) Le DS plus soignant que directeur selon les uns, plus directeur que soignant selon les autres

Les entretiens montrent parfois une certaine dichotomie entre le discours « *le directeur des soins est un directeur* » et les mots utilisés autour cette phrase exprimée par un DRH « *mais il doit rester à sa place, il est là pour appliquer ma stratégie, pour transmettre nos directives, pour faire passer les messages,* Ou encore, lorsqu'un président de CME s'exclame : « *de sa nouvelle place, le directeur des soins participe à la complexité*

¹⁹ Expression d'un président de CME du CHB

²⁰ Expression extraite du discours d'un directeur au cours du Conseil de surveillance

»..... Où avons-nous vu qu'un « soi-disant » directeur non médecin décide d'une organisation sans l'avis du médecin ?

En revanche, les cadres reconnaissent que si les nouvelles réformes apportent une certaine incertitude sur l'avenir, le directeur des soins est souvent l'interlocuteur privilégié qui éclaire, qui rassure, qui apporte les repères essentiels aux nouveaux contextes.

2.2.3 Le management de la complexité selon les acteurs

S'agissant de leurs modes de fonctionnement pour manager, nous avons choisi de l'explorer au travers des radars. Mais leur superposition rendant la lecture plus difficile, nous avons opté pour la construction d'un radar par acteur afin d'en faire une analyse plus poussée puisqu'il occupe notre cœur de sujet.

A) Hôpital A : la situation économique au cœur du management

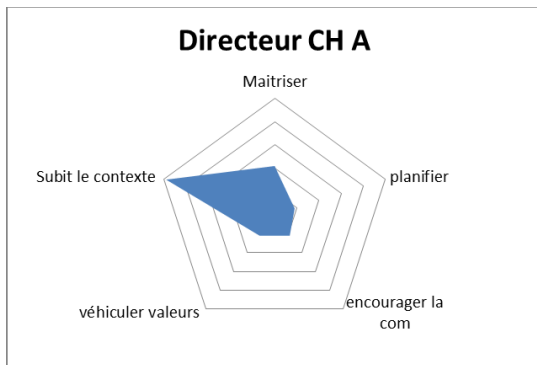


Figure 4 : Répartition des missions du DH (Hôpital A)

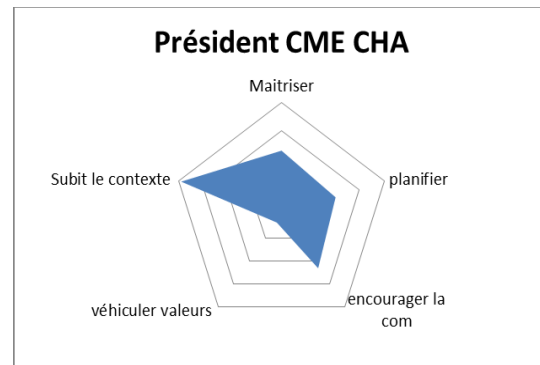


Figure 5 : Répartition des missions du Président de CME (Hôpital A)

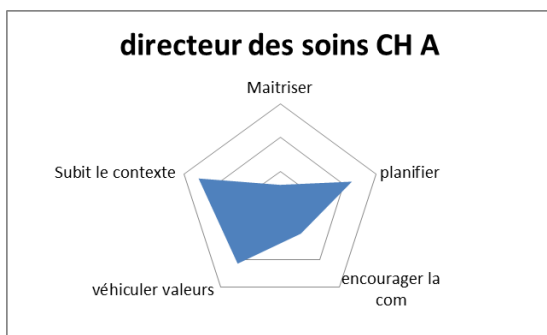


Figure 6 : Répartition des missions du DS (Hôpital A)

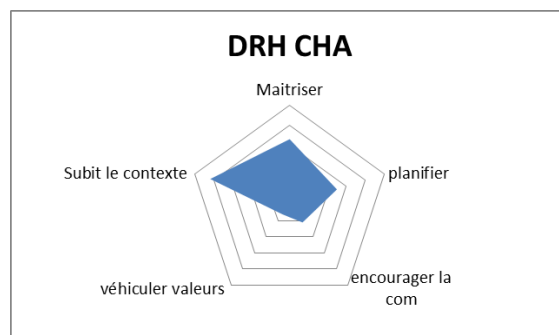


Figure 7 : répartition des missions du DRH (Hôpital A)

Le contexte économique de cet établissement pousse les acteurs autour d'un seul point de convergence que nous avons nommé « subir le contexte ». Chacun utilise un, voire deux axes stratégiques pour manager la complexité, aucun n'utilise l'ensemble des axes. On constate à quel point l'avenir économique de l'établissement pèse sur le management contraignant les acteurs à se positionner sur des axes refuges : la planification et le

véhicule des valeurs pour le directeur des soins, la maîtrise et le contrôle pour les deux directeurs et la circulation des informations centrée sur la communauté médicale pour le président de CME. En outre, ce constat est renforcé par le départ simultané de 3 directeurs laissant l'établissement dans une « *grande incertitude* » exprimée par les cadres qui manquent cruellement d'information alors que l'avenir de la structure est en jeu.

B) L'hôpital B, un modèle managérial qui s'appuie sur un travail en collaboration

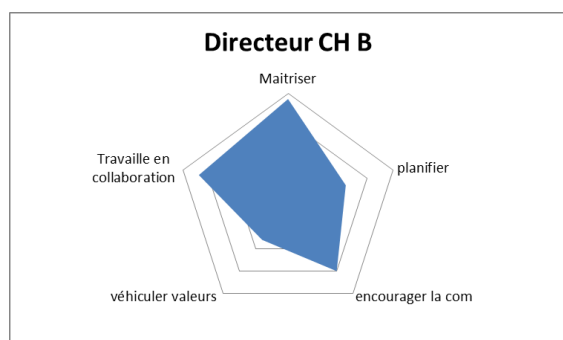


Figure 8 : mode de management directeur CH B

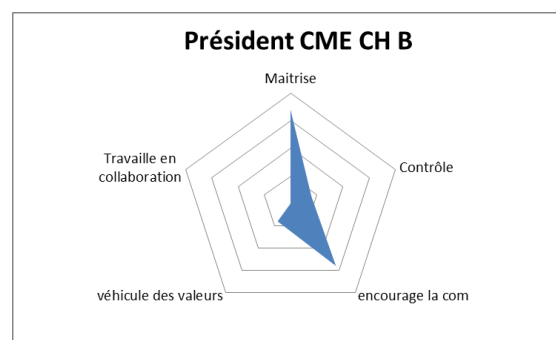


Figure 9 : mode de management Prés. CME CH B

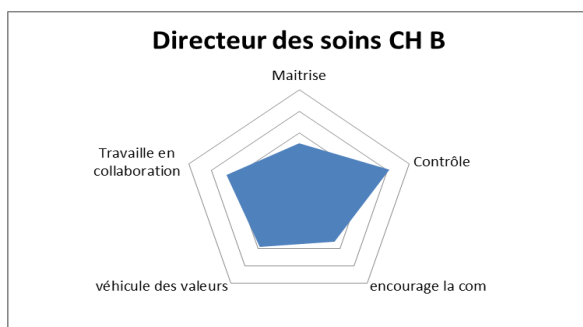


Figure 10 : mode de management DS CH B

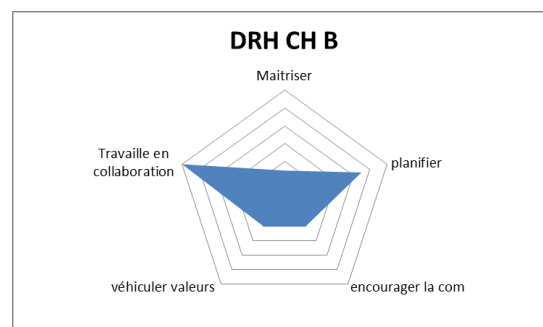


Figure 11 : mode de management DRH CH B

On observe que dans cet établissement, le travail en collaboration occupe une place importante dans le management stratégique. Ce mode de management impulsé par la direction offre aux acteurs une meilleure capacité à affronter les contraintes ou la difficulté du contexte. En effet, Guy Le Boterf²¹ affirme que la compétence des équipes ne peut pas se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle repose sur la qualité des interactions qui s'établissent entre les membres d'une équipe...

Alors que le Président de CME utilise majoritairement 2 axes sur les 4 proposés, le directeur des soins ainsi que le directeur Chef d'établissement dans une moindre mesure, occupent de façon importante et harmonieuse l'ensemble des axes. Ce mode managérial est largement reproduit par les cadres toujours enclins à travailler ensemble. D'ailleurs cet

²¹ Guy Le Boterf cité par Ollivier Daniel, 2012, le Management 2.0 sus cité. p. 163

établissement a développé deux thèmes de recherche intéressant les soignants sur le « manger main » et sur « le dépistage de la douleur en psychiatrie ».

C) L'hôpital C, la maîtrise au cœur du management du DS et du Directeur

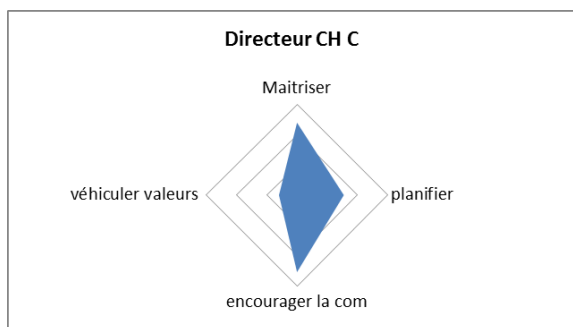


Figure 12 : mode de management Directeur CH C

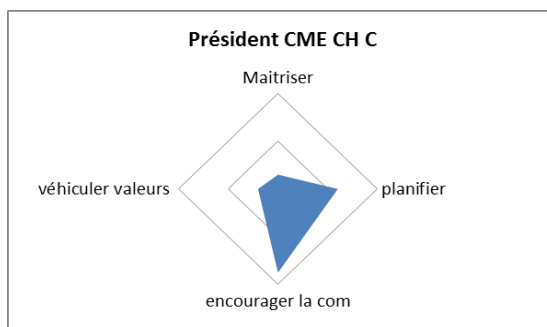


Figure 12 : mode de management Président CME CH C

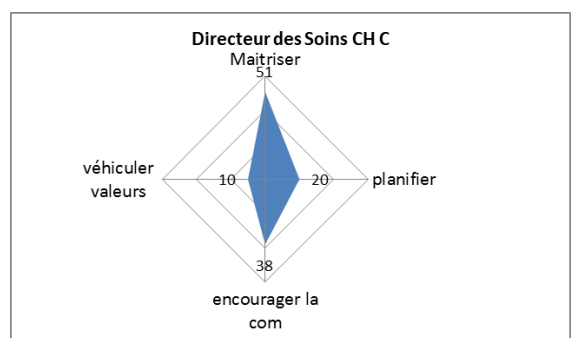


Figure 13 : Mode de management du DS CH C

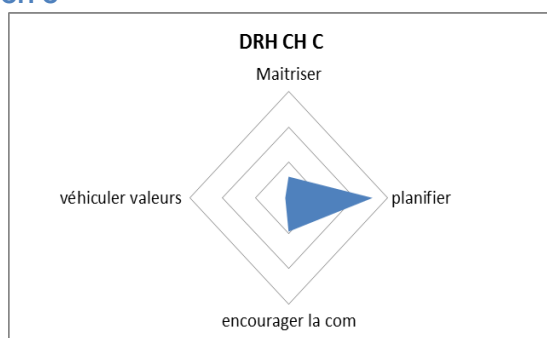


Figure 14 : Mode de management DRH CH C

L'hôpital C montre à quel point la maîtrise des activités et de la communication constituent les piliers managériaux de ses dirigeants. La stratégie majeure du chef d'établissement repose en grande partie sur l'image extérieure qu'il souhaite offrir à l'hôpital. La multitude des projets de réseaux développés avec des partenaires publics, privés et associatifs témoignent de cette volonté institutionnelle d'exister et d'avoir une place importante sur le bassin de santé où la concurrence est forte. Le directeur des soins adhère à cette stratégie comme le montre le radar. Peut-être qu'il s'agit aussi pour lui de renforcer sa légitimité de jeune directeur des soins en quête de « *posture rassurante* ». Cependant, en monopolisant son énergie dans ce champ, il en occulte parfois le véhicule des valeurs et le travail avec les équipes et les cadres. Cela se traduit par un management sur un mode pyramidal et une vision éclatée de la stratégie exprimée par les cadres supérieurs « *La direction nous demande de leur faire des propositions sur leurs projets mais nos propositions ne sont jamais suivies on ne sait même pas si elles sont lues ou entendues* » ou « *On voudrait être considérés comme des acteurs mais on est plus souvent les spectateurs des projets de la direction !On peut dire qu'elle a pris un faux pli qui deviendra difficile à effacer*»

Les autres acteurs (DRH et Président de CME) concentrent leur énergie sur des modes managériaux qui leur permettent d'assurer leurs fonctions de façon autonome en tentant de planifier les actions pour lesquelles ils ont toute latitude.

Afin de confronter le discours à nos hypothèses, nous avons choisi de décrypter ces derniers au travers des 4 concepts.

2.2.4 Premier axe : Maitriser

On observe, au travers du discours des personnes interrogées, que la notion de maîtrise et de contrôle est davantage évoquée par les directeurs et dans une moindre mesure par les directeurs des soins. Ceci peut s'expliquer par le fait que, chez ces derniers, le contrôle est reconnu comme étant une activité comme les autres, elle ne constitue ni une source de difficulté particulière ni un axe stratégique mais davantage un moyen au service des autres activités. Pour le directeur des soins, la maîtrise s'inscrit davantage comme une activité annexe qui permet d'objectiver l'avancée des étapes par leur traçabilité. La maîtrise, telle que comprise par les personnes interrogées, permet surtout de maintenir la vigilance et de se rassurer, mais ne constitue pas une finalité. Un directeur des soins²² évoque même le contrôle comme un «*acte prescrit*». Celui-ci va d'ailleurs davantage axer ses préoccupations sur d'autres activités où son autonomie et ses compétences sont davantage «*valorisées et plus productives*. »

S'agissant des autres professionnels, tels que les Directeurs des ressources humaines et les présidents de CME, le contrôle ne s'exerce pas pour eux de façon quotidienne. Mais elle s'exerce davantage de façon périodique au moment d'échéances particulières (visite de certification, résultats d'activités, contrôle des tableaux d'effectifs, etc..). La date de l'enquête n'est sans doute pas étrangère au résultat de cette dimension.

Cet axe « Maitriser » est majoritairement exprimé par le directeur des soins car il s'agit d'une fonction qui impose l'action (audits, autoévaluations, suivi des projets, réunions de groupes de travail, etc. En revanche, les autres acteurs préfèrent la notion de maîtrise (*pouvoir, autonomie, autorité*) à celle du contrôle (*surveiller*) effet, si le contrôle est évoqué par ces acteurs, il semble davantage exprimé comme un vœu pieux, comme un idéal inatteignable : «*Il faudrait un vigile présent tous les jours à l'entrée du bloc pour éviter certaines dérives,...* ».

2.2.5 Second axe : Planifier

Cette dimension occupe une place importante chez les directeurs des soins qui y voient l'essentiel de leurs activités. La rédaction du projet de soins, son suivi, son évaluation ainsi que les activités de la commission de Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-

²² Directeur des soins du centre hospitalier A

technique, constituent les principaux axes stratégiques du directeur des soins qui tient à y exercer toute sa place. En outre, deux directeurs des soins évoquent la nécessité de suivre les contrats et projets de pôle car²³ « *la cohérence institutionnelle à laquelle je suis attachée repose sur une autonomie raisonnée qu'on doit laisser aux cadres de pôle, pour éviter la balkanisation, mais aussi, pour éviter une iniquité dans l'attribution des ressources et la qualité des prises en charges.* »

D'autre part, sa place au directoire s'inscrit dans cette dimension de même que sa participation aux réunions de direction. C'est d'ailleurs au cours de ces réunions que l'on peut aisément mesurer la place occupée et accordée au directeur des soins dans l'institution et sa participation aux orientations stratégiques de celle-ci.

S'agissant des autres professionnels, on peut s'interroger sur la place accordée à la planification notamment pour les directeurs interrogés. Les premières questions axées sur la complexité les ont-ils orientés davantage sur les difficultés rencontrées quotidiennement ? Ce qui nous amènerait à penser que cette activité n'engendre ni problème ni satisfaction particulière. Ceci expliquerait pourquoi la partie réglementaire est peu évoquée (EPRD, CEPOM, Bilans, renouvellement d'autorisations, etc.). En revanche, ils évoquent davantage les échéances des projets architecturaux dont ils ont en grande partie la responsabilité.

Nous classons également dans la catégorie « Planifier » toutes les actions d'organisation, de restructuration, de projets, etc. Et c'est au travers de cette analyse que nous avons pu mesurer le plus grand écart entre le discours des directeurs des soins et celui des autres acteurs. Le directeur des soins s'inscrit davantage dans l'opérationnalité des actions qu'il met en lien avec la stratégie. Son discours le confirme par : « *il a fallu retravailler,... j'ai revu avec les cadres, ... nous y sommes arrivés mais il a fallu mouiller la chemise, il ne faut jamais baisser les bras,* » ...

On retrouve d'ailleurs les mêmes termes chez les cadres supérieurs qui montrent également leur engagement : « *j'ai porté le projet jusqu'au bout, ... Nous avons tous contribué à poser une ou plusieurs pierres et maintenant ça tient debout et je pense que c'est solide.* »...

D'autres partenaires non directeurs des soins, axent davantage leur discours au travers de représentations, de souhaits : « *Il faudrait* » ou « *Il faudra.....* » « *Ouimais si chacun mettait du sien, ...* »... . Ho...vous savez on ne peut pas être partout ni faire pour les autres »...

²³ Directeur des soins du centre hospitalier C

2.2.6 Troisième axe : encourager la communication

Cette activité est davantage partagée par les acteurs interrogés à l'exception des directeurs chargés des ressources humaines qui disposent souvent de petites équipes en proximité.

Toutefois, on pourrait dire au regard des radars, que cet axe est très « directeur dépendant ». En effet, si le chef d'établissement fonctionne sur ce mode, celui-ci devient un mode de fonctionnement naturel de l'ensemble de l'équipe, voire de l'établissement.

On observe très souvent dans les revendications des personnels toutes organisations confondues, le manque de communication avec leurs dirigeants. Ce discours est fréquent à l'hôpital où l'oralité a été longtemps l'unique source de communication. Pourtant, une politique de communication absente ou mal conduite peut avoir des effets préjudiciables sur l'engagement des acteurs. Alors que les directeurs des soins pensent que le filtre se situe au niveau du pôle, les Cadres de pôle quant à eux, pensent que la communication arrive souvent tardivement et il qu'il existe davantage de communications descendantes de type injonction que d'espaces de communication ascendante.

2.2.7 Quatrième axe : véhiculer des valeurs

Cet axe, comme le précédent fait appel à une analyse plus transversale du discours, chaque thématique est décryptée selon les mots utilisés quelle que soit le sujet abordé. Aussi, nous avons retenu des termes comme « *confiance, attentes, bienveillance, écoute, épanouissement, prendre du temps avec ..., etc...* ». Ces termes sont largement utilisés par les soignants (cadres et directeurs des soins) car proches des valeurs qui fondent l'identité soignante. «²⁴ Ces valeurs partagées, constituent un code moral qui donne aux individus les moyens de juger leurs actes et de se construire une éthique professionnelle voire personnelle ».Ces codes sont reconnus comme « manière d'être ou d'agir idéal et facilitent le travail ensemble ». Les valeurs le plus clairement exprimées sont : l'éthique, la loyauté, la rigueur, l'exemplarité, l'équité....

On constate que cet axe permet aussi aux acteurs de renforcer leur légitimité de soignant-directeur. Ont-ils davantage besoin de la renforcer que les autres principaux managers ? Nous allons donc décrypter le discours des directeurs des soins autour de leur singularité afin d'analyser leur leviers pour renforcer leur légitimité.

²⁴ Ollivier D. 2012, Management 2.0- Performance économique et capital humain, La Plaine St Denis, Afnor, p.27

2.3 La singularité du directeur des soins, siège de leur légitimité

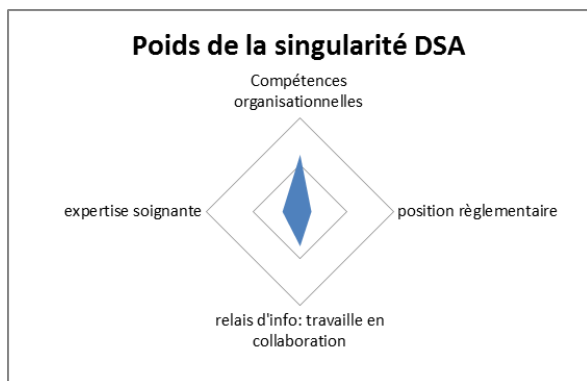


Figure 15 : poids de la singularité DSA

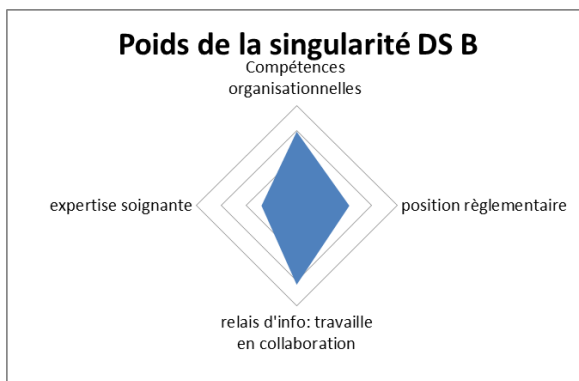


Figure 16: poids de la singularité DS B

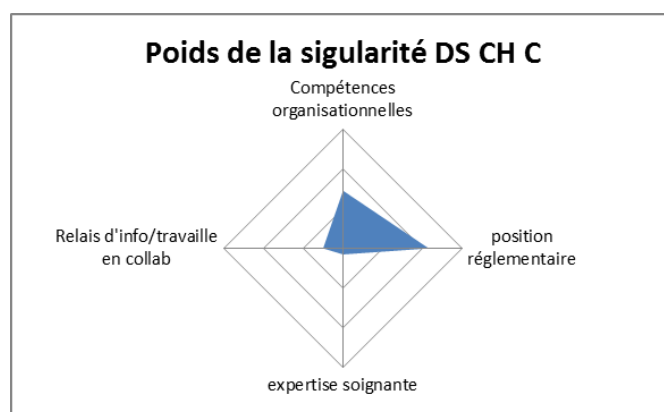


Figure 17: poids de la singularité DS C.

Nous avons là, à partir de l'analyse du discours des trois directeurs des soins une première constante : la singularité. Celle-ci repose majoritairement selon eux, sur leurs compétences organisationnelles acquises durant leur parcours de soignant, de cadre de proximité et de cadre supérieur.

Les autres champs apparaissent de façon plus mesurée dans le discours à l'exception du DS du CH B bien positionné et bénéficiant d'un axe managérial très centré sur le travail en collaboration. De ce fait, il développe ce fonctionnement par des temps réguliers avec chaque direction fonctionnelle (DRH, Directeur des Affaires Economiques, Directeur des Finances, Directeur de la stratégie) En outre, positionné en qualité de co-responsable avec le président de CME, de la Qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Cette position lui renforce sa légitimité et garantit sa transversalité sur l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. S'agissant en revanche du directeur du CH C, jeune directeur dans une équipe ancienne, sa position est encore à affirmer. Pour cela, son fonctionnement se traduit par un repli sur des valeurs sûres qui lui permettent d'être reconnu d'abord en qualité de membre de l'équipe de direction : le règlement et l'organisation.

Le directeur des soins du CHA, bien assis dans sa fonction, voit son horizon embrumé par l'avenir de l'établissement menacé par le départ de l'équipe de direction et la situation économique très difficile. De ce fait, il tente de « *maintenir le bateau hors de l'eau* » en planifiant des projets intéressant les paramédicaux et les médecins. Les réunions sont suivies, la présence médicale est assez bonne. Ces réunions et groupes de travail permettent à chacun d'exprimer ses craintes et de se tenir informé des dernières nouvelles. Quant aux travaux, ils n'aboutissent pas ou de façon partielle car l'engagement est faible, l'absence de direction ne permet pas la prise de décision ou les contraintes économiques sont trop importantes.

La position stratégique

Cette position stratégique est davantage exprimée par les directeurs des soins interrogés. Cependant, on peut déplorer que cette place se limite parfois à la présence du directeur des soins au directoire. Les directeurs des soins sont quant à eux attachés à leur place de président de la CSIRMT qui constitue pour eux un puissant levier de reconnaissance et de créativité.

Pour renforcer nos propos, nous avons repéré 2 concepts souvent retrouvés dans le discours : la posture et le leadership.

« La posture »

La posture est souvent exprimée chez les directeurs des soins qui affirment que celle-ci est déterminante face à l'équipe de direction et face aux équipes dès le 1er jour. De cette posture dépend leur autonomie et le climat de confiance instauré.

« Le leadership »

Si le mot n'est utilisé que par un seul directeur des soins interrogé, c'est sans doute car il revêt une dimension très implicite. Chacun reconnaît que la pertinence du directeur des soins repose sur sa capacité à entraîner les équipes et sur la confiance instaurée entre lui et ses collaborateurs médicaux, directeurs et cadres. Il s'agit bien là d'une compétence leadership.

En résumé, les directeurs des soins reconnaissent tous qu'ils ont réalisé trois métiers au cours de leur carrière, ils « *ont accumulé leurs compétences, multiplié leurs expériences, ajouté des couches supplémentaires sans jamais occulter les anciennes, le directeur des soins **ne renonce à rien surtout pas à son appartenance**. C'est comme un mille-feuille dans lequel la couche inférieure tient la couche supérieure mais tout y est bon²⁵* ». Quant aux valeurs », c'est, selon un, « *la crème qui permet au mille-feuille de se tenir, c'est ce qui fait le liant* » Nous avons peut être là la clef de notre hypothèse.....

²⁵ Expression extraite du discours du DS du CHA

2.4 Vérification des hypothèses

2.4.1 Hypothèse 1 : Le directeur des soins n'est-il pas un acteur singulier doté d'atouts pour manager un environnement complexe ?

A) Sous hypothèse 1.1 : Le Directeur des soins est le seul directeur à pouvoir s'appuyer sur un parcours et de solides compétences organisationnelles :

A la lumière des éléments recueillis, nous pouvons prétendre que cette hypothèse est confirmée. Le directeur des soins dispose d'une position stratégique, transversale, d'un ensemble de relais opérationnels lui offrant une vision et un champ d'intervention panoramique parfois renforcés par une mission stratégique comme la qualité et la gestion des risques.

En outre, ses compétences organisationnelles sont les principales compétences mobilisées par les DS et constituent les premières valeurs refuges du DS notamment en début de carrière ou lorsque son positionnement est mal clarifié.

B) Sous hypothèse 1.2 : Sa position réglementaire en qualité de directeur

Tout comme sa place au directoire, cette position ne constitue pas pour tous une singularité car trop souvent dépendante du contexte (environnement et équipe de direction) et peut-être pas assez occupée dès lors que le management stratégique imposé par le chef d'établissement ne le facilite pas.

C) Sous hypothèse 3 : Son identité soignante nourrie de son expertise du soin et de ses valeurs

Son expertise du soin et du « prendre soin » lui permettent d'asseoir sa légitimité mais davantage, contrairement à nos représentations naïves, auprès des cadres et des équipes afin de se faire reconnaître en qualité de soignant. Cependant elles sont fortement revendiquées par tous les DS interrogés car deviennent un repère identitaire, une appartenance lorsque celle-ci est difficile à trouver au sein d'un établissement.

2.4.2 Hypothèse 2 : Pour manager un système complexe et orchestrer l'harmonie entre organisation et facteur humain, la place du directeur des soins ne bénéficie-t-elle pas d'une position stratégique lui permettant de mobiliser des compétences et des capacités spécifiques ?

Comme nous l'avons vu ci-dessus, sa place est prépondérante. Si on adhère au concept managérial de Thietart, sur le management de la complexité, le directeur des soins est le seul à occuper les 3 axes : maîtriser, planifier, encourager la communication. En outre, ses capacités relationnelles et ses valeurs personnelles l'ont conduit à intégrer un métier

qui requiert le don de soi. De même, ses capacités acquises au cours de son parcours sont présentes et constituent une grande fierté chez tous les directeurs des soins. En effet, on observe que le véhicule des valeurs qui constituent le fondement de l'identité soignante apportent le liant indispensable, facilitent la transversalité, favorise la communication et la circulation des informations entre tous les professionnels, encouragent la motivation et l'engagement et apportent au directeur des soins sa légitimité. Cependant ce véhicule des valeurs est souvent plus implicite qu'explicite comme un tabou offrant une image désuète, trop proche des anciennes « mères supérieures ». Cette hypothèse est confirmée mais de façon plus modérée car il s'agit là de la fonction incarnée qui est très dépendante du contexte et de la capacité ou la possibilité à y faire face.

Synthèse

Les directeurs des soins occupent dans la majorité des cas les 4 champs proposés de notre cadre théorique : il maîtrise et contrôle, il planifie et trace, il encourage la communication et véhicule des valeurs collectives.

Ceci s'explique par 2 raisons essentielles :

- Le champ de compétence du directeur des soins, inscrit dans son référentiel lui permettent d'occuper cette place et d'y trouver sa légitimité
- Le directeur des soins bénéficie d'une vision plus systémique que technique permise par son positionnement, son expertise et ses relais.

En outre, on observe que le directeur des soins est celui qui adopte son management au plus près du ton donné par le chef d'établissement. Cette stratégie est le plus souvent le témoin de sa loyauté auprès de ce dernier. De plus, elle lui permet de trouver dans une collaboration constructive, un climat de bienveillance pour disposer d'une place lui permettant d'avoir une légitimité envers l'équipe de direction, la communauté médicale et les équipes cadres.

« Ni DH ni PH mais doté d'une place singulière »

3 A partir de l'analyse, des préconisations

3.1 La complexité

La complexité est un concept subjectif et est fonction de la manière dont on la regarde, de qui la regarde, de l'époque où on la regarde, etc... Du point de vue des sociologues, la complexité est issue de comportements acausaux, c'est-à-dire, sans relation de causes à effets. La complexité entraîne donc trois types d'incertitudes²⁶ :

- **L'incertitude générale** qui prend ses origines dans la dimension humaine des patients et des personnels, l'exercice de la médecine en tant qu'art, l'éthique professionnelle et personnelle de chacun, etc. Ces phénomènes sont autant d'éléments qui empêchent de raisonner en termes de causalité linéaire.
- **L'incertitude contingente** dont le résultat est déterminé par l'environnement : l'évolution de la place de l'utilisateur, la dimension économique de la santé, les réformes, l'évolution des pouvoirs (la nouvelle gouvernance), les exigences réglementaires, l'évolution culturelle, etc... constituent cette incertitude
- **L'incertitude interne** provoquée par le nombre important d'interrelations entre les acteurs internes et externes, les usagers, et dans lesquelles chacun dispose d'une part d'autonomie. Cette interdépendance des parties, qui constituent l'organisation, introduit cette dimension incertaine et imprévisible des événements qui se succèdent les uns aux autres.

C'est curieusement cette troisième et dernière incertitude qui constitue la principale complexité managériale décrite par les managers interrogés et notamment les directeurs des soins. Les autres dimensions sont soit intégrées, soit sources de stratégies d'adaptation relativement bien maîtrisées.

En effet, l'incertitude **générale** est le plus souvent intégrée car elle est d'ailleurs sans doute à l'origine de la motivation initiale des acteurs pour intégrer le milieu hospitalier, par ses valeurs, l'absence de routine du travail où le don de soi et les émotions prennent toutes leurs places. Elle constitue le plus souvent un stress positif, stimulant.

L'incertitude **contingente**, apportée par les réformes successives imposées par les contraintes environnementales, font partie du décor hospitalier depuis longtemps et imposent des stratégies d'adaptation de la part de chacun comme une situation inévitable

²⁶ R.A. Thietart 2000, Gérer entre l'ordre et le chaos cahier n° 283 Centre de Recherche DMSP Dauphine Paris

naturelle, un postulat. Elle ne semble pas constituer de stress particulier à l'exception de la phase pré-adaptative.

En revanche, l'incertitude **interne** est vécue comme une complexité majeure car source de stress négatif. En effet, les acteurs interrogés font part de leurs représentations face à cette incertitude et de l'écart ressenti entre ce qu'ils observent et leur capacité à y répondre. Cette dimension sera en partie résolue par :

- Une maîtrise des actions,
- Une planification des activités
- Et une politique de communication institutionnelle,
- Le véhicule de valeurs collectives.

Synthèse de la complexité

La complexité est subjective, elle contribue à l'incertitude qui prend principalement trois formes dans une organisation appliquée à l'hôpital : l'incertitude **générale** liée à la dimension humaine de l'hôpital (ses acteurs et ses usagers), l'incertitude **contingente** apportée par l'environnement (économique, culturel, technique, réglementaire, etc...

Et enfin l'incertitude **interne** générée par le nombre important des interactions entre les acteurs. C'est cette dernière incertitude qui préoccupe les managers qui vont utiliser des stratégies pour s'adapter et assurer la pérennité des organisations.

Les stratégies observées sont celles évoquées par Thietart : Maîtriser, planifier et encourager la communication.

Ces stratégies sont pleinement utilisées par les directeurs des soins qui disposent de puissants leviers du fait de leurs compétences, leur posture, leur expérience et leurs relais.

3.2 Maîtriser

Mintzberg et Watters en 1985²⁷, ont observé que la stratégie face à la complexité « devait être composée d'une dimension structurée et d'une dimension anarchique, d'une partie formelle et d'une partie informelle. La maîtrise des actions contribue à un meilleur suivi et coordination des différentes tâches que l'organisation doit mettre en œuvre pour mener ses missions ». Elle fait partie de la dimension formelle, de l'organisation chère aux directeurs des soins. Maîtriser, empêche l'organisation de sombrer, de s'auto détruire. D'ailleurs cette compétence demeure la valeur refuge du directeur des soins lorsque les autres dimensions s'écroulent face à la menace d'un avenir sans projet pour l'institution.

²⁷ R.A.Thietart 2000, Management et Complexité : concepts et théories cahier n°282 Centre de recherche DMSP, Dauphine, Paris 19 p

Cette compétence est exercée par le directeur des soins au travers de sa responsabilité engagée sur la qualité et la sécurité des soins, sur le respect de la réglementation, sur la répartition équilibrée des ressources. Pour cela il dispose d'outils pertinents pour y parvenir.

3.2.1 Le directeur des soins et ses outils de maîtrise

Le directeur des soins par sa position et ses différents relais dispose de nombreux outils pour garantir la maîtrise de l'organisation où se produit le soin. .

A) La commission de Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-technique (CSIRMT) et les groupes de travail

La CSIRMT constitue un puissant levier de construction et de maîtrise des organisations. Elle permet de réunir toutes les catégories soignantes choisies par leur pairs pour apporter leur contribution à la définition de l'organisation, à la politique des soins et formaliser les décisions, les chartes, les prises en charges, etc... Tout ceci est toujours co-construit dans un souci d'harmoniser les pratiques et la juste répartition des ressources de l'établissement. Ceci permet au directeur des soins de demeurer au cœur des organisations, de garantir les objectifs institutionnels de la politique des soins et de la politique managériale. De la qualité et la pertinence des travaux de la CSIRMT découleront la place et la reconnaissance des soignants dans l'institution.

B) L'autoévaluation

Les visites d'accréditation puis de certification ont introduit l'autoévaluation de nos organisations jusqu'ici très singulières et considérées comme « *chasse gardée* ». Aussi, c'est une véritable révolution culturelle introduite par les tutelles et qui permettent de réfléchir, douter et d'avoir une vision plus panoramique de nos pratiques et de leurs interactions diverses internes et externes. Le directeur des soins dispose de cette légitimité au travers de sa participation au Programme d'Actions Qualité et aux procédures de certification décrite dans son référentiel de compétences. Piloter cette autoévaluation va contribuer à construire le programme d'actions et à éviter les dérives.

C) Les audits de pratiques

Tout comme les autoévaluations pilotées, les audits organisationnels et/ou de pratiques contribuent à l'amélioration permanente de la qualité de la prise en charge. Ils contribuent aussi à élaborer des référentiels de bonne pratique locaux ou à comparer ses pratiques et mesurer les écarts avec les référentiels externes (HAS²⁸ par exemple).

²⁸ HAS : Haute Autorité de Santé

D) Les chemins cliniques

Les chemins cliniques constituent d'excellents moyens de réflexion sur la pertinence des actes réalisés au cours d'une prise en charge. Ils contribuent par un travail en collaboration avec les différents acteurs médicaux et non médicaux de la prise en charge à rechercher le meilleur processus de prise en charge d'une pathologie donnée. Certains processus de prise en charge concernant notamment des pathologies chroniques (diabète, infarctus de myocarde, etc..) peuvent être travaillés avec des usagers permettant d'offrir un mode de prise en charge répondant à toutes les contraintes et logiques.

E) Les tableaux de bord et de pilotage

Les tableaux de bord de pilotage sont les principaux outils de maîtrise et de contrôle. Le développement des systèmes d'information permettent de donner des informations pertinentes en temps réel et partagées avec les autres collaborateurs concernés. Bien choisis, facile d'utilisation et alimentés par des éléments objectifs non contestables ils facilitent la vision prospective et mettent en lumière les risques. Leur construction doit se faire de façon collective (entre utilisateurs des tableaux de bord) afin d'offrir des informations les plus objectives pour faciliter la prise de décision.

Quel pilote d'avion ou capitaine de bateau accepterait de naviguer à la seule vue d'un rétroviseur ?

Synthèse de Maîtriser

Maîtriser c'est s'assurer que l'organisation respecte ses objectifs en limitant les risques pour les professionnels et les usagers. Pour cela le directeur des soins dispose de puissants outils pour y contribuer qui sont décrits dans son référentiel de compétence :

La CSIRMT comme outil de coordination et de pilotage

Les groupes de travail pluridisciplinaires pour garantir les relais et l'appropriation des bonnes pratiques

Le travail collaboratif en binôme

L'autoévaluation et les audits de pratiques qui participent à la réflexion collective sur les pratiques permettant de les faire évoluer

Les chemins cliniques : outils de travail collaboratif avec les autres intervenants médicaux et non médicaux

Les tableaux de bord : outil de pilotage objectif facilité par les nouveaux outils de communication alimentés en temps réel et partagés pour faciliter la prise de décision à partir de critères collectifs.

Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres outils peuvent être utilisés à cet effet.

3.3 Planifier

La planification constitue l'évolution, la matérialisation et l'objectivation des projets. Elle est le témoin d'une organisation vivante. La planification est, comme la maîtrise, un outil qui contribue à l'ordre. Les organisations s'appuient sur l'ordre et la stabilité pour assurer leurs missions mais elles doivent offrir un niveau acceptable d'ordre et de certitude comme le recommande Daft²⁹ en 1984, « La planification est comme le contrôle, utile pour faciliter la prise de décisions importantes et risquée. Elle fournit un support d'informations grâce à la décomposition d'un objectif général en tâches élémentaires, la planification améliore la lisibilité de l'organisation et de ses nombreux liens avec l'organisation ». Pour assurer cette mission, le directeur des soins dispose là encore de puissants leviers de planification

3.3.1 Le directeur des soins et ses outils de planification

A) Préside la CSIRMT et élabore un programme annuel

Là encore la commission de soins infirmiers et de rééducation médico technique constitue un excellent outil de planification. Chargés du plan d'actions de la CSIRMT bâti à partir du rapport annuel des activités et objectifs envisagés et réalisés, le directeur des soins et les membres de la commission prévoient la planification des actions à conduire sur l'année à venir. Cette planification donne la feuille de route de la commission, engage ses membres à leur mise en œuvre et leur suivi. De cette construction dépend l'engagement des membres et la véritable utilité collective et institutionnelle de la commission.

B) Conçoit et met en œuvre le projet de soins infirmiers et de rééducation médico-technique

Le projet de soins inscrit dans le projet d'établissement est une planification pluriannuelle des objectifs du service de soins infirmiers. Bâti en collaboration avec le projet médical, il constitue le fil conducteur des actions paramédicales pour les 5 années à venir. Le rapport d'activité annuel du service de soins infirmier permet le cas échéant de réévaluer le projet de soins. Construit à partir de valeurs communes identifiées ou poursuivies lors de sa construction, il apporte la cohérence institutionnelle, rend lisible et atteignable la stratégie, participe à l'identité collective, Par des objectifs fermes, il permet la liberté sur les moyens, afin de laisser aux acteurs le moyens de trouver leur chemin. Il doit permettre à chacun de procéder pas à pas par petits objectifs qui seront tracés pour objectiver l'évolution et l'engagement de tous.

²⁹ Daft et Lengel (1984 : 192) cité par R.A. Thietart, 2000, managements et complexité sus cité p. 8
Estelle SALGUES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2012

C) Participe au positionnement stratégique (directoire)

La place du directeur des soins au directoire doit lui permettre d'être acteur et co-auteur de la stratégie de l'établissement. Sa posture, ses relais, les travaux engagés et réalisés au sein des groupes de travail et de la CSIRMT, sa pertinence à trouver des réponses lorsqu'un problème est exposé au directoire contribuent à instaurer un climat de confiance d'où va émerger la place singulière mais incontournable du directeur des soins.

Il est le relai ascendant et descendant de la stratégie institutionnelle et dispose donc d'une place très contributive à la diffusion des informations si nécessaires à la vision collective de la stratégie.

Synthèse de Planifier

La planification permet de montrer qu'une organisation est vivante même si elle contribue à lui apporter de l'ordre. Le directeur des soins dispose également des outils de planification qui permettent d'apporter de la lisibilité en fractionnant les objectifs en tâches élémentaires. Ses outils de planification sont, entre autres :

La CSIRMT qu'il préside et qui permet de planifier les activités de soins en collaboration avec les différents professionnels de santé

Le Projet de soins infirmiers et de rééducation médico-technique qui constitue la feuille de route et offre de la lisibilité et de la cohérence sur la stratégie institutionnelle

Sa place au directoire qui permet de relayer les préoccupations de chacun, d'asseoir sa posture et d'être acteur et co-auteur de la stratégie

3.4 Encourager la communication

Le pilotage par la planification et le contrôle est insuffisant car il provoque à terme la mort du système qui finit par s'étouffer. Dans une organisation³⁰ où règne « l'imprévisibilité, où les pratiques dogmatiques mènent à l'échec, le management doit davantage s'orienter vers la mise en place de conditions facilitantes permettant aux acteurs de trouver par eux même leur voie ».

La centralisation du pouvoir et de l'information bloque l'autonomie des acteurs, elle empêche la nécessaire collaboration des acteurs entre composants et niveaux hiérarchiques. Favoriser la communication c'est permettre, contrairement à la planification et la maîtrise, l'introduction du désordre dans l'organisation.

Au travers de son champ de compétence, mais aussi de par sa position transversale le directeur des soins dispose de puissants leviers de communication ascendants et

³⁰ R.A.Thietart 2000, Management et Complexité : concepts et théories cahier n°282 Centre de recherche DMSP, Dauphine, Paris p.7

descendants lui permettant de satisfaire cette exigence dans un environnement complexe.

A) Organise la cohérence des parcours de soins en collaboration avec les médecins et soignants

La définition des parcours de soins élaborée en collaboration, facilite la circulation des informations entre tous les professionnels. C'est reconnaître et rendre plus lisible l'interdépendance des parties. La construction collective permet de mettre en lumière la puissance du collectif qui pourra s'exprimer en prônant l'intelligence collective du travail collaboratif. L'institution ne pourra se satisfaire d'être un lieu de production de soins, elle doit devenir le terreau de l'innovation³¹. Tout le challenge du directeur des soins se trouve dans l'animation de ces groupes de travail. Favoriser le débat entre les acteurs va permettre à chacun de trouver des solutions ensemble, de leur offrir une certaine liberté et sécurité pour faciliter l'adaptation de l'organisation à son environnement.

B) Développe la recherche en soins

En offrant aux acteurs assez de ressources pour explorer sans contraintes de nouveaux domaines, leur faciliter l'accès à toutes les sources d'informations est une préconisation majeure pour développer la recherche, expérimenter d'autres manières de faire ou de penser. Ces nouveaux modes de travail doivent cependant être accompagnés pour garantir l'objectif général sans risque ni pour les patients, ni pour les professionnels, ni pour l'institution, ni pour l'environnement. Ils doivent être élaborés dans un esprit collaboratif large.

Ce n'est sans doute pas par hasard que, le seul établissement de notre terrain de recherche dont le travail en collaboration est inscrit en tant qu'axe stratégique, a développé la recherche en soins sur des activités transversales.

C) Anime l'équipe cadres et relaye l'information

L'animation de l'équipe cadres très fréquemment citée par les directeurs interrogés constitue le pilier central de leurs missions car celle-ci constitue pour tous, le principal lieu de relai d'informations. Par l'instauration d'une cohérence dans les pratiques managériales, un climat de confiance s'installe favorisant l'adhésion, l'engagement et le développement de pratiques innovantes et bienveillantes. Avec le changement d'ère et de modèle, l'encadrement est en mutation et les directeurs des soins deviennent des nouveaux managers aux rôles multiformes : développeurs, facilitateurs, modérateurs, médiateurs. Autant de rôles qui nécessitent des capacités relationnelles développées et

³¹ D. Ollivier 2012, Management 2.0 L'alchimie du collectif p XXI

un leadership naturel, l'encadrement est en pleine mutation. L'information n'est plus seulement descendante comme jadis, elle est de plus en plus horizontale et ascendante,

D) Contribue à l'organisation des systèmes d'information

L'hôpital ne peut plus travailler de façon autonome comme dans le passé. Le développement des systèmes d'information (dossier patient, intranet, logiciel de déclaration des événements indésirables, système Qualité, etc..), favorise le partenariat, les échanges, la capacité à travailler ensemble. Il réduit les distances et les délais entre les acteurs. Chez IBM par exemple, la mise en place de blogs internes a permis, dans le cadre de projets, de lancer un appel à l'ensemble des salariés ayant un centre d'intérêt particulier pour trouver l'expertise requise. Cette culture du partage ne devrait pas être difficile à développer car déjà très utilisée hors de l'entreprise par le développement des réseaux sociaux,

Synthèse de encourager la communication

Le directeur des soins dispose d'une place exceptionnelle aux confins de la direction et des équipes soignantes, proche des équipes médicales. Cette place éminemment stratégique lui permet d'encourager la communication. Son champ de compétence lui offre la possibilité de travailler en collaboration avec l'ensemble des professionnels internes et externes par :

L'organisation de la cohérence des parcours de soins pour mettre en lumière la puissance du collectif et développer **l'intelligence collective** au service du patient et de l'organisation. Le développement de la recherche en soins par des **travaux collaboratifs** interprofessionnels innovants source de reconnaissance et d'image positive intra et extra muros et donc stimulants.

L'animation de l'équipe cadres et le relai de l'information pour le directeur des soins nouveau manager diffuseur, facilitateur, **développeur d'une information horizontale**, et verticale.

Son travail en binôme avec les directions fonctionnelles et le Président de CME fait de lui un partenaire incontournable.

Sa contribution à l'organisation des systèmes d'informations pour **développer le partage** des compétences, des informations, de l'innovation, et stimuler l'engagement de tous au service du patient et du collectif.

3.5 Véhiculer des valeurs et assoir sa légitimité

« Les valeurs³² sont la composante centrale de l'identité institutionnelle. Elles caractérisent l'âme de l'entreprise qui se maintient malgré toutes les péripéties qu'elle traverse et qui métamorphosent son apparence » Il n'y a pas d'entreprise durable sans valeur et sans vision partagée. Ce sont les « valeurs partagées qui, entre autres, permettent à des collaborateurs de considérer que les situations de travail sont légitimes pour les engager à coopérer dans un esprit constructif ». De même, la qualité de vie au travail suppose que l'entreprise s'intéresse à ses collaborateurs dans leurs dimensions techniques personnelles et sociales. C'est pourquoi, le directeur des soins dispose, dans ses missions, d'une place prépondérante pour véhiculer des valeurs collectives et entretenir un climat favorisant le « travailler ensemble » au service de nos patients. Le collectif se construit en prenant en compte la diversité des profils, en faisant des différences une vraie complémentarité. Le rugby de haut niveau fonctionne sur ce mode car la performance de l'équipe repose sur la complémentarité et la complicité de ses joueurs.

A) Diffuse une culture positive (culture managériale et/ou culture soignante)

La recherche de valeurs collectives issues d'un travail collaboratif permet d'identifier quelles seront les bases de la construction des organisations. Créer un univers de valeurs partagées va permettre d'adopter des principes collectifs non imposés mais qui serviront de fil rouge à toutes les actions. Cet univers donne du sens et favorise la créativité, tout en garantissant la cohérence institutionnelle. Les valeurs, une fois identifiées collectivement, seront reprises dans le projet de soins, les différentes chartes, les travaux de la commission de soins Infirmiers et de rééducation médico-technique, les plans d'actions Qualité et gestion des risques, le recrutement, l'évaluation des personnels, l'évolution des compétences, la définition des objectifs individuels, collectifs et stratégiques.

L'enthousiasme, l'engagement, l'imagination, la créativité, la rigueur, l'énergie des membres de l'organisation croissent quand chacun retire un bénéfice personnel d'un projet de changement et dans lequel ils trouvent le sens.

B) Entretient un climat favorable et est symbole en faisant preuve d'exemplarité

Du véhicule des valeurs dépend l'instauration d'un climat favorable où la confiance croit. Un climat favorable va permettre de développer l'engagement, la motivation, le développement des performances individuelles et collectives, la qualité des prestations, la bienveillance dans le soin et le management. Il va donc offrir à l'établissement une image positive, source de fierté et de reconnaissance pour tous. Favoriser la déclaration des

³² J.F Claude, 2000, le management par les valeurs, Liaisons p.22

incidents en sortant de la délation, élaborer des entretiens d'évaluation constructifs, définir des objectifs atteignables, élaborer dans la transparence des critères équitables de gestion des ressources, Favoriser des espaces de partage : instaurer des temps informels autour d'un café avec les cadres, célébrer les réussites ou événements, faire ce que l'on dit et respecter les règles et critères collectifs.

C) Régule les conflits de façon raisonnée

Sa position aux confins du stratégique et de l'opérationnalité le place au cœur des relations interpersonnelles. Interlocuteur privilégié il est souvent sollicité pour réguler les conflits. Son identité soignante, son expertise, ses capacités relationnelles lui permettent d'être le modérateur. Toutefois, ceci ne doit pas dépasser son territoire afin de ne pas l'envahir dans ses missions. Car si le management se contente de régler le problème, il ne favorise pas l'apprentissage et l'autonomie. En outre, faire à la place des autres risques d'introduire un amoindrissement du sens du devoir, un désengagement de chacun dans la recherche de solutions consensuelles.

D) Diffuse et bénéficie d'une légitimité singulière

Le véhicule des valeurs ne peut se conduire que si sa légitimité est totale

Aussi, en explorant le domaine de la légitimité, Max Weber³³ s'exprime à partir des attentes des collaborateurs et de l'organisation qui s'appuient sur 3 domaines de légitimité :

La légitimité charismatique : le leadership et la fonction incarnée du directeur des soins, qui intègre trois types de performances³⁴ : économiques, sociales et psychologiques. Trois dimensions que le directeur des soins peut exprimer pleinement au travers de sa posture, ses compétences organisationnelles, sa capacité au travail collaboratif, son parcours, son expertise soignante et ses relais horizontaux, ascendants et descendants,

La légitimité traditionnelle apportée par son identité de soignant chargée de valeurs humanistes et de rigueur exprimées dans le projet de soins et comme fil rouge de l'ensemble de ses actions.

Et enfin la légitimité rationnelle et légale apportée par le statut de directeur, sa place au sein du directoire et à la présidence de la commission de Soins Infirmiers et de rééducation médico-technique.

³³ « La domination légale à direction administrative bureaucratique ». Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Roger Tessier et Yvan Tellier, Théories de l'organisation. Personnes, groupes, systèmes et environnement, chapitre 2, pp. 23-32. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, 1991, 347pp. Collection : Changement planifié et développement des organisations. Tome 3.

³⁴ Jean Louis Muller directeur du Cegos juin 2007 « Partager le plaisir de réussir » Guide du management et du leadership Ed. Retz 875 p.

Synthèse de véhiculer des valeurs

Le directeur des soins est au carrefour de l'opérationnalité et du stratégique, sa posture, ses compétences, son expérience, lui offrent une légitimité charismatique, traditionnelle, rationnelle et légale pour véhiculer des valeurs au travers de ses actions telles que :

Diffuser une culture positive à partir de l'identification de valeurs partagées qui serviront de fil rouge à l'ensemble des actions. Ceci afin d'offrir une identité collective qui va donner de la cohérence et du sens aux objectifs institutionnels.

Entretenir un climat favorable et être exemplaire en sortant des représentations répressives de l'autorité et d'offrir un nouveau mode de management constructif et diffuseur de richesse.

Valoriser la différence en l'utilisant comme une richesse complémentaire au service de la performance collective

Réguler les conflits de façon raisonnée sans faire à la place de l'autre pour permettre l'apprentissage et favoriser l'autonomie des acteurs

Diffuser et bénéficier d'une légitimité singulière : son parcours de soignant et de manager, son positionnement de directeur aux confins de la stratégie et de l'opérationnalité, ses relais auprès des cadres, des soignants, de la communauté médicale et de la direction, son expertise des organisations et des soins.

Conclusion

L'hôpital, avant les années 2000, observait essentiellement des changements conjoncturels. Depuis, des changements structurels prennent le pas sur les changements conjoncturels. Les événements se succèdent et apportent une incertitude aux acteurs internes et externes. Mais ce nouvel environnement ne constitue pas pour ses acteurs une nouvelle complexité, il apporte selon eux, une nouvelle vision de l'hôpital. Alors d'où vient cette complexité perçue ? Elle prend sa source dans la forte dimension humaine de ses acteurs, ses objectifs, ses logiques économiques, éthiques, réglementaires, médicales, etc... parfois paradoxales. Aussi, manager dans la complexité nécessite des compétences, des capacités et une vision systémique.

De nombreux auteurs se sont attachés à décrire le diagnostic de la complexité mais peu ont proposé une thérapeutique. R.A. Thietart avance la théorie selon laquelle « Pour manager la complexité et sortir du chaos qu'elle provoque, sans risque d'y retourner, il faut mettre l'accent sur 3 axes majeurs : Maîtriser les activités, planifier les actions et encourager la communication ». Si les deux premiers axes conduisent à l'ordre, le second introduit le désordre car encourage l'autonomie des acteurs. En outre, afin de compléter cette théorie qui constitue l'axe de recherche et afin de l'adapter au management hospitalier où la dimension humaine occupe une grande partie de l'espace, nous avons dégagé, à partir des entretiens exploratoires, un nouvel axe : véhiculer des valeurs. Nous avons souhaité pour l'analyse des discours, utiliser la méthodologie de l'analyse par la valeur et explorer les discours autour de la divergence et la convergence des modes managériaux des principaux managers stratégiques de trois institutions.

Si la complexité est reconnue par l'ensemble des acteurs, elle n'est pas le fruit des diverses réformes mais davantage issue des fondements de l'hôpital. Les derniers changements ne semblent pas constituer une difficulté insurmontable. En revanche, la complexité, introduite par la multitude des interactions et facilitée par l'autonomie des acteurs, constitue, selon les managers interrogés, l'origine des principales difficultés managériales. Alors paradoxe ou opportunité ? Ordre ou désordre, contrôle ou autonomie ?

Par l'exploration du champ de compétence du directeur des soins on observe que son défi consiste à trouver la juste harmonie entre ordre et chaos entre maîtrise et autonomie pour favoriser l'apprentissage et le travail collaboratif qui vont, non seulement conduire à la survie de l'organisation; mais aussi à sa performance.

Les attentes des nouveaux managers ne sont plus aujourd'hui celles du passé, la fonction incarnée, les capacités relationnelles prennent une nouvelle dimension. La

redistribution des pouvoirs apportée par la mise en place des pôles introduit une meilleure collaboration entre les acteurs et favorise l'apprentissage et donc l'autonomie des acteurs. Le directeur des soins n'a pas perdu sa place au contraire il devient l'acteur singulier de la transversalité et de son animation.

Cette voie ouvre celle de la nouvelle posture des directeurs des soins qui, en prenant conscience de cette singularité, peuvent occuper avec enthousiasme et fierté cet espace entre stratégie et opérationnalité, entre systémie et coordination pour un management performant. En outre, ce constat ouvre la voie d'un repérage in situ pertinent des potentialités pour aider nos cadres à se préparer à exercer à l'avenir cette fonction singulière qui doit, elle aussi, être pérennisée....

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire. Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière .Journal officiel du 30 septembre 2010.

Référentiel

- Ministère de la santé et des sports, 2010, *Référentiel métier des directeurs des soins*, Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique, 53 p.

Ouvrages

- Bernoux P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, 2^{ème} édition, Paris : Seuil, 369 p.
- Claude J.F. , 2003, *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise a-t-elle encore du sens ?* 2^{ème} édition, Rueil- Malmaison : Editions Liaisons, 259 p.
- Crozier M. , Friedberg, 1992, *L'acteur et le système*, Paris : Points Essais n°248, 488p.
- Durkheim E., 2010, *La science Sociale et l'action*, 3^{ème} édition, Paris : Presse Universitaire de France, 333p.
- Le Goff J.P., 2010, *Les illusions du management pour le retour du bon sens*, Paris : La Découverte, 162 p.
- Muller J.L., éd. 2007, *Guide du management et du leadership*, Paris : Retz, 896 p.
- Ollivier D., 2012, *Management 2.0, Performance économique et capital humain*, La Plaine St Denis : Afnor, 201 p.
- Reix R., 2004, *Systèmes d'information et management des organisations*, Paris : Vuibert, 437 p.
- Sainsaulieu I., 2007, *L'hôpital et ses acteurs appartenances et égalité*, 2^{ème} édition Paris : Belin, 264 p.
- St Onge S., Michel Audet S., Hianes V et al. 1998, *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, Montréal : Gaétan Morin 317 p.

Articles

- Tessier R. et Tellier Y. 1991, « **La domination légale à direction administrative bureaucratique** ». Théories de l'organisation. Personnes, groupes, systèmes et environnement chapitre 2 p23-32, Québec : Les Presses de l'Université du

Québec, 347p. Collection : Changement planifié et développement des organisations. Tome 3.

- Thietart R. A. 2000, *Management et complexité : concepts et théories*, Paris IX : Dauphine, cahier N°282 Université Paris Dauphine, 19 p.

Thèses et mémoires

- .CHAÏS M.N, SALGUES E., 2005, *Valeurs et symboles à la rencontre de la performance*, mémoire maîtrise de management des organisations sanitaires et sociales, IFROS, Lyon 2, 55 p.

Actes de colloques

- Jean Louis Muller directeur du CEGOS « *Partager le plaisir de réussir* » Strasbourg juin 2005
- Limousy C. 2011, Les rencontres du management des pôles, FHF et ANAPA : 15 nov. 2011, espace Vianey, Quai de la Rapée, Paris 12^{ème}.

Site internet consultés

- MERCIER Samuel, 2005 "*L'instrumentalisation des valeurs : une ressource stratégique pour l'entreprise ?* » La démarche du groupe Fournier", page 4, IAE Dijon, Université de Bourgogne, u-bourgogne.fr consulté le 23 juillet 2012

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretiens

Annexe II : Grille d'analyse des entretiens

Guide d'entretien des directeurs de soins

Thème	Ce que je cherche	Questions
La complexité	La complexité a-t-elle une définition commune	La complexité est –elle la principale difficulté Fait-elle partie du quotidien ? Qui sont les plus concernés, les responsables, les victimes ? Consacrez-vous du temps à y réfléchir ?
Les injonctions	Quelles sont-elles Comment sont- elles vécues	De qui viennent- elles ? Participent-elles à la complexité ? Quels moyens disposez- vous pour y répondre ? Combien de temps y consacrez-vous ?
La stratégie	Quelle est-elle ?	D'où vient-elle ? Vous paraît-elle claire ? Pour qui ? Pourquoi ? Pensez-vous quelles soit partagée ? Quels sont les moyens pour y répondre ? Quel temps y consacrez- vous ?
Les fonctions	Quelles sont les fonctions prioritaires ? Hiérarchisation Relèvent-elles de la compétence, du statut, de la posture, du comportement ?	Quelles sont les activités essentielles du DS ? Quels sont les acteurs les plus associés ? Combien de temps consacrez-vous aux liens ?

		<p>Quels outils ou compétences essentielles ?</p> <p>Quelles méthodes utilisez- vous ?</p>
Le management	<p>La place du management</p> <p>Quelle dimension manque –t-il ?</p>	<p>Quels sont les principaux freins et dysfonctionnements ?</p> <p>Viennent–ils des acteurs, lesquels ?</p> <p>Comment le gérez-vous ?</p> <p>Combien de temps y consacrez- vous ?</p> <p>Etes- vous satisfait des résultats obtenus ?</p> <p>Quelle méthode ? Quelle stratégie ?</p> <p>Avez-vous identifié des freins insurmontables ?</p>

Grille d'analyse des entretiens

hôpital B	Préside la CSIRMT	Contrôle le respect de la réglementation (Q et sécurité)	Conçoit et met en œuvre le projet de soins	organise la répartition équilibrée des ressources	participe au positionnement stratégique (directoire)	il contrôle la mise en oeuvre du PS dans les pôles	organise la cohérence des parcours en collaboration avec les médecins et soignants	développe la recherche en soins	anime l'équipe cadres	participes aux activités GRH	procédures de certification	Contribue à l'organisation des systèmes d'information	Régule les conflits	relaye l'information, traducteur	Véhicule des valeurs	Subit le contexte	asseoit sa légitimité	TOTAL
Compétences	0	3	3	3	1	2	3	1	1	2	2	1	2	1	0	0	3	28
collaboration équipes	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2		1	31
expertise soignant		3	2	2	2	3	1	1			3	1	1	2	3		4	28
collaboration médecins et cadres	1	3	4	4	2	3	4	1	1		2	2		3		1	2	33
Statut directeur	6	4	2	3	3	4	2	1	1	2	1	3	3	5		1	1	42
collaboration avec tous les directeurs		3	2	3	1	2	3			1	2	1	2	1			2	23
Complexité			1		1	3	1		2				3	3		2	1	17
Temps																		0
manque de fluidité ds la circulation info		4	1			2			3			2	3	2		3		20
Valeurs																		0
équité																		0
collaboration relationnel																		0
se remettre en question																		0
positif	9	21	17	17	14	19	17	6	10	7	12	12	16	19	5	7	14	222

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

Singularité et valeurs à la rencontre de la complexité, le directeur des soins, un acteur essentiel du management hospitalier

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

L'hôpital est un milieu complexe du fait de sa structure et de la conjoncture. Or, le management d'un système complexe nécessite selon R.A. THIETART, 3 dimensions : Maitriser les organisations, Planifier les actions et encourager la communication. Nous y ajoutons une 4^{ème} dimension afin de l'adapter au milieu spécifique de l'hôpital : véhiculer des valeurs. A partir de cela, nous observons comment les managers stratégiques de 3 établissements occupent ces dimensions. Si les DRH et les présidents de CME les occupent de façon partielle, nous constatons que les directeurs des soins et les chefs d'établissement les occupent toutes et de façon assez proche. Le positionnement des directeurs de soins, aux confins du stratégique, de la coordination et de l'opérationnel, mais aussi leurs parcours, leurs compétences de soignant et de manager, ainsi que leurs valeurs implicites les amènent à cette position si singulière et nécessaire pour manager cet environnement complexe.

Mots clés :

Complexité, management, valeurs, singularité, directeur des soins, manager la complexité, position stratégique,

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