



EHESP

Filière directeur des soins

Promotion : **2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

**DELEGATION DE GESTION NOUVEAU ROLE DES
CADRES SUPERIEURS RESPONSABLES DE POLE**

Patricia LOGER

Remerciements

Alors que prend fin la rédaction de mon mémoire professionnel, je souhaite remercier toutes les personnes interviewées qui, par leur disponibilité, leurs conseils et leur expertise, ont contribué à faire de ce travail une expérience enrichissante.

Je souhaite remercier toutes les personnes qui tout au long de mon parcours professionnel, dans les différentes fonctions exercées, m'ont aidée à forger mon identité professionnelle.

Je remercie particulièrement mes proches, mon mari, mes enfants et petits enfants qui m'ont accompagnée, soutenue, durant ces deux années.

Merci enfin à la promotion 2010 pour la richesse des échanges, pour les moments partagés et qui resteront des moments forts de ma vie professionnelle.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA NOUVELLE GOUVERNANCE ENTRAINE DES CHANGEMENTS DES MODES DE MANAGEMENT.....	5
1.1 Une évolution managériale	5
1.2 Mise en place progressive de la délégation de gestion	6
1.3 Nouveau rôle des cadres responsables de pôle.....	8
1.4 Nouveau mode de management des directeurs des soins	10
1.4.1 Nouveau mode de collaboration avec les différents acteurs	10
A) Quelques définitions	10
B) La collaboration.....	11
1.4.2 Nouvelles missions du directeur des soins.....	12
2 ENQUETE DE TERRAIN DANS DES ETABLISSEMENTS DE TAILLES DIFFERENTES	15
2.1 Présentation des lieux d'enquête et des personnes interviewées	15
2.1.1 Présentation des établissements enquêtés	15
2.1.2 Présentation des personnes interrogées.....	16
2.2 Présentation de la méthodologie, des résultats et de l'analyse.....	16
2.3 Analyse des entretiens	16
2.3.1 Point de vue des acteurs sur l'impact de la mise en place des pôles	16
2.3.2 Impact de la délégation de gestion des ressources humaines sur le rôle des cadres supérieurs	19
2.3.3 Impact de la délégation de gestion sur le mode de collaboration du directeur des soins avec les différents acteurs du pôle	22
3 PRECONISATIONS A METTRE EN ŒUVRE PAR LE DIRECTEUR DES SOINS	25
3.1 Des rôles et des responsabilités modifiés	25

3.2	Le maintien des valeurs	26
3.3	L'accompagnement de l'encadrement par le directeur des soins	27
	CONCLUSION	31
	BIBLIOGRAPHIE	33
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DU	Diplôme Universitaire
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
HS	Heure Supplémentaire
IGAS	Inspection Générale des affaires sociales
RTT	Réduction du Temps de Travail

Introduction

Les institutions hospitalières sont confrontées aux changements incessants, aux réformes multiples et variées, aux évolutions constantes des progrès médicaux.

La mise en œuvre des réformes qui se succèdent les unes aux autres dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qu'il s'agisse de la nouvelle gouvernance (ordonnances de 2005)¹ ou de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (du 21 juillet 2009)², demande une grande capacité à gérer le changement.

Avec la réforme de la nouvelle gouvernance, un nouveau mode de management se met progressivement en place dans les hôpitaux. De la direction générale jusqu'aux cadres de proximité, le changement concerne tous les acteurs de l'établissement. Ceux-ci doivent s'adapter à ces nouvelles organisations. Les responsables hospitaliers voient leur positionnement évoluer, les lignes hiérarchiques se modifient ainsi que les modes de collaboration.

La France est, avec l'Allemagne, l'un des derniers pays européens à réorganiser l'hôpital en pôles afin d'obtenir la meilleure efficacité des organisations de soins, efficacité qui s'entend par le rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées. H. MINTZBERG³ soutient que l'efficacité ne signifierait pas le plus grand bénéfice pour un coût donné mais le plus grand bénéfice mesurable pour un coût donné mesurable (dans ce cadre, le bénéfice est la qualité de prise en charge du patient au coût le moins élevé possible).

La nouvelle gouvernance de 2005 prévoyait la mise en place des pôles avec un exécutif de pôle. La loi HPST conforte cette nouvelle organisation avec un rôle accru des chefs de pôle. Il en résulte nécessairement des modifications par rapport au management actuel à l'hôpital : délégation et/ou déconcentration des décisions, déconcentration de certaines enveloppes, nouveau rôle du cadre paramédical, du cadre administratif et bien sûr, nouveau rôle du directeur des soins.

La proximité des décisions de gestion courante au sein des pôles d'activité doit permettre à l'hôpital d'évoluer vers plus d'efficacité et d'efficacité au service de la qualité des soins et de la prise en charge des patients.

Si la circulaire sur la nouvelle gouvernance et les décrets de la loi HPST mettent en place une distribution précise des rôles et des responsabilités, dans la

¹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

² Loi hôpital, patient, santé, territoire du 21 juillet 2009

³ MINTZBERG H. Le management – Voyage au centre des organisations 2^e édition. Editions d'organisation, 2004

pratique, les mécanismes de management à mettre en place au sein des pôles et de l'équipe de direction doivent être analysés dans leur traduction pratique.

Avant la mise en place de la nouvelle gouvernance, il existait un malaise des personnels hospitaliers face aux cloisonnements existants au sein de l'hôpital, un manque de dialogue entre l'administration et les composantes médicales et soignantes mais aussi une absence de transversalité entre les différents services. La création des pôles constitue une réelle opportunité de réduire de tels cloisonnements. Pourtant il est nécessaire de veiller à ce que la délégation de gestion ne conduise pas à une balkanisation des pôles.

Malgré les réformes, les personnels restent inquiets, le malaise persiste et semble même s'amplifier. L'ordonnance et la loi laissent clairement apparaître la double finalité des pôles d'activités : amélioration du service offert aux patients et efficacité de l'établissement de santé. Mais leur interprétation finale laisse à penser qu'elles sont tournées vers l'amélioration de la gestion des établissements, d'où une crainte pour les personnels soignants et pour l'encadrement que des choix d'ordre économique se fassent au détriment de la qualité des soins.

Face à ce constat, ce mémoire a pour objectif de mener des investigations sur un aspect de la nouvelle gouvernance qui est la gestion décentralisée du personnel non médical.

Les raisons qui ont contribué au choix du sujet de mémoire sont les suivantes :

- le passage d'une gestion centralisée à une gestion partagée, véritable changement culturel, suscite des interrogations de la part des acteurs notamment des soignants. Ce mode de fonctionnement basé sur la démocratie sanitaire permet de faire participer les acteurs de terrain à la prise de décision, la démocratie génère en effet l'implication de chacun dans des choix collectifs.

- les dépenses de personnel représentent en moyenne 70% des dépenses des hôpitaux. Il convient d'optimiser cette dépense au moment où une nouvelle logique se met en place confrontant les recettes liées à l'activité aux dépenses.

- les cadres sont le pivot du fonctionnement des activités de soins et c'est par eux, et avec eux, que se tissent au quotidien les réformes.

- les cadres de pôle ont, ou auront, leurs délégations de gestion, il leur est /sera demandé dans un budget contraint d'optimiser les ressources allouées au pôle afin d'accroître « l'efficacité c'est-à-dire avoir la capacité à atteindre les objectifs programmés et l'efficacité c'est-à-dire la capacité à tirer le meilleur parti des ressources allouées ».⁴

⁴ ALTER N, donner et prendre la coopération en entreprise, édition découverte, 227 p.

- la délégation de gestion des ressources humaines a été identifiée, comme levier et moyen d'optimisation du parcours patient.

Au-delà des changements organisationnels, ce sont de nombreux changements d'ordre relationnel, culturel et managérial qui s'opèrent. Ils modifient en profondeur les modes de collaboration entre les différents acteurs.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction et membre de droit du directoire, doit contribuer à accompagner ces changements et adapter sa stratégie managériale à ce nouveau contexte, aux interlocuteurs majeurs qui sont devenus les chefs de pôle et les cadres supérieurs.

En tant que futur directeur des soins, cette étude me permettra de préciser les nouvelles missions au regard des évolutions suscitées par ces réformes. Elle questionne sur la mise en place du changement, et sur l'accompagnement des acteurs de terrain, sur la capacité à mettre en place de nouveaux processus et relations de travail. C'est pour lui un véritable enjeu managérial que de susciter un intérêt à faire coopérer les acteurs entre eux.

Ma question de départ se formule alors ainsi :

Quels sont les impacts de la délégation de gestion des ressources humaines sur le rôle et les missions des cadres supérieurs de pôle ?

Les deux hypothèses de travail :

- Les cadres supérieurs responsables de pôle sont amenés à avoir plus de responsabilités et une grande marge de manœuvre pour redéfinir les organisations et initier les projets.
- La mise en place des pôles et la délégation de gestion modifient en profondeur les modes de collaboration du directeur des soins et des cadres responsables de pôle. Les directeurs des soins ont des missions orientées désormais plus vers l'accompagnement, le conseil, l'expertise et la transversalité.

La première partie de mon travail consistera à apporter un éclairage théorique du sujet, notamment par une approche conceptuelle des notions de changement, de management, de délégation de gestion, de collaboration et de coopération induits par le nouveau cadrage législatif des hôpitaux.

La deuxième partie est consacrée à l'exploration des hypothèses de travail retenues à travers un ensemble d'entretiens semi directifs menés auprès des cadres supérieurs de santé, des cadres, des directeurs des soins, des chefs de pôle, des directeurs d'hôpitaux.

1 La nouvelle gouvernance entraîne des changements des modes de management.

La nouvelle gouvernance et l'organisation interne des établissements en pôles auxquels sont attribuées de nouvelles responsabilités de gestion, conduit à repenser la répartition des rôles des différents acteurs.

1.1 Une évolution managériale

L'hôpital est le lieu d'exercice de très nombreux professionnels. La segmentation en pôles d'activité et la contractualisation interne induisent de profonds changements qui provoquent une réelle innovation en matière de changement.

Un détour par la théorie de l'innovation éclaire la complexité de cette évolution. Dans toute entreprise, Norbert Alter⁵ observe la coexistence de deux logiques apparemment contradictoires. L'une est centrée sur l'organisation pour réduire les incertitudes, l'autre vise à tirer parti de ces incertitudes pour innover. L'innovation fait plutôt référence à une nouvelle donne organisationnelle.

L'organisation ne peut être pensée comme un système stable, mais au contraire comme un système en constante évolution.

Norbert Alter décline ce processus d'innovation en trois temps :

- la phase d'initiation : la décision est prise par les dirigeants.
- la phase d'appropriation : les personnels de l'entreprise utilisent la nouveauté pour faire ce qu'ils veulent. Ils s'approprient les objectifs de l'innovation et définissent leur propre concept.
- L'institutionnalisation, c'est-à-dire la reprise en main de la décision de manière souvent régressive. « L'innovation bute sur l'ordre ».

Cependant l'innovation ne va pas sans résistances :

- «des résistances objectives » du fait d'un manque d'expérience comparable,
- «des résistances subjectives » car il y a une absence de repères,
- «des résistances sociales » en lien avec des partenaires routiniers.

⁵ Norbert ALTER, sociologie de l'innovation, PUF, 1996

Selon Julien GOTTSMAN⁶, l'insuffisance de relations entre les sphères administratives et médicales est souvent présentée comme un des maux majeurs de l'organisation actuelle.

La contractualisation des relations entre les équipes médicale et administrative apparaît incontestablement comme un moyen adapté pour concilier logiques médicales et administratives, et mettre en adéquation les objectifs médicaux et les moyens accordés. La contractualisation et le management de proximité apparaissent comme des leviers de la médicalisation de gestion.

Dans le contexte d'une structuration en pôles d'activité, le management s'organise, le plus souvent, autour d'un trio : le responsable médical, le responsable paramédical qui est généralement un cadre supérieur et un représentant de l'administration.

Pour ces professionnels paramédicaux, le champ des responsabilités, tant vis-à-vis de leurs collègues (cadres supérieurs comme eux) ou encore des cadres de proximité, nécessite d'être redéfini et leur positionnement clarifié, au moment où la délégation de gestion au sein des pôles se met progressivement en place.

1.2 Mise en place progressive de la délégation de gestion

La délégation de gestion s'impose sur le plan légal. Elle est inscrite dans la réforme de la nouvelle gouvernance et réaffirmée dans la loi HPST qui donne au chef de pôle une véritable autorité déconcentrée. « Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et l'encadrement du pôle, sur lesquels il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle (...)»⁷. La loi offre au chef de pôle la faculté de choisir les membres qui l'assistent y compris le cadre paramédical.

Cette autorité fonctionnelle est à distinguer de l'autorité hiérarchique exercée par le directeur sur l'ensemble des professionnels autrement dit sur les médecins et les personnels de santé lorsqu'ils ne sont pas dans l'exercice des soins aux patients.

La nouvelle loi oblige le chef d'établissement à donner délégation de gestion au chef de pôle lui permettant les marges de manœuvre nécessaires à la mise en œuvre du contrat de pôle et à son bon fonctionnement.

⁶ GOTTSMANN Julien :le développement de la contractualisation dans la gestion hospitalière, 2002 , revue fondamentale des questions hospitalières

⁷ Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 article 13 L.6146-1

Sur le plan sociologique, le rapprochement entre le niveau de décision et les acteurs chargés de sa mise en œuvre facilite la compréhension et le suivi d'objectifs de gestion.

La délégation de gestion est une problématique complexe qui exige pour sa mise en place des procédures formalisées comprises et contractuellement acceptées car si elle impacte les attributions de nombreux acteurs (chefs de pôle, cadres responsables de pôle, DRH, représentants du personnel, DS), elle impacte également la qualité de la gestion pour laquelle un niveau de professionnalisme toujours plus élevé est exigé. En droit public français, la notion de délégation de gestion induit une délégation de compétences.

La délégation de gestion ne doit pas conduire à une balkanisation de l'établissement. Il convient donc de déterminer clairement et contractuellement ce qu'il convient de déléguer pour maintenir une cohérence et permettre le respect des objectifs de l'établissement.

Le projet de pôle élaboré et le contrat de pôle signé, il est légitime pour les acteurs du pôle de s'interroger sur le transfert des responsabilités de la direction vers le pôle. S'il est une question à se poser, c'est celle de la plus-value d'une délégation de gestion. Il faut pouvoir mettre en avant la réelle plus-value en terme de qualité de prise en charge du patient, d'organisation et d'optimisation de gestion des moyens.

La mise en place des pôles va dans le sens d'une amélioration de l'organisation des soins.

La délégation de gestion permet une gestion de proximité qui apporte plus de souplesse à la mise en œuvre des soins. Le travail de terrain de l'encadrement responsable de pôle est bien souvent à l'origine du développement de transversalité entre services, d'une meilleure utilisation des moyens et d'une plus grande réactivité. Mais il est essentiel de veiller au respect d'une cohérence institutionnelle notamment par la prise en compte dans les projets de pôle des orientations définies par l'établissement et les instances en matière de ressources humaines, du projet social, et du projet de soins.

Il convient de veiller au respect d'une harmonisation des pratiques et d'une équité nécessaire dans la gestion des ressources humaines et dans l'exercice des droits et obligations du personnel.

La délégation de gestion des ressources humaines cristallise les attentes les plus fortes des responsables de pôle, elle constitue une réelle opportunité. Pourtant dans un contexte de rationalisation, c'est sans doute le domaine où le risque de désenchantement et le risque de malentendu sont les plus forts. Elle n'en demeure pas moins un formidable levier pour recruter et fidéliser, évaluer et faire évoluer les compétences et sécuriser les

conditions de travail. Elle s'accompagne d'un souci permanent d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Le fonctionnement du trio de coordination du pôle donne la possibilité de finaliser les projets. Tous les pans sont examinés qu'ils soient médical, paramédical, financier, réglementaire ou bien encore managérial avec la notion de partage des actes et des expertises. Les cadres supérieurs sont appelés à jouer un rôle majeur dans le fonctionnement de l'hôpital en devenant de véritables relais entre les soignants et les administratifs.

1.3 Nouveau rôle des cadres responsables de pôle

Dans la mise en place des pôles, et leur fonctionnement le cadre supérieur joue un rôle majeur, qu'il peut utiliser comme levier pour renforcer son positionnement afin ne pas être ainsi perçu comme un subordonné des responsables de pôle mais bien comme un collaborateur. A ce titre et par répercussion, il a, ou aura, aussi sa délégation de gestion. « Les cadres, tant qu'ils étaient centrés sur leurs unités, avaient des marges de manœuvre limitées, ils peuvent aujourd'hui saisir les opportunités liées aux changements institutionnels en devenant les traducteurs, les interprètes des intentions du sommet au niveau de leur structure ».⁸

Dans un contexte économique contraint, il lui est demandé d'optimiser les ressources pour faire fonctionner le pôle tout en recherchant la meilleure qualité de soins pour les patients.

Comme le prévoit la loi HPST, le responsable de pôle choisit ses collaborateurs. Il exerce une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des professionnels du pôle dans le domaine de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation des activités de soins du pôle. Il aura à donner son avis sur le choix du cadre supérieur et c'est avec lui qu'il recherchera à optimiser le fonctionnement du pôle.

Dans la complexité du système et de par sa position, le cadre supérieur a une vue d'ensemble.

Par les missions qui lui sont confiées il recherche l'optimisation des organisations de travail.

Au sein du pôle, il réunit et mobilise les compétences nécessaires à la mise en œuvre du contrat de pôle. Il doit faire fonctionner le tout dans un espace où l'expression des professionnels peut être reçue et contenue. Par sa présence, par sa légitimité, il est le garant du bon fonctionnement du pôle dans un contexte institutionnel toujours en

⁸ GONNET F L'hôpital en question, un diagnostic pour améliorer les relations de travail, 272 p.

mouvement et préserve ainsi un équilibre dans le changement. Il permet le respect des valeurs partagées par le groupe d'appartenance : équité, continuité des soins, ...

Il garantit le niveau de performance des agents en veillant au maintien et au développement des compétences de ces derniers afin de permettre l'adaptabilité du pôle aux besoins des usagers.

Il assure, dans le pôle, le maintien d'une stabilité structurelle dans des systèmes dynamiques qui drainent des forces parfois antagonistes.

Il est le vecteur, auprès des membres du pôle, de la communication, de sa validité et de sa fiabilité.

C'est un relais d'influence, il est force de proposition et le pivot relationnel au sein des équipes soignantes par les liens créés avec les autres acteurs du pôle. Il joue un rôle majeur car il maîtrise les zones d'incertitude⁹. L'hôpital est fait pour soigner, et en cette période de réformes successives, le cadre supérieur apporte une traduction qui autorise une meilleure prise en charge des patients.

Les modes d'organisation compris peuvent donner de la satisfaction, de la sécurité, de la stabilité psychologique. Les changements sont des sources d'incertitude et d'inquiétude, il faut un équilibre pour que chacun y trouve du sens et soit en accord avec les valeurs partagées.

Il anime l'équipe cadres en permettant l'expression des spécificités autour d'un projet commun. Il s'assure de l'implication des cadres car ce sont des acteurs fondamentaux de pôle. Il est le facilitateur pour l'intégration du projet de soins dans le fonctionnement du pôle, il en assure le suivi et l'évaluation.

Avec le chef de pôle et le cadre administratif, il constitue une équipe à part entière qui repose sur un pacte de confiance et de stratégie. Chacun respecte les compétences et les domaines d'action de l'autre, tout en développant une dynamique de partage et d'échange qui favorise la complémentarité des cultures.

L'objectif poursuivi est l'amélioration de la qualité des soins, du parcours du patient, et une meilleure gestion des risques. La contractualisation interne avec un contrat de pôle signé entre le chef de pôle et le directeur va permettre de décliner les objectifs quantifiés et qualitatifs et les moyens accordés en regard de ces objectifs (recrutement, enveloppe de remplacement, heures supplémentaires, vacataires...). La contractualisation contribue à la démarche d'optimisation de la gestion et vise à contribuer à l'amélioration du service rendu au patient. L'amélioration de la gestion de chaque pôle vise à l'optimisation du fonctionnement médico-économique global de l'établissement.

Les objectifs définis par le pôle doivent concerner le développement des projets et de l'activité, l'amélioration de la gestion des moyens et le respect des crédits délégués. Il

⁹ CROZIER, M, FRIEDBERG, E « l'acteur et le système » éditions du seuil, 1977

existe un engagement dans la démarche de rationalisation et de standardisation des prises en charge et dans le renforcement de l'évaluation.

Les difficultés des cadres de pôle tiennent au fait que la fonction est nouvelle et doit répondre aux exigences de la qualité et aux impératifs de rentabilité économique, ce qui implique la nécessité d'accompagner les changements dans les équipes de soins.

Les cadres de pôle doivent pouvoir se référer au directeur des soins qui apportera une aide complémentaire en terme d'accompagnement, de conseil, d'expertise et de soutien.

1.4 Nouveau mode de management des directeurs des soins

1.4.1 Nouveau mode de collaboration avec les différents acteurs

A) Quelques définitions

L'origine étymologique du terme « collaborer » vient du latin « cum laborar » qui signifie « travailler avec ». Le suffixe « cum » marque l'union, la concomitance et l'action conjointe.

Le dictionnaire LAROUSSE définit la collaboration comme une action de collaborer avec quelqu'un à quelque chose.

La collaboration est définie comme une action de travailler de concert avec une ou plusieurs autres personnes, à une entreprise, un projet commun.

La collaboration a pour synonymes : association, complicité, contribution, coopération, participation. Elle repose sur des savoirs, des représentations, des émotions, des alliances.

Dans l'Encyclopédie Universalis, la coopération est définie comme « le fait, pour une personne, de s'adonner consciemment à une activité complémentaire de celles d'autres personnes dans le cadre d'une finalité commune, dans un groupe donné ».

La collaboration est souvent considérée comme étant plus large et englobe la coopération. La notion de collaboration repose sur des rapports de confiance et sur la capacité des professionnels à suspendre leurs différends et à dégager un sens commun de leurs actions.

Définition du site web wikipédia : la collaboration est un mécanisme pour tirer le maximum de ressources, venir à bout des pénuries, éliminer les chevauchements, mettre

à profit les points forts individuels, constituer des capacités et accroître la participation et l'engagement grâce aux possibilités de synergie et d'impact plus grand.

B) La collaboration

Pour N. ALTER « en donnant une information, du temps, du soutien à un collègue, on l'amène à son tour à donner et plus largement à s'adonner à la coopération »¹⁰.

Cela structure et garantit l'esprit d'équipe. Cela crée des alliances entre membres d'un même métier.

Le management préfère définir précisément les modalités de la coopération, nécessaire à la cohérence institutionnelle, la cohérence se définissant comme l'harmonie entre les différents éléments d'un ensemble mais aussi comme la solidarité qui se manifeste entre des personnes proches (cohérence d'un groupe).

La cohérence institutionnelle pourrait être considérée comme un fonctionnement harmonieux des différents groupes professionnels qui composent l'hôpital avec des interactions solidaires entre elles, d'où la nécessité d'un mode de fonctionnement qui établisse un lien entre les différentes structures de pôle.

L'enjeu aujourd'hui, pour le directeur des soins à l'hôpital, est indéniablement de générer des liens et de la cohérence entre les acteurs afin de contribuer à l'efficacité de l'établissement.

Les unités de soins sont dépendantes pour leur fonctionnement des services techniques, logistiques, informatiques, administratifs, medico-techniques.

L'hôpital moderne de plus en plus performant accroît la complexité du travail et rend plus difficile la coordination entre tous les professionnels, d'où l'importance des impératifs de coordination et de coopération dans le travail. Sans cet élément crucial de coopération, l'organisation de l'hôpital peut devenir contre-performante.

Le problème de la coopération est un problème crucial, la coopération n'est effective que lorsqu'il s'agit de résoudre des problèmes ensemble.

« Les acteurs ne peuvent coopérer facilement que s'ils sont conscients de leurs intérêts communs. La coopération est beaucoup plus aisée dans des domaines qui sont valorisés »¹¹.

La connaissance du fonctionnement du système permet de prendre des décisions plus pertinentes par une meilleure préparation des décisions. Cette préparation consiste en une meilleure concertation avec les acteurs.

¹⁰ ALTER, N donner et prendre p 6

¹¹ GONNET, F l'hôpital en question, un diagnostic pour améliorer les relations de travail, p 180

La collaboration repose sur des rapports de confiance et sur la capacité des professionnels à suspendre leurs différends et à dégager un sens commun à leurs actions.

La dynamique actuelle bouleverse la structure des échanges sociaux. Depuis une vingtaine d'années, elle ne cesse de changer, changements techniques, organisationnels, économiques, stratégiques, et spatiaux qui se succèdent, se superposent, s'entrechoquent en permanence.

Dans cette dynamique désordonnée, chacun doit pourtant trouver le moyen de faire son travail et donc de coopérer. « Coopérer permet de disposer des moyens d'être compétent en obtenant information et soutien »¹²

L'enjeu pour le directeur des soins aujourd'hui à l'hôpital est indéniablement de générer des liens et de la cohérence entre les acteurs afin de contribuer à l'efficacité de l'établissement.

1.4.2 Nouvelles missions du directeur des soins

La gouvernance se fonde sur des règles nouvelles du jeu collectif, intégrant une vision plus horizontale du management.

Le directeur des soins n'échappe pas à cette transformation. Malgré un exercice bien encadré par la réglementation, son rôle et ses missions sont fortement impactés, son positionnement sur l'échiquier évolue, les modes de collaboration et de coopération naviguent sans cesse entre hiérarchique et fonctionnel avec l'entrée en scène de nouveaux acteurs dans le processus décisionnel.

L'ordonnance du 2 mai 2005 rappelle son rôle essentiel dans la coordination des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique au niveau de l'établissement, missions qu'il exerce en s'appuyant sur la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique dont les prérogatives ont été élargies notamment à l'organisation interne.

L'article L 6146-9 du code de la santé publique dispose que dans chaque établissement, la coordination générale des soins est confiée à un directeur des soins.

Les changements profonds dans les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux visent à apporter des réponses plus adaptées aux besoins évolutifs de santé de la population. Ils impliquent un ajustement des compétences, du champ et du mode d'exercice des professionnels de la santé.

La restructuration de notre système de santé via la loi HPST permet aux directeurs des soins d'y prendre une place prépondérante. La modernisation des établissements

¹² ALTER, N donner et prendre p 80

passant par l'amélioration du parcours patient, le renforcement des réseaux ville-hôpital, le travail inter-pôles, les enjeux de santé publique, l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé font des directeurs de soins, pour les équipes médicales, paramédicales et de direction, des acteurs à part entière pour conduire les changements majeurs. Ils s'inscrivent dans un rôle stratégique. La stratégie étant « l'art de coordonner des actions pour atteindre un but », il ne peut y avoir à l'hôpital de stratégie sans prise en compte de sa principale richesse que sont les hommes et femmes qui y travaillent.

D'où la nécessité d'un management qui préserve la cohérence institutionnelle.

La cohérence institutionnelle pourrait être considérée comme un fonctionnement des différents groupes professionnels qui composent l'hôpital avec des interactions solidaires entre eux, avec un mode de fonctionnement qui établit un lien entre les différents pôles.

L'objectif d'efficience impose un management qui s'appuie sur la collaboration des soignants.

La direction des soins est une direction fonctionnelle qui est totalement impliquée dans cette évolution structurelle et organisationnelle. Jean Paul SEGADE précise : « la direction des soins devient une direction d'objectifs et d'expertises et non une direction opérationnelle ayant pour tâche d'affecter quotidiennement le personnel de l'établissement »¹³.

Le directeur des soins a la responsabilité de la politique de soins et coordonne les activités des trois filières paramédicales. A ce titre, sa participation au directoire est légitime par sa vision stratégique et transversale. Son implication stratégique lui permet d'exercer plus facilement sa mission d'appui à la fonction cadre.

Le directoire réunit les acteurs medico-administrativo-soignants. La coopération entre les acteurs amène un bien meilleur niveau d'efficacité.

Le directeur des soins voit son champ d'actions modifié. La délégation de gestion entraîne des changements de pratiques et des missions nouvelles. Le directeur des soins centre ses actions sur une coordination cohérente des soins dans le cadre institutionnel.

Il a un rôle pédagogique majeur pour accompagner les cadres de santé et notamment les cadres coordonnateurs de pôle dans leur fonction de manager. Il doit être disponible pour épauler, conseiller, faire le lien entre tous les cadres de l'institution.

¹³ SEGADE,JP l'avènement de la gestion des pôles, un autre point de vue, gestion hospitalière, octobre 2006

2 Enquête de terrain dans des établissements de tailles différentes

2.1 Présentation des lieux d'enquête et des personnes interviewées

Pour explorer les hypothèses formulées et faire le lien avec les impacts de la délégation de gestion des ressources humaines d'une part sur le nouveau positionnement et rôle des cadres supérieurs de santé responsables de pôle et d'autre part sur le mode collaboration du directeur des soins avec les cadres responsables de pôle, nous avons réalisé une enquête auprès de cinq catégories de professionnels dans trois établissements de santé.

2.1.1 Présentation des établissements enquêtés

Les entretiens ont eu lieu dans trois établissements de santé de tailles différentes. Deux d'entre eux ont été pilote dans la mise en place des pôles (2004). La taille des pôles est très variable d'un établissement à l'autre, elle peut aller d'une centaine de lits à plus de 500 lits pour certains. Pour ces établissements, la mise en place des pôles s'est faite soit dans des logiques d'organes, des logiques de prise en charge et de complémentarité, des logiques d'âge ou des logiques de plateaux techniques.

- Un centre hospitalier universitaire de 1800 lits répartis sur 4 sites, composés de 11 pôles cliniques mis en place récemment (2008). Pour le directeur général, cela a permis l'optimisation des organisations et la rationalisation des moyens au regard de l'activité dans un établissement qui était déficitaire.

- Un centre hospitalier général de 700 lits pilote dans la mise en place des pôles (2004) dont le découpage en pôle a été réalisé par grandes filières de soins. Depuis 2004 des ajustements ont été effectués. Par exemple pour le pôle gériatrie, le cours séjour gériatrique vient d'intégrer ce pôle pour établir une filière complète de prise en charge, de l'aigu au long séjour.

- Un centre hospitalier régional de 1000 lits, nouvellement reconstruit, dont le déménagement a eu lieu en 2008. A son arrivée, en 2006, le nouveau directeur a souhaité que l'établissement réduise le nombre de pôles de 16 pôles à 9. Ce passage c'est accompagné d'un plan de retour à l'équilibre, ce qui a permis de mieux appréhender la phase de transfert vers le nouvel hôpital

2.1.2 Présentation des personnes interrogées

Des entretiens ont été réalisés auprès de cinq catégories de professionnels : trois directeurs d'établissement, trois chefs de pôle, trois directeurs des soins, sept cadres supérieurs de santé et cinq cadres de santé. Les entretiens ont permis, de par la représentativité des personnes interrogées de croiser les regards qu'elles portent sur le nouveau positionnement des cadres supérieurs responsables de pôle et sur les modes de collaboration du directeur des soins.

2.2 Présentation de la méthodologie, des résultats et de l'analyse

Les objectifs poursuivis sont de mesurer l'impact de la mise en place de la délégation de gestion sur les acteurs, sur leur positionnement et sur, en particulier, le nouveau rôle des cadres supérieurs ainsi que sur les modes de collaboration établis par le directeur des soins dans cette nouvelle organisation.

L'enquête a recherché la participation active des professionnels rencontrés.

La technique retenue a été celle des entretiens semi-directifs. Cela permet d'obtenir un discours libre sur le sujet traité. Le cadre de référence permet de recentrer sur le sujet. Chaque personne a été volontaire pour l'entretien et l'anonymat des personnes et des lieux a été respecté. Elles se sont toutes rendues disponibles. En accord avec les personnes, la prise de note a été aussi exhaustive que possible. La retranscription s'est faite très tôt après l'entretien de manière à ne pas perdre d'informations.

2.3 Analyse des entretiens

2.3.1 Point de vue des acteurs sur l'impact de la mise en place des pôles

Pour les directeurs des établissements de santé

La structuration en pôles a été perçue favorablement par les acteurs. Il existe une plus grande participation des praticiens à la marche de l'hôpital. Ils ont adopté pour la plupart une approche plus médico-économique dans la prise des décisions. Le fonctionnement en pôles permet aux praticiens et aux cadres responsables de pôle de mieux appréhender la dimension financière des décisions qui étaient jusqu'alors ignorées.

Les services ont pris conscience de l'impératif de maîtrise des coûts, d'où une meilleure adaptation des demandes aux besoins réels.

Un dialogue constructif s'est instauré entre les directeurs-adjoints, les directeurs des soins, les praticiens responsables de pôle et les cadres supérieurs.

La réforme entraîne une indéniable ouverture entre les services du même pôle. Cela incite à raisonner de manière plus globale et à partager les ressources en personnels et en locaux.

Pour un directeur, *« les délégations renforcent le sentiment d'implication, d'autonomie et de responsabilisation des acteurs, elles apportent des éléments de dialogue. Elles favorisent l'atteinte des objectifs stratégiques à travers les contrats de pôle »*.

L'un d'entre eux souligne que *« l'on n'a pas achevé l'autonomie fonctionnelle des pôles, c'est bien la question des prochains mois »*.

Pour les chefs de pôle

L'effet le plus significatif de la nouvelle gouvernance et de la mise en place des pôles est une réelle prise de conscience de l'appartenance institutionnelle. Le patient pris en charge n'est plus seulement le patient du service mais de l'hôpital. Le décloisonnement des services via les pôles et la concertation des médecins, des directeurs, du directeur des soins à travers le conseil exécutif, le directoire aujourd'hui, participe à cette prise en considération globalement pluri-disciplinaire du patient et contribue à l'amélioration du service médical rendu.

Pourtant, un certain nombre de chefs de pôle revendiquent plus d'autonomie dans la gestion de leur pôle. Ils se plaignent de la complexité des tableaux de bord transmis par l'administration et du peu de lisibilité des instruments de suivi, malgré la mise en place de réunions budgétaires ou d'ateliers de pôle qui ont pour but de les aider à suivre la situation financière de leur pôle. Ils disent ne pas être suffisamment formés à la gestion financière. Deux d'entre eux ont fait un diplôme universitaire de management.

Au moment de l'enquête, aucun directeur n'a été jusqu'à la délégation de signature.

Pour les directeurs de soins

La mise en place des pôles a entraîné une remise à plat des dotations en personnel et en moyens matériels entre services dans certains pôles. L'objectif poursuivi est une redistribution plus équitable des moyens. En effet la diminution des frontières entre services a permis de mener ce type de réflexion.

C'est ainsi que dans certains secteurs, la prise en charge des patients s'est améliorée grâce au redéploiement des personnels. En effet, il est tenu davantage compte du rapport entre l'activité et les ressources à déployer.

L'opportunité de réaliser des transformations de postes en cas de postes vacants est également discutée entre services d'un même pôle, impliquant ainsi une priorisation des besoins au niveau du pôle.

L'instauration de la mutualisation des personnels a nécessité d'offrir des formations afin de favoriser leur adaptation et leur polyvalence sur les différents services du pôle.

La fonction de directeur des soins s'est recentrée sur des missions plus stratégiques et transversales. Il a vu ses fonctions orientées vers la mise en place d'une nouvelle coordination des pratiques professionnelles et il s'est positionné ainsi en garant de la cohérence et de la complémentarité des pôles.

Le directeur des soins devient beaucoup plus « stratégique et politique, garant du lien du pôle avec le projet de soins. Il intervient moins directement. Les cadres supérieurs jouent le rôle de directeur des soins au niveau du pôle .Le directeur des soins est plus dans le contrôle et l'animation de groupes de travail ».

Un directeur des soins souligne le fait que, parfois, pour le moment, ce sont les cadres supérieurs qui managent les pôles et en assurent la gestion selon l'implication plus ou moins grande du chef de pôle.

Les cadres supérieurs étaient auparavant en position hiérarchique simple, ils doivent désormais se penser en position de responsable, pour devenir force d'impulsion et d'initiative au niveau du pôle.

Pour les cadres supérieurs

Tous les cadres supérieurs responsables de pôle interrogés étaient volontaires et intéressés par cette nouvelle fonction. Malgré l'énergie qu'ils mobilisent en permanence, aucun ne regrette ce choix d'évolution de leur carrière.

Si leur charge de travail semble avoir été accrue, c'est, selon eux, au profit de responsabilités plus importantes. Cet enrichissement de leurs fonctions est la conséquence directe de la mise en place des pôles et notamment de la délégation de gestion.

A l'unanimité, les cadres supérieurs rencontrés soulignent les points de satisfaction suivants : métier plus relationnel, reconnaissance de leurs compétences, gain de temps grâce aux raccourcis et à la meilleure fluidité des circuits de recrutement et de remplacements.

Pour l'un d'entre eux, le démarrage a été difficile car la politique de l'établissement avait été de supprimer tous les cadres supérieurs d'où un véritable cloisonnement des services de son pôle. « *Il a fallu apprendre à travailler ensemble* » précise-t'il. Les cadres avaient une logique de service alors que le cadre supérieur avait une logique de pôle. La première étape du travail du cadre supérieur a consisté à harmoniser les pratiques.

Pour les cadres

Un cadre de santé signale le rôle désormais incontournable du cadre supérieur de pôle, notamment en matière de gestion des ressources humaines, même si c'est pour regretter que cela contribue à l'éloigner davantage de l'équipe de direction et plus particulièrement du directeur des soins.

Le cadre de santé apprécie cependant d'être associé aux décisions grâce à sa présence au conseil de pôle.

Il signale en outre le renforcement du cloisonnement entre services de pôles distincts, notamment la diminution des relations avec les cadres des autres pôles. La concertation inter- pôles est en effet remontée au niveau du cadre supérieur ce qui remet en cause les contacts directs entre cadres de santé de pôles différents.

Deux cadres interrogés ont le sentiment que, comme pour les cadres supérieurs, depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance, leur charge de travail a augmenté. Ils se sentent plus impliqués dans les projets, ils ont le sentiment d'avoir plus de responsabilités et d'avoir plus de réflexion sur l'organisation des unités de soins.

Certains considèrent que leur travail est plus intéressant depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance. « *Pour nous, c'est un virage à 180 degrés c'est un changement dans notre mode de management, c'est une approche nouvelle* ». D'autres au contraire, ont le sentiment d'être de simples exécutants des décisions prises sans qu'ils aient pu donner un avis.

2.3.2 Impact de la délégation de gestion des ressources humaines sur le rôle des cadres supérieurs

Pour les directeurs d'établissement, la procédure de recrutement a gagné en qualité. La direction des soins reçoit les candidatures et les transmet aux cadres supérieurs de santé qui procèdent aux recrutements. La nouvelle gouvernance a joué un rôle d'accélérateur dans cette évolution en lui donnant un cadre favorable. Une amélioration a été également remarquée au niveau du management du personnel, la notation des soignants se fait maintenant au niveau des cadres supérieurs de pôle. La

réflexion par pôle se fait également dans le domaine des transformations de postes, des mobilités internes et de l'organisation du travail, autant de domaines pour lesquelles le cadre supérieur de santé peut faire des propositions motivées à la direction des soins.

L'un d'eux souligne que « *la constitution des pôles a changé les comportements en matière de recours en personnel. Elle a permis une meilleure imputation des dépenses.* » Les pôles font preuve d'une plus grande rationalité économique. Les demandes de personnels sont plus adaptées aux besoins réels.

Les responsables de pôle notent que la nouvelle gouvernance entraîne une plus grande cohérence au sein du pôle et donne une vision plus globale de l'activité du pôle, par exemple, sur les affectations ou sur la formation des personnels. Les profils de poste font davantage l'objet de discussions au sein du pôle, pouvant ainsi améliorer l'adaptation du personnel aux besoins du service. Les mutualisations des personnels paramédicaux sont cependant encore limitées et développées à des degrés divers selon les pôles.

Pour un chef de pôle, l'amélioration de la pertinence du recrutement est un bénéfice notable pour le service médical, grâce à une meilleure adaptation des ressources humaines aux besoins des services du pôle. Pour lui « *deux mesures en sont à l'origine : le rôle renforcé des cadres supérieurs de pôle en matière de recrutement en lien avec le directeur des soins et l'avis du responsable de pôle et du directoire sur les candidats médicaux.* »

Les compétences nécessaires dans le pôle sont souvent techniques et spécifiques à l'activité des services. Il paraît évident pour l'un d'entre eux de confier aux pôles les choix « *car cela demande une connaissance précise de l'activité. Cette délégation permet de dessiner le futur du pôle au regard du projet, de dynamiser les équipes en proposant des formations nouvelles et adaptées* ».

Pour un directeur des soins, la délégation de gestion « *donne aux cadres paramédicaux responsables de pôle la pleine étendue de leur fonction.* » La réussite de la mise en place des pôles dépend beaucoup selon lui du succès des délégations. Elle souligne un gain de temps rendu possible par le raccourcissement des circuits. Un autre souligne les progrès enregistrés dans le domaine du recrutement, car les pôles s'y sont investis avec de bons résultats.

Dans deux établissements, le directeur des soins et le DRH ont souhaité que les cadres supérieurs responsables de pôle participent à l'ensemble des recrutements de tous les pôles afin d'éviter de laisser en difficulté des pôles où le recrutement est difficile (psychiatrie, secteur personnes âgées, ...). Un directeur des soins déclare « *qu'il y a une prise de conscience par les cadres supérieurs que le temps de travail des professionnels*

est coûteux et les difficultés actuelles de recrutement conduisent à l'utiliser le mieux possible ».

La polyvalence intra-pôle fonctionne bien et est organisée. Elle commence à être acceptée par les équipes. Cependant, des difficultés sont rencontrées lorsqu'un même pôle a des unités sur plusieurs sites (ce qui est le cas pour ces trois établissements), ou lorsque que les compétences des professionnels sont très spécifiques ou encore lorsque que les horaires des équipes sont différents.

Les cadres supérieurs se perçoivent comme les coordonnateurs du pôle, et comme les conseillers du chef de pôle.

En ce qui concerne le recrutement, la délégation de gestion leur permet de pourvoir recruter avec la meilleure adéquation possible entre le profil de poste à pouvoir et le candidat. Le circuit est plus court ce qui permet d'être plus efficace et réactif. Pour l'un d'entre eux *« il y a une plus grande reconnaissance des agents d'où une plus grande humanisation des rapports hiérarchiques »*. Les difficultés rencontrées sont celles de toute personne qui recrute sans marge de manœuvre par rapport aux rémunérations, ce qui conduit à un certain nombre d'échecs de recrutement.

Dans la gestion de l'absentéisme, la délégation est variable d'un établissement à l'autre.

Pour un établissement, la délégation aux cadres supérieurs est partielle : elle se limite aux affectations du personnel de remplacement au sein du pôle et à prioriser en fonction des besoins des unités. Les demandes d'heures supplémentaires et de vaccataires sont soumises à autorisation du directeur des soins.

Dans un autre établissement, une enveloppe de remplacement a été allouée à chaque pôle, le montant a été fixé en fonction du nombre d'agents qui composent le pôle. Pour le cadre supérieur, *« c'est un véritable outil managérial, elle a été créée pour permettre une certaine stabilité des plannings et avoir une certaine paix sociale, elle permet une réactivité accrue dans la gestion quotidienne »*.

Comme pour les chefs de pôle, les cadres supérieurs soulignent le manque de formation pour assumer cette responsabilité notamment en matière financière. Ils reconnaissent avoir des difficultés dans la lecture des tableaux de bord, même si des réunions « budgétaires » ont lieu régulièrement dans tous les établissements enquêtés, mettant en présence le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, le directeur financier, le contrôleur de gestion, le médecin du département d'informatique médicale, les chefs de pôle et les cadres supérieurs. Ils reconnaissent ne pas toujours appréhender les subtilités de la comptabilité analytique.

Cependant, même si les cadres supérieurs ont le sentiment d'être des acteurs privilégiés, plus proches pour recueillir les demandes des personnels, le fait d'avoir un

regard constant sur l'activité du service en fait un maillon hiérarchique supplémentaire que les cadres ne voient pas toujours d'un bon œil.

Les cadres constatent que la mise en place des pôles et la délégation de gestion ont accéléré les processus de réorganisation des unités de soins. Les effectifs ont été revus le plus souvent à la baisse. *« Nous avons déterminé avec le cadre supérieur les effectifs minima et notre travail a consisté à faire accepter aux agents qu'ils puissent travailler avec un nombre moindre. Nous avons dû faire un travail de fond pour que les personnels acceptent ces effectifs minima. Ce n'est pas facile, nous sommes en première ligne ».*

Pour éviter un turn over trop important et essayer de fidéliser les agents, les cadres ont essayé de maintenir une certaine stabilité des plannings. *« Nous sommes amenés à faire des réajustements permanents en fonction de la charge de travail. Nous avons mis en place la mobilité, nous sommes des équilibristes qui doivent s'adapter en permanence ».*

2.3.3 Impact de la délégation de gestion sur le mode de collaboration du directeur des soins avec les différents acteurs du pôle

Pour la plupart des acteurs concernés, la légitimité professionnelle du directeur des soins ne semble pas remise en cause. La dimension stratégique apparaît bien dans les discours des différents acteurs.

Pour les directeurs, le directeur des soins joue pleinement son rôle de coordination et participe activement à la régulation inter-pôle indispensable au maintien de l'équilibre et de l'intérêt général de l'établissement. Membre de droit du directoire par sa connaissance du soin, il apporte un éclairage sur les décisions à prendre.

Pour les chefs de pôle, le directeur des soins doit aider à la mise en œuvre des projets, notamment le projet de soins.

Un directeur des soins souligne l'importance d'instaurer un climat de confiance avec les chefs de pôle d'où la nécessité de rencontres régulières afin de mettre en œuvre le projet de soins au sein du pôle.

Un chef de pôle déclare : *« la mise en place des conseils de pôle est un facteur important dans l'amélioration des échanges entre le personnel soignant et médical créant ainsi un rapprochement des logiques favorables à la qualité du service rendu aux patients ».* Il regrette que la loi HPST n'ait pas conservé le principe du conseil de pôle même si elle invite les chefs de pôle à organiser des rencontres avec les personnels. De

même ils considèrent qu'il est important pour eux de collaborer et de communiquer avec les cadres supérieurs. La plupart d'entre eux ont organisé des rencontres hebdomadaires formalisées.

Les cadres ont le sentiment d'être écartés des prises de décisions. Ils ont l'impression que tout se joue entre le chef de pôle et le cadre supérieur. Certains ont un sentiment partagé quant au mode de collaboration des cadres supérieurs à leur égard. Pour les uns, les relations sont directes, franches avec de l'écoute. Ils considèrent que le cadre supérieur fait du management participatif ce qui leur permet d'avoir de l'autonomie et d'avoir un positionnement clairement défini. « *Le cadre responsable de pôle sécurise en donnant les lignes de conduite* ». Pour d'autres au contraire, le cadre supérieur s'est rapproché du chef de pôle et comme lui, considère le pôle comme une PME et réclame plus d'autonomie dans la gestion. Leur avis n'est pas sollicité, ils se sentent, isolés, n'ayant plus de vrai contact avec le directeur de soins. Il existe un décalage entre ce qu'ils attendent du cadre supérieur, accompagnement, ligne de conduite, association à la préparation du contrat de pôle et ce qu'ils vivent au quotidien.

Les directeurs des soins soulignent le malaise des cadres qui s'est accentué depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance. Ils reconnaissent qu'ils les rencontrent moins fréquemment et que les cadres supérieurs ne remontent pas toujours les difficultés ressenties par les cadres. Pourtant, ceux-ci restent très fortement attachés à la direction des soins. Ils considèrent que le directeur des soins les représente, que l'on doit pouvoir s'appuyer sur lui : « *il permet d'éviter les dérives* ».

En ce qui concerne les cadres supérieurs, l'un d'entre eux souligne qu'il y a bien eu dans l'établissement des écrits sur la délégation de gestion « *mais on ne sait pas toujours ce qui est acté, j'ai l'impression que le chantier est toujours en cours* ». Les cadres supérieurs ont besoins de repères, de règles claires. Pour l'un d'entre eux, « *il faut jongler avec l'ancien mode de fonctionnement, avec ceux qui veulent innover, tout n'est pas construit. Moi, j'accepte que tout ne soit pas pour le moment cadré, j'accepte un certain flou, il faut que l'on soit adaptable. C'est une fonction qui a encore besoin d'évoluer et le directeur des soins est là pour nous aider à trouver notre place et faire évoluer cette fonction* ».

Par ailleurs un certains nombres de cadres supérieurs s'inquiètent de leur devenir lorsque le chef de pôle ne sera pas renouvelé. Contrairement aux chefs de pôle dont le mandat de quatre ans est renouvelable, il n'est à ce jour rien mentionné au sujet des cadres supérieurs dans les textes, d'où l'importance pour eux de garder un lien très fort avec la direction des soins.

Malgré certaines inquiétudes, les cadres supérieurs sont unanimes, et même si certains revendiquent toujours plus d'autonomie, ils considèrent que le directeur des soins apporte une aide méthodologique indispensable pour traduire le projet de soins au niveau

du pôle. Il a un rôle stratégique car il a une vision globale de l'établissement. Il est là pour expliquer la stratégie de la mise en place des projets et expliquer les réformes. Il donne du sens aux actions engagées. Il apporte une aide complémentaire en terme d'expertise, de conseil et de retour d'expérience. De plus il transmet les informations descendantes et ascendantes.

Dans les établissements enquêtés, des réunions hebdomadaires ont été instituées entre le directeur des soins et les cadres supérieurs, ce qui permet des temps d'échanges importants pour la cohérence de la politique de soins.

En effet le directeur des soins est dorénavant dans un niveau de collaboration plus important avec les cadres supérieurs de pôle et sollicite davantage leur capacité d'autonomie.

Tous les directeurs des soins insistent sur l'importance d'accompagner les cadres supérieurs dans ces changements afin qu'ils assurent au mieux leur rôle. Pour le directeur des soins, il est nécessaire d'avoir des compétences pédagogiques pour accompagner les changements.

3 Préconisations à mettre en œuvre par le directeur des soins

Au terme de l'étude réalisée et après analyse des données recueillies, les hypothèses ont pu être vérifiées.

La mise en place de la délégation de gestion est encore très variable d'un établissement à l'autre et à ce jour dans les établissements enquêtés, il n'y a pas encore de véritable délégation de signature de la part du directeur général au chef de pôle. Même si tous les établissements indiquent avoir mis en place la délégation de gestion des ressources humaines, elles ne s'appliquent pas de la même manière d'un établissement à l'autre : des disparités importantes existent. Pourtant, la ressource humaine est considérée aujourd'hui comme une variable stratégique et les établissements seront amenés à établir une véritable politique de délégation de gestion en ce domaine. Le rapport de l'IGAS de mai 2009 sur la mise en place de la nouvelle gouvernance souligne qu'il existe un décalage entre les efforts d'acculturation des médecins aux enjeux de la gestion et la réalité de cette délégation de gestion.

Le décret relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé précise que le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une signature accordée au chef de pôle, permettant d'engager des dépenses notamment dans les domaines suivants : personnels de remplacement non permanents, et dépenses de formation du personnel.¹⁴

3.1 Des rôles et des responsabilités modifiés

La déconcentration de la gestion et des responsabilités dans un fonctionnement plus transversal a modifié le rôle des cadres supérieurs. Ceux-ci ont un rôle important auprès des chefs de pôle. Ils sont un relais indispensable entre les équipes et le directeur des soins.

Les cadres supérieurs sont concernés et impliqués dans le recrutement. Les bénéfices constatés pour les établissements enquêtés de la délégation de gestion sont entre autre le circuit du recrutement, ce qui se traduit par un gain de temps dans un contexte de main d'œuvre disponible peu abondante et marqué par la concurrence, ainsi qu'une meilleure adéquation des moyens par rapport à l'activité.

Les cadres supérieurs ont eu des objectifs de réorganisation de travail au sein des unités de soins et ils ont impliqué avec plus au moins de réussite les cadres soignants.

¹⁴ Décret n° 2010-657 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé

Une dynamique s'est mise en place difficilement pour les cadres afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines.

La déconcentration suppose une implication des professionnels dans la gestion. Les cadres supérieurs ont besoin de soutien pour optimiser leurs compétences.

La gestion de proximité doit rendre le système hospitalier plus flexible et réactif, d'où la nécessité pour les cadres supérieurs d'avoir une certaine autonomie dans leur fonctionnement.

Le rôle du directeur des soins a lui aussi été modifié, ce qui le conduit à exercer aujourd'hui un rôle de coordination entre les pôles. En ce qui concerne les directeurs et les médecins, ils sont des collaborateurs qui aident à maintenir le cap défini dans la politique de l'établissement. Le directeur des soins est garant de l'équité et il organise la répartition équilibrée des ressources en soins au niveau de l'établissement comme le précise le nouveau référentiel métier du directeur des soins. De même, il conseille et accompagne les chefs de pôle dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle dans le respect dû aux délégations de gestion.

3.2 Le maintien des valeurs

Pour le directeur des soins, la réussite du changement ne peut intervenir que si les acteurs réussissent à conserver ou à inventer des normes culturelles. Pour développer la coopération, il convient de développer une culture commune partagée et de promouvoir l'autonomie. La coopération repose sur des rapports de confiance, les professionnels doivent dégager un sens commun à leurs actions.

Le directeur des soins doit préserver et entretenir une culture commune, partagée par l'ensemble des professionnels, qui permettra d'assurer la cohésion de l'institution autour de ses missions et de ses objectifs.

L'élaboration d'un projet commun, avec la mise en place de comité de pilotage et de groupes projets composés de professionnels de différents pôles et unités de soins, permet de créer l'opportunité d'échanges, de confronter les points de vue et d'en dégager un maximum de points communs. Le travail par projet facilite les nouvelles relations interprofessionnelles.

La politique de soins définie par le directeur des soins n'a de sens que si elle est partagée par l'ensemble des acteurs et relayée par les cadres supérieurs au sein des pôles. Pour ce faire, il s'appuie sur le projet de soins qui est un élément structurant de cette politique. Comme le précise le référentiel métier du directeur des soins, il est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs

de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Son élaboration nécessite l'implication et la participation des soignants.

Il anime la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation en l'informant régulièrement des enjeux de la politique de l'établissement et en impliquant les participants dans l'élaboration de projets et notamment dans celui du projet de soins ainsi que dans le suivi des actions.

La première étape consiste à se rapprocher du corps médical et des paramédicaux pour définir les grandes orientations du projet de soins qui permettent de répondre aux besoins du bassin de population et améliorent la prise en charge des patients. A partir de la commission de soins, il définit des groupes de travail pilotés par des personnes ressources ou expertes dans les domaines traités et réfléchissant sur les objectifs et les actions à mettre en œuvre. Les cadres supérieurs de pôle sont amenés au travers des contrats de pôle à mettre en place les objectifs du projet de soins et les actions qui en découlent et à définir des indicateurs qui permettent de mesurer l'atteinte des objectifs. L'évaluation est une étape essentielle. Le projet de soins est un outil au service d'une politique, il intègre les stratégies médicales et il s'attache à développer une approche transversale qui tient compte de la spécificité de chaque pôle.

Le projet de soins définit la ligne de route des soignants, il repose sur des valeurs communes dans lesquelles les soignants se retrouvent tous. Il nécessite l'engagement de chacun, il trace les lignes de conduite de la politique de soins et il permet la transversalité dans les actions.

« Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va » Sénèque. Le projet de soins donne du sens, définit une stratégie. Il permet de fédérer l'ensemble des soignants autour d'objectifs communs, dans une culture partagée.

Pour mener à bien l'ensemble de leurs missions, l'encadrement a besoin d'un accompagnement.

3.3 L'accompagnement de l'encadrement par le directeur des soins

L'accompagnement et le développement des compétences des cadres responsables de pôle sont des phases importantes dans la délégation de gestion. Elles en font un acte fort de management.

Le repérage des potentialités est nécessaire car les cadres supérieurs sont en première ligne dans l'exercice de la délégation de gestion et dans la mise en œuvre de la politique de ressources humaines. Ils travaillent en étroite collaboration avec le chef de pôle.

Ayant une vision globale de l'institution, le directeur des soins doit instaurer un climat de confiance, d'écoute, créer du lien, favoriser la circulation de l'information. La place au comité de direction et au directoire lui donne une connaissance stratégique institutionnelle, ce qui lui permet de manager les changements tout en contribuant à garantir la cohérence entre les projets de pôle et le projet d'établissement. Il doit faire en sorte que les règles de gestion soient connues et explicitées car les cadres supérieurs ont une part active dans la mise en place de la politique de soins, dans l'atteinte des objectifs et dans le suivi des résultats.

Le directeur des soins doit développer une réelle politique de communication avec ces derniers. Il encourage leur autonomie tout en garantissant la logique institutionnelle d'ensemble. Il est dans une fonction de conseil permanent. Il permet la transmission des connaissances nécessaires à l'exercice de la délégation. La mise en place de réunions, de groupe de travail, la création de supports comme par exemple l'élaboration d'un guide de délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines, sont indispensables. Ce guide reprend les règles en matière de recrutement et définit les rôles de chacun (cadres supérieurs, directeur des soins, directeur des ressources humaines). Il précise :

- les règles dans la manière de gérer la mobilité inter-pôles,
- les règles en matière de recrutement,
- la gestion de la transformation des postes,
- la gestion de l'enveloppe de remplacement,
- la gestion de l'enveloppe de mensualités d'été,
- l'évaluation du personnel,
- l'accueil des stagiaires au sein du pôle.

D'ailleurs, lors des entretiens, afin de répondre aux exigences de leur poste, les cadres supérieurs ont exprimé le besoin de formation. Le rôle du directeur des soins est de les accompagner et de les encadrer pour qu'ils puissent acquérir ces compétences.

Le directeur des soins exerce un rôle pédagogique d'appui et de contrôle. Il doit en effet garantir l'équité entre tous les pôles. Il organise la répartition équilibrée des ressources en soins au niveau de l'établissement comme le précise le référentiel métier. Il prend les mesures nécessaires à la continuité et la sécurité des soins notamment dans la gestion des moyens de remplacements soignants dans une logique de solidarité institutionnelle.

Pour accompagner et assurer le contrôle de la démarche, des réunions régulières (bimensuelle) sont à instituer entre les cadres supérieurs, le directeur des ressources humaines, le directeur financier, le directeur des soins et les chefs de pôle pour faire le point sur :

- l'évolution des effectifs et le plan de recrutement du pôle,
- l'évolution de l'absentéisme,

- les soldes de RTT et les heures supplémentaires,
- les soldes des congés annuels,
- l'utilisation de l'enveloppe de remplacement lorsqu'elle existe,
- le recours aux vacataires, ou personnels de remplacement,
- le besoin en mensualités d'été.

Les cadres supérieurs sont amenés à innover. Les délégations se font à moyens constants, dans un contexte de maîtrise des coûts, de pénurie de ressources humaines (IDE, kiné, ...) et dans une logique comptable d'optimisation des ressources par rapport à une activité soumise à la tarification à l'activité. Les améliorations d'organisation qu'ils proposent se traduisent par de l'efficacité. La performance souhaitée peut être mesurée par des indicateurs qui sont regroupés dans des tableaux de bord. Un indicateur donne une représentation chiffrée d'un phénomène que l'institution souhaite mettre sous contrôle. Il permet d'objectiver la situation et de la rendre interprétable, son utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif. Par sa vision globale de l'institution, le directeur des soins accompagne les cadres supérieurs dans la détermination des indicateurs et dans leur suivi. Il est à la fois dans un rôle de coopération (il aide l'autre pour une chose spécifique) et dans un rôle de coordination, (il s'efforce d'agir pour que les cadres supérieurs puissent remplir leur missions).

La délégation de gestion n'est pas d'économiser mais bien d'optimiser de manière efficiente l'utilisation des ressources, l'une des mesures réside dans la mutualisation des ressources humaines, quand elle est possible. La condition de réussite essentielle, au-delà de l'adhésion des personnels soignants à cette évolution, passe par le développement de la culture de pôle et par le sentiment d'appartenance à une équipe solidaire, mais c'est aussi l'investissement dans le capital humain, c'est-à-dire la formation continue. C'est un impératif pour la qualité de prise en charge des patients.

Une coordination et une coopération satisfaisantes et adéquates entre tous les professionnels de santé améliorent la prise en charge des patients. Le directeur des soins anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats.

Aujourd'hui le malaise des cadres s'est trouvé accentué par la mise en place de la nouvelle gouvernance. Ils ont le sentiment d'être exclus des prises de décision. Le directeur des soins doit mieux impliquer les cadres dans la détermination des orientations stratégiques et favoriser la communication par des réunions d'information autour des projets de l'établissement.

Conclusion

La tarification a amené un bouleversement des principes et des règles de gestion. C'est la « fin des certitudes » souligne un directeur. Les établissements constatent des éléments forts de variabilité (aléas de l'activité et de la tarification), ce qui entraîne une transition difficile pour la gestion des effectifs.

La nouvelle gouvernance et la loi HPST ont redistribué les pouvoirs avec une évolution des responsabilités des acteurs hospitaliers (chef de pôle, cadres supérieurs, directeur des soins,...). Elle repose sur la segmentation en pôles d'activité. Dans ce domaine, les hôpitaux sont avancés, on est aujourd'hui plutôt dans une phase de redécoupage. Un directeur précise : « *on n'a pas achevé l'autonomie fonctionnelle des pôles, c'est bien la question des prochains mois* ».

Pour réussir ces changements d'organisation, il faut que les logiques soient traduites dans un même langage, des valeurs et une culture commune partagée, centrées sur l'efficacité au service des patients, l'autonomie, la responsabilité et le développement des compétences.

La délégation de gestion n'a été que rarement développée à ce jour dans les établissements de santé : soit elle n'est pas encore mise en place, soit elle ne concerne que des enveloppes limitées, même si l'objectif poursuivi est d'améliorer la prise de décisions. Les chefs d'établissement ont encore beaucoup de réticences à aller jusqu'à la délégation de signature.

De plus les établissements ne disposent pas tous d'outils de pilotage indispensables à l'accompagnement de la délégation de gestion et les acteurs, qu'ils soient chefs de pôle où cadres supérieurs, manquent de formation pour assurer pleinement leurs missions (le décret du 11 juin 2010 précise que le directeur propose une formation adaptée à l'exercice de leur fonction de 60 heures aux chefs de pôle)¹⁵ . Les réformes hospitalières impliquent un travail en profondeur qui, pour être réalisé sérieusement, demande du temps et des moyens humains d'autant plus rares que le contexte financier est difficile

A ce jour on est plutôt dans une gestion déconcentrée et partagée qui repose sur une nouvelle répartition des compétences entre les acteurs que sont les chefs de pôle, les cadres supérieurs et les directions fonctionnelles, notamment la direction des soins. Les chefs de pôle ont la responsabilité du pilotage des pôles, en cela ils sont aidés par les cadres supérieurs qui connaissent un accroissement de leur rôle et de leurs tâches dans les domaines de la gestion et du management. Les directeurs des soins, quant à eux, recentrent leurs missions sur des objectifs transversaux et stratégiques. Ils développent

¹⁵ Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé

des fonctions de conseil et d'expertise. Ils accompagnent les cadres responsables de pôle dans l'acquisition d'une certaine autonomie au sein de leur pôle, tout en assurant des missions de coordination et de maintien de la cohérence institutionnelle.

Le manque de lisibilité et de clarté des réformes a entraîné un profond malaise chez les cadres de proximité. Ils se sentent « les oubliés » des réformes. Ils constatent un glissement vers le haut de leur fonction du fait d'un transfert de tâches des cadres supérieurs appelés à des missions plus transversales au sein des pôles. Cependant ils ont bien pris conscience qu'ils constituaient un relais essentiel pour la mise en œuvre des décisions. Pour mener à bien ces nouvelles missions, leur formation devra évoluer. De même le directeur des soins doit les impliquer davantage dans la détermination des orientations stratégiques et favoriser la communication autour du projet d'établissement.

L'autonomie des hôpitaux se termine. La loi HPST est tournée plus vers une réorganisation des territoires de santé. Demain les établissements auront à mettre en place les communautés hospitalières de territoire ce qui modifiera de nouveau les modes de collaboration et de coopération des différents acteurs. Le territoire devient une nouvelle étape et un nouvel espace de la prise en charge des patients.

Bibliographie

Les ouvrages

ALTER, N, donner et prendre la coopération en entreprise, édition découverte, 2009, 227 p.

ALTER, N, sociologie de l'innovation, PUF, 1996

CROZIER, M, FRIEDBERG, E « l'acteur et le système » éditions du seuil, 1977

GONNET, F, L'hôpital en question, un diagnostic pour améliorer les relations de travail, édition Lamarre, 2003, 272 p.

MINTZBERG, H, Le management – Voyage au centre des organisations 2^e édition. Editions d'organisation, 2004

PELJAK, D, la gestion de pôle à l'hôpital, édition les études hospitalières, 2007, p 239

Les revues

CHANNET, A, PRADELIE, G, PRENTOUT, N, SANQUIER, R, management des pôles état des lieux et perspectives, janvier février 2009, revue hospitalière de France

COQUAZ, C, MADELMONT, F, l'organisation des ressources humaines au service de l'optimisation du parcours de prise en charge du patient, décembre 2008 santé RH

FAURE, A, nouvelle gouvernance inquiétudes et espoirs des futurs acteurs, janvier 2006, gestion hospitalière

GOTTSMANN, J, le développement de la contractualisation dans la gestion hospitalière, 2002, revue fondamentale des questions hospitalières

MOREAU, P, pour une praxis du management de proximité, décembre 2009, objectif soins

SEGADE, JP l'avènement de la gestion des pôles, un autre point de vue, gestion hospitalière, octobre 2006, p 546,547

DEBROSSE, D, SIMON, P, chefs de pôle quel rôle dans la futur loi HPST, Revue hospitalière, janvier, février, 2009 p 12 à 15

Les rapports

Rapport de l'IGAS, bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mise en place dans les établissements de santé, mai 2010

Textes législatifs et réglementaires

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

Loi hôpital, patient, santé, territoire du 21 juillet 2009

Décret n° 2010-657 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou medico-technique dans les établissements publics de santé

Les sites Internet

Loi HPST et gestion des ressources humaines, CHT du 29 mai 2009, VIDAL BOYER, H FHF

Les règles de la délégation de gestion en ressources humaines, expérience de l'hôpital Simone VEIL, VERDOCQ, D, VITART, M, journée d'étude de l'ADRHESS 29 mai 2009

Liste des annexes

ANNEXE 1 grille d'entretien semi-directif à destination des directeurs d'établissement et des médecins chefs de pôle

ANNEXE 2 grille d'entretien semi-directif à destination des directeurs des soins, cadres supérieurs responsables de pôle, et des cadres

ANNEXE 1

Grille d'entretien semi-directif

Directeurs d'établissement, chefs de pôle

THEME 1 : La mise en place des pôles

1. Quel est, selon vous, l'impact de la mise en place des pôles ?
2. Quels sont les enjeux de cette nouvelle organisation ?
3. Quelle est l'évolution du rôle des différents acteurs ?
4. Comment s'est fait le choix des cadres responsables de pôle ?

THEME.2 : La délégation de gestion

- 1 Selon vous, quel est l'impact de la délégation de gestion dans les pôles ?
- 2 Quels en sont les enjeux et les objectifs ?
- 3 Comment est organisée la délégation de gestion dans votre établissement ?

THEME.3 : La délégation de gestion et les nouveaux modes de collaboration

- 1 Quel est l'impact d'une organisation en pôles sur le management du directeur des soins ?
- 2 Quel est le mode de collaboration entre le directeur de soins et les pôles ?

ANNEXE 2

Grille d'entretien semi-directif

Directeurs des soins, cadres supérieurs responsables de pôle, cadres

THEME 1 : La mise en place des pôles

- 1 Quel est, selon vous, l'impact de la mise en place des pôles ?
- 2 Quels sont les enjeux de cette nouvelle organisation ?
- 3 Comment s'est fait le choix des cadres responsables de pôle ?
- 4 Comment a évolué votre rôle et celui des autres acteurs ?
- 5 Comment concevez votre nouveau rôle ?

THEME.2 : La délégation de gestion

- 1 Selon vous, quel est l'impact de la délégation de gestion dans les pôles ?
- 2 Quels en sont les enjeux et les objectifs ?
- 3 Comment est organisée la délégation de gestion dans votre établissement ?

THEME.3 : La délégation de gestion et les nouveaux modes de collaboration

- 1 Quel est l'impact d'une organisation en pôle sur le management du directeur des soins ?
- 2 Quel est le mode de collaboration entre le directeur de soins et les pôles ?
- 3 Quel est le mode de collaboration entre le directeur des soins, les cadres supérieurs et les cadres ?
- 4 Quels sont les changements notables en terme de relations entre les cadres supérieurs responsables de pôle, les cadres et le directeur des soins ?