



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur des Soins
Promotion 2006**

*« Le cadre supérieur acteur de changement dans la nouvelle
gouvernance : un enjeu managérial pour le directeur des
soins »*

Anne CORBIAT

Remerciements

A mes amis de promotion et à toutes les personnes qui par leur aide, leurs conseils et leurs encouragements m'ont accompagné au cours de ce travail

Et tout particulièrement à Françoise pour sa patience et son inconditionnel soutien si précieux

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 L'HOPITAL	5
1.1 L'hôpital en tant qu'organisation.....	5
1.1.1 De l'analyse stratégique.....	5
1.1.2 ...au concept d'organisation.....	6
1.2 l'hôpital en mouvement	10
1.2.1 Les pôles d'activité	11
1.2.2 La contractualisation	11
1.3 Le directeur des soins et les cadres supérieurs : des acteurs essentiels	12
1.3.1 Le cadre réglementaire	12
A) Le directeur des soins	12
B) Le cadre supérieur	14
1.3.2 Culture et identité professionnelle	16
1.3.3 Le pouvoir et la stratégie à l'hôpital.....	18
1.4 Le management.....	19
1.4.1 Une définition	20
1.4.2 Un exercice à l'hôpital... ..	20
1.4.3 ...Par le directeur des soins	23
2 L'ETUDE DU TERRAIN	26
2.1 Le contexte de l'étude	26
2.2 La méthodologie de l'enquête	26
2.2.1 Le terrain de l'enquête	27
2.2.2 Le recueil d'informations	28
2.2.3 Les limites et points forts de l'enquête	29
2.3 Résultats et analyse des entretiens	29
2.3.1 Le profil des CSS des pôles	30
2.3.2 L'incidence de la mise en place des pôles	31
A) Missions du cadre supérieur : place et rôle	31

B)	Missions et place des directeurs des soins	36
2.3.3	Les compétences attendues.....	38
2.3.4	Etre CSS de pôle : quelle plus value ?	39
2.4	Conclusion de l'étude de terrain.....	40
3	PROPOSITION D' ACTIONS.....	43
3.1	Le directeur des soins se positionne.....	44
3.1.1	Il s'appuie sur des valeurs	44
3.1.2	Il manage dans la confiance.....	45
3.2	Le directeur des soins accompagne.....	45
3.2.1	Il communique	45
3.2.2	Il responsabilise.....	47
3.3	Le directeur des soins fédère... ..	48
3.3.1	Il mobilise et implique	48
3.3.2	Il recherche la cohésion.....	49
3.4	Le directeur des soins précise les missions.....	51
3.4.1	Il clarifie les missions du CSS	51
3.4.2	Il évalue	52
	CONCLUSION.....	55
	BIBLIOGRAPHIE.....	57
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CSS: Cadre Supérieur de Santé

DRH: Directeur des Ressources Humaines

DRHA: Directeur des Ressources Humaines Adjoint

DS: Directeur des Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

PE: Projet d'Établissement

Introduction

Au cours des dernières années, l'hôpital a connu des changements importants.

Dans un environnement en constante évolution, le contexte économique nouveau contraint les établissements à se transformer. La complexité des structures hospitalières, marquée par les évolutions techniques, sociales et culturelles, impose aux acteurs qui y travaillent de s'adapter continuellement à un univers professionnel en perpétuelle mouvance. Or, l'univers hospitalier de plus en plus complexe modifie et réduit les points de repères des acteurs. Les identités professionnelles deviennent évolutives, fluctuantes voire incertaines. C'est pourquoi il est important de clairement identifier les rôles et places de chacun des acteurs afin de développer et de favoriser la responsabilisation des professionnels et de permettre à chacun d'eux de s'identifier dans l'établissement.

A l'hôpital, comme dans toute institution, le management est au cœur des rapports entre les individus. Par sa complexité et les évolutions qui le caractérisent, l'hôpital nécessite un management des ressources humaines spécifique. L'encadrement soignant se positionne dans l'organisation hospitalière comme un maillon incontournable dans cette gestion et dans la mise en œuvre de la politique institutionnelle.

Le thème de ce mémoire porte sur le management des cadres supérieurs de santé (CSS¹) à l'hôpital, dans le cadre de son évolution, impulsée par la nouvelle gouvernance. La mouvance actuelle au sein des hôpitaux conduit les structures à un changement organisationnel et managérial interne.

Le plan « Hôpital 2007 » proposant la réforme de la gouvernance hospitalière impose aux établissements de s'adapter et de s'orienter vers une réorganisation centrée sur la mise en place des pôles d'activité et sur la contractualisation interne. Cette évolution de l'organisation en interne vers les pôles d'activité a une incidence sur le rôle des acteurs dans la structure. La fonction de CSS est soumise à ces différentes transformations hospitalières et plus particulièrement à la réorganisation des services de soins en pôles d'activité, axe fort de cette réforme. Dans les grands établissements comme les CHU², la plupart des chefs d'établissements placent les CSS dans le « triumvirat médical, soignant, administratif » de pilotage du pôle.

¹ Lire partout cadre supérieur de santé

² Lire partout centre hospitalier universitaire

Cette restructuration passe par la redéfinition de la place des acteurs dans la nouvelle répartition des rôles. Le positionnement de l'encadrement semble primordial pour accompagner le changement dans un contexte où le mode d'exercice du cadre supérieur reste souvent lié à la personnalité du professionnel.

Pour cela, le directeur des soins favorise une politique d'encadrement devant répondre aux besoins du terrain. De par ses fonctions, il initie, impulse et accompagne une politique managériale. C'est cette politique qui, par son incidence sur la responsabilisation des professionnels, doit permettre un renforcement du positionnement de chacun.

Or l'hôpital a besoin de cadres supérieurs clairement positionnés dans leur fonction, motivés, et reconnus, pour faire face aux évolutions et pour participer à la conduite du changement. A la veille de la démarche d'accréditation versus V2 pour atteindre la certification, l'évaluation de la qualité du management de l'hôpital par ses responsables est un axe incontournable.

L'exigence de qualité de plus en plus grande dans le domaine des soins et des services au patient oblige le directeur des soins à s'interroger sur l'impact du management et de la politique institutionnelle sur le fonctionnement des services et sur la qualité de prise en charge des patients.

Nous pensons qu'affirmer l'identité professionnelle à travers le rôle et les missions de l'encadrement est un des moyens pour permettre aux cadres supérieurs d'être des acteurs reconnus, impliqués, et participant aux changements et à la politique d'amélioration continue au service des patients. Tout en prenant en compte les spécificités contextuelles, et dans la perspective de notre future fonction de directeur des soins, il apparaît indispensable de participer à l'évolution de l'organisation.

C'est dans cette dynamique que nous nous inscrivons pour mener la recherche sur le management de l'encadrement supérieur.

Cette étude s'appuie sur notre expérience professionnelle d'encadrement dans plusieurs secteurs d'activité. Les observations relevées durant ces années d'exercice et les échanges avec d'autres professionnels permettent d'étayer nos réflexions. En effet, à travers notre parcours professionnel, il nous est possible de faire plusieurs constats.

➤ *Au plan managérial*, les cadres supérieurs de santé ont des fonctionnements divers. Ils peuvent avoir un positionnement différent en montrant une adhésion ou une opposition au projet de soins et aux projets institutionnels. Leurs missions ne sont pas clarifiées et ne

sont pas formalisées par écrit. La collaboration avec le chef de service est élaborée sur des bases soit personnelles soit professionnelles.

➤ *Au plan institutionnel*, l'organisation de l'encadrement supérieur est très variable par la diversité des champs d'activité. En effet, le CSS peut être responsable d'un ou de plusieurs services, il peut avoir une ou plusieurs missions transversales, celles-ci n'étant pas formalisées. Lors de sa prise de fonction, le CSS ne bénéficie pas d'un accompagnement. Néanmoins, un soutien régulier lui est assuré par le directeur des soins et une formation accompagnant la prise de poste lui est proposée à distance de celle-ci pouvant être de plus de 6 mois.

➤ *Au plan des acteurs*, l'écoute des Cadres et CSS révèle une insatisfaction de plusieurs cadres liée à la présence trop forte du CSS ne laissant que très peu de marge de manœuvre au cadre ou au contraire une absence du CSS. Des critiques de la politique d'établissement sont plus importantes depuis la mise en place de pôles d'activité. De plus, les responsabilités du CSS positionné dans la direction du pôle ne sont pas définies et les CSS expriment des craintes de voir leur nombre diminuer. Un manque de reconnaissance de la part de médecins vis-à-vis de l'encadrement est ressenti par les CSS, sentiment majoré par la mise en place des pôles nécessitant une collaboration plus étroite entre le médecin responsable du pôle et le CSS.

Problématique

Ces constats nous amènent donc à nous questionner sur le management des CSS et de façon plus large, sur la politique managériale du directeur des soins vis-à-vis de l'encadrement.

Nous sommes conduit à envisager comme question de départ

Dans le contexte des évolutions de l'organisation interne de l'hôpital, quelles sont les incidences des nouvelles réformes sur le champ d'intervention et les responsabilités des cadres supérieurs de santé ?

Hypothèses de travail

Pour conduire ce travail de recherche, nous nous appuyerons sur plusieurs hypothèses qui vont servir de base à notre travail de recherche.

Hypothèse 1 : la définition d'une politique institutionnelle claire et lisible a des incidences sur le positionnement de l'encadrement supérieur (directeur des soins et cadre supérieur)

Hypothèse 2 : la clarification de la fonction du CSS dans la nouvelle organisation interne des hôpitaux dépend de la politique institutionnelle.

Hypothèse 3 : le positionnement du directeur des soins en tant que manager et leadership favorise ou non la conduite du changement.

Approche méthodologique

La première partie, théorique et conceptuelle, s'attache à préciser les concepts relatifs à l'hôpital en tant qu'organisation, à la culture et à l'identité professionnelle, aux principes du dispositif d'organisation en pôles d'activité. Elle s'appuie sur des références issues de la littérature susceptibles d'étayer notre constat.

Nous nous efforcerons d'analyser la place du CSS et du directeur des soins à l'hôpital, la réglementation relative à leurs fonctions et le contenu de celles-ci, avant d'aborder le rôle de ces deux acteurs essentiels – directeur des soins et cadre supérieur- puis le concept de management.

La deuxième partie est consacrée à l'exploitation et à l'analyse d'un travail d'enquête. Elle donnera la parole aux acteurs rencontrés à l'occasion d'entretiens semi-directifs dans un centre hospitalier universitaire lors d'un stage.

La dernière partie proposera des recommandations ou propositions d'actions pour l'exercice du directeur des soins dans le cadre de notre future fonction en centre hospitalier universitaire.

1 L'hôpital

« Les changements à l'hôpital, portés par les différents projets et les nouvelles règles d'organisation et de gestion, rendent les équilibres très fragiles. A peine les acteurs sont-ils installés dans un nouveau mode de fonctionnement qu'une nouvelle injonction institutionnelle arrive, comme la démarche qualité et l'accréditation, l'ARTT (aménagement et réduction du temps de travail) dans le cadre des 35 heures.... Tous ces changements touchent de très près à la fois l'organisation du travail, les relations de travail, les processus de communication et les rapports de chacun à son travail qui fondent les expertises et les identités professionnelles. »³

L'organisation hospitalière connaît une profonde obligation de changement et d'adaptation. Tous les acteurs hospitaliers sont impliqués.

Dans ce processus de changement, la direction des soins, de par son positionnement stratégique et sa vision plus large sur l'organisation des soins, peut saisir là une opportunité de responsabiliser les professionnels, d'articuler les intérêts de l'institution avec ceux des acteurs et de donner du sens aux différents projets. Le directeur des soins, de ce fait, est placé face à de nouveaux défis. Les relever lui demande de comprendre le fonctionnement de l'organisation par l'analyse systémique stratégique, de mesurer les impératifs de collaboration et de coordination des acteurs et de penser un management nouveau pour accompagner l'encadrement et plus particulièrement les CSS dans cette dynamique d'évolution.

1.1 L'hôpital en tant qu'organisation

1.1.1 De l'analyse stratégique....

L'analyse stratégique présentée par Erhard Friedberg⁴ propose trois postulats applicables à l'organisation hospitalière :

➤ Les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service des buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses objectifs, ses buts propres, sa capacité à donner du sens à la situation. Les acteurs interprètent leur rôle en fonction de

³ HART J., LUCAS S. *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2002, p.5.

⁴ FRIEDBERG. E : *L'analyse sociologique des organisations*, revue Pour, n°28, 1988. Paris L'HARMATTAN, 1988

leurs objectifs. Il faut donc prendre en compte la multiplicité des objectifs différents qui peuvent être contradictoires. Il n'existe donc pas de rationalité unique.

➤ Dans une organisation, tout acteur garde une possibilité de jeu autonome qu'il utilise plus ou moins. L'individu n'est pas totalement contraint et garde une marge de manœuvre si minime soit-elle. On ne peut comprendre le fonctionnement réel d'une organisation sans prendre en compte cette réalité, relative, mais réelle de la liberté de l'acteur. Par exemple, même si les statuts et les règlements sont les mêmes pour tous, certains cadres supérieurs opèrent des diversités dans l'application de leurs fonctions. Nous avons pu rencontrer différents cadres supérieurs ne faisant pas exactement le même travail.

➤ Dans ces jeux de pouvoir, les stratégies sont toujours rationnelles mais d'une rationalité limitée. Les individus pensent avoir raison et choisissent la moins mauvaise des solutions de leur point de vue. Face aux contraintes de l'environnement hospitalier, le soignant n'a ni le temps ni les moyens de trouver la solution la plus rationnelle pour atteindre ses objectifs. De façon réaliste il choisira la solution la moins insatisfaisante parmi les différentes possibilités. Il n'y a donc pas une bonne solution mais plusieurs solutions possibles. Le modèle de relation n'est donc pas stable mais contingent.

1.1.2 ...au concept d'organisation

« le plus grand changement survenu à l'hôpital au cours de ces trente dernières années tient sans doute du fait qu'il est devenu une organisation (et souvent une grande organisation) au même titre que les autres, c'est à dire qu'il utilise maintenant, et dans tous les domaines, un grand nombre de professionnels très compétents chacun dans son domaine »⁵

Le mode de fonctionnement de l'hôpital est très différencié et se présente comme un conglomérat de petits systèmes liés entre eux et inter dépendants. Par exemple, les services apparemment cloisonnés comme le service de soins jusqu'au laboratoire, le bloc opératoire jusqu'au service d'imagerie sont en relation constante et dépendants les uns des autres.

⁵ GONNET F., *L'hôpital en question(s)*. Paris : Lamarre, 1992, p.20

La structure hospitalière

La structure de l'organisation hospitalière est assimilable à la structure des organisations définie par H.MINZBERG⁶. Selon lui, elle se définit comme une bureaucratie professionnelle. L'organisation est constituée de cinq éléments de base qui rapportée à l'organisation hospitalière présente des particularités.

➤ *Un sommet stratégique* dont les membres ont en charge des responsabilités très larges. Il a pour mission de faire en sorte que l'organisation atteigne les objectifs fixés de façon efficace. Il est représenté à l'hôpital par le chef d'établissement et l'équipe de direction. Le directeur a une position ambiguë: il est nommé par le ministre et est responsable de sa gestion devant le conseil d'administration local. Il est au carrefour de rationalités divergentes.

➤ *Un centre opérationnel* composé des responsables de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation. A l'hôpital il s'agit des unités de soins, des médecins, des soignants. Il a une place importante. Les unités de soins demeurent relativement indépendantes les unes des autres. Mais, bien que le développement des technologies complexes de soins et de diagnostic aient favorisé le développement des complémentarités et des interdépendances entre les services, l'hôpital demeure une organisation où le degré de spécialisation est marqué.

➤ *Une ligne hiérarchique* qui est l'intermédiaire entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Cette ligne hiérarchique non unitaire est double: il existe une ligne direction-logistique ainsi qu'une ligne direction-soignants. De même, on trouve à l'hôpital une ligne fonctionnelle entre les médecins chefs de service et les personnels.

Les cadres se situent sur cette ligne hiérarchique. Celle-ci se déploie du sommet jusqu'à la proximité en confiant au cadre supérieur la responsabilité d'un groupe de cadres lui-même responsable d'un groupe opérationnel. Cette notion de hiérarchie sous-tend celle de subordination et donc d'autorité. La direction des soins s'inscrit dans cette logique hiérarchique: les cadres supérieurs exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur des soins.

➤ *Une technostucture* ou directions fonctionnelles qui se consacre essentiellement à la dimension économique de la structure. C'est le moteur de la standardisation dans l'organisation en agissant sur le travail des autres. Il s'agit de ceux qui conçoivent les

⁶ MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation, 1993

procédés de travail et contrôlent les opérations, ceux qui déterminent les qualifications nécessaires. On trouve à l'hôpital peu de mécanismes formels de coordination, une standardisation des pratiques limitée, des cloisonnements voire une tendance au corporatisme

➤ *Une logistique* qui soulage le centre opérationnel des tâches considérées comme accessoires au regard de la mission fondamentale de l'institution. Elle fournit des services indirects comme la blanchisserie, le transport, la cuisine, le service courrier. La logistique est très développée sous le contrôle des membres de la technostucture. Dans ce domaine, il existe d'importantes insuffisances de coordination entre le médical et la logistique du fait de leur appartenance à deux univers différents.

La dynamique de fonctionnement

L'hôpital n'est pas une entité statique. C'est une organisation complexe dans laquelle cohabitent voire rivalisent de multiples compétences mais qui doivent coopérer pour répondre à sa mission première de prise en charge de qualité de l'utilisateur. De ce fait, sa dynamique de fonctionnement est spécifique.

➤ *La différenciation*

Selon J.Lorsch et P.Lawrence⁷, la différenciation se traduit par la partition de l'hôpital en unités distinctes qui génère une partition correspondante de l'environnement global de l'hôpital en sous environnements distincts. Chaque service de l'hôpital entretient des relations privilégiées avec une fraction de l'environnement. Ce phénomène s'inscrit dans une dynamique et intervient à plusieurs niveaux de l'organisation. Cette approche contribue à déterminer, pour le service, les modes d'organisation de travail, les comportements individuels et les formes de relations interpersonnelles qui les différencient des autres services.

La différenciation se retrouve sous plusieurs formes dans les hôpitaux dont les deux principales sont :

- *La différenciation administration/ médical* : elle oppose deux univers.

L'univers des services composé de personnels, de patients aux attentes et aux objectifs essentiellement qualitatifs a une logique différente de l'univers administratif aux objectifs de nature quantitative et économique.

⁷ Cours de sociologie, F.X SCHWEYER, Département LAPSS-ENSP, 2006

- *La différenciation entre corps médical et non médical*: à l'inverse du corps médical, le paramédical est géré de manière centralisée et hiérarchisée. Bien que non négligeable, cette différenciation est peu marquée au sein des services du fait des nécessités d'interaction entre médecins et paramédicaux liées à la prise en charge des patients. Néanmoins elle est plus marquée dans le cadre de l'élaboration de la politique générale de l'établissement.

Chaque organisation doit respecter un degré de différenciation de ses structures car elle est source d'efficience par ses différences. Certes, plus une organisation est différenciée, plus il est difficile à ses services de communiquer et de collaborer. En effet, chaque secteur d'activité n'envisage le problème qu'en fonction de sa perception des contraintes de l'environnement, de ses propres objectifs. La complexité et la forte différenciation du milieu hospitalier, conjuguées à la liberté et la stratégie de ses acteurs, nécessitent une coordination des activités de la structure. Au niveau stratégique, cette coordination est confiée au directeur des soins dans son champ de responsabilité. Des mécanismes d'identification et de résolution de conflits sont nécessaires.

➤ *L'intégration*

Plus les unités seront différenciées, plus il y aura besoin d'intégration. Selon J.Lorsch et P.Lawrence, l'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.

- *L'ajustement mutuel*: le travail est basé sur le mode relationnel. Il est coordonné par simple recours à un processus de communication informel entre les acteurs.
- *L'intégration hiérarchique*: elle s'exprime de façon limitée, elle est peu efficace quand elle est déresponsabilisante. Une personne a la responsabilité du travail des autres et assure la coordination des activités en fournissant les instructions. Elle concerne surtout les relations des services logistiques et la technostucture avec le sommet stratégique.
- *L'intégration par les procédures*: la programmation et la spécificité du contenu des tâches sont incorporées au programme de travail. Elle consiste surtout à faire appliquer un règlement et de ce fait, reste de nature centralisatrice. Bien que la mise en œuvre de procédures communes aux différents services puisse être envisagée, elle dépend de l'investissement des professionnels qui s'approprient ou non les procédures.

La hiérarchie est une notion fondamentale. Elle suffit à obtenir le degré d'intégration nécessaire pour être performant quand la différenciation est faible. Quand cette dernière devient plus importante, elle doit concevoir des modes d'intégration complémentaires et adaptés pour permettre une coordination entre les acteurs plus

efficace. Dans le contexte hospitalier cette approche est transférable et incontournable. En effet, les exigences de sécurité et de qualité de plus en plus grandes encouragent les professionnels à conjuguer leurs approches et leurs pratiques par une standardisation des savoirs et des comportements. La variabilité des pratiques nuit à la qualité des soins et la mise en place d'une démarche qualité est incontournable pour répondre à cet impératif.

1.2 L'hôpital en mouvement

« Si l'hôpital public veut survivre, et finalement se développer, il doit intégrer dans son fonctionnement des pratiques radicalement novatrices et finalement de nouveaux comportements cohérents et déterminés. »⁸

L'organisation hospitalière connaît depuis une dizaine d'années des changements importants initiés par les pouvoirs publics. Le dispositif législatif - la loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière puis les ordonnances de 1996⁹ - présente le cadre réglementaire incitatif pour les établissements de santé à une meilleure maîtrise de leurs dépenses, à une modernisation de leur organisation et de leur management et de ce fait à une meilleure prise en charge du patient. La création du service de soins infirmiers en 1991, avec comme responsable une infirmière générale, confère une place et des missions spécifiques aux professionnels paramédicaux. Les notions de partenariat, de coordination entre les professionnels de santé, de contractualisation externe et interne sont introduites dès 1996. L'accréditation initie une nouvelle logique dans les pratiques professionnelles, et dans la prise en charge de qualité de l'usager.

La réforme de la gouvernance hospitalière initiée dans le cadre du plan Hôpital 2007 de JF.MATTEI, renforce cette volonté de moderniser la logique de fonctionnement des établissements hospitaliers et de la centrer sur la responsabilisation des professionnels. Réformer la gouvernance de l'hôpital répond à la nécessité, reconnue de façon consensuelle, de lutter contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Il s'agit de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant leurs responsabilités.

⁸ ROMATET.JJ préface de KITOUS. B, *Soigner l'hôpital : management pour l'autonomie au quotidien*, Editions Erès 1994.

⁹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 et Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière de l'hospitalisation publique et privée.

1.2.1 Les pôles d'activité

L'ordonnance du 2 mai 2005¹⁰ simplifiant le régime juridique des établissements de santé propose, au-delà de la réforme budgétaire, de repenser l'organisation interne de l'hôpital. Elle s'articule autour de deux axes majeurs : une nouvelle répartition des pouvoirs et une politique de contractualisation. Elle pose le principe d'un nouveau management interne des hôpitaux avec une organisation en pôles d'activité.

Les responsables de ces pôles, médecins praticiens hospitaliers, sont assistés selon les activités du pôle par une sage femme cadre de santé ou un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif. La plupart des établissements se sont orientés vers le choix d'un cadre supérieur pour assister le responsable médical de pôle au niveau opérationnel du pôle. Ainsi, le CSS est amené à s'engager au sein d'un « triumvirat » responsable, dans une dynamique de contractualisation avec la direction de l'établissement dont le directeur des soins fait partie et donc à prendre de nouvelles responsabilités dans la gestion interne de l'hôpital.

Cette nouvelle organisation engendre une redéfinition des règles, le développement d'une logique de déconcentration prenant en compte les réalités du terrain. Elle doit faciliter le décloisonnement des activités médicales. Elle nécessite le développement d'outils tels que la contractualisation interne, et de fait la mise en œuvre de la subsidiarité.

1.2.2 La contractualisation

La mise en place du dispositif de contractualisation va de pair avec la création des pôles. Le développement de la contractualisation interne constitue un axe d'amélioration de la qualité du service rendu au patient par une optimisation des moyens qui lui sont consacrés. Le principe de subsidiarité, qui consiste à prendre les décisions au niveau le plus proche des personnes qu'elles concernent, doit permettre de développer une logique de responsabilisation et une plus grande participation des équipes hospitalières aux décisions et à la gestion. Cela se caractérise par la définition des niveaux d'exigence, la définition de nouvelles organisations de travail et la contractualisation des objectifs et des moyens négociés.

En effet, le contrat définit les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement aux résultats de gestion. Le responsable du pôle définit

¹⁰ Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

contractuellement avec le directeur de l'établissement et le président de la CME les objectifs d'activité et de qualité et les moyens du pôle.

Une gestion plus autonome et plus innovante remplace la gestion administrée existante jusqu'alors. Le contrat devient un outil de management de l'organisation hospitalière, une technique de gestion participative.

Mais le passage d'une gestion centralisée à une gestion déconcentrée modifie les repères des acteurs et incite à une clarification des rôles et des missions de chacun dans son domaine d'activité.

« Le succès de la contractualisation nécessite la diffusion d'une nouvelle culture pour penser l'évolution du système hospitalier¹¹ »

Ce changement invite à une remise en cause de l'organisation dans toutes ses composantes, médicales, soignantes et administratives. Ce mouvement peut être ressenti par les acteurs comme une véritable « mutation culturelle ».

« Il s'agit de passer d'une logique de "pouvoir de territoire" à celle de "pouvoir projet". Cela signifie également passer d'une logique de statut basée sur une hiérarchie pyramidale à une logique de contractualisation basée sur la compétence et les résultats. Ce changement entraîne une modification des rôles et des pouvoirs. »¹²

1.3 Le directeur des soins et les cadres supérieurs : des acteurs essentiels

Le directeur des soins et les cadres supérieurs sont des acteurs qui sont impliqués dans la réalisation de l'action collective par leur collaboration étroite et leur mobilisation dans la participation au projet de l'institution.

1.3.1 Le cadre réglementaire

A) Le directeur des soins

Les récentes évolutions réglementaires ont conforté le directeur des soins sur une transversalité des soins au sens large –qu'ils soient soignants ou médicotéchniques-. Depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les infirmiers généraux occupaient la direction du service de soins infirmiers –direction fonctionnelle

¹¹ ABBAD J., Organisation et management hospitalier, Editions Berger-Levrault Paris 2001 p.54

¹² LUTZ S. Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité :quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ? CEDREA les cahiers de l'étude des dynamiques sociales et de la recherche action 7 avril 2006

placée sous l'autorité du chef d'établissement- et étaient reconnus comme membres de l'équipe de direction.

Le décret du 19 avril 2002¹³ portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière a modifié les contours de la profession. Il crée le corps des directeurs des soins avec trois filières – infirmière, médicotextiques, rééducation- et intègre les directeurs d'école paramédicale dans ce même corps. Il légitime une nouvelle fonction, celle de coordonnateur général des soins qui impose de coordonner les différentes activités paramédicales au bénéfice des usagers des établissements de santé. De ce fait, les directeurs des soins ont vu leur champ de compétence évoluer.

Ainsi l'article 4 du décret sus cité précise la place de ces acteurs au sein de l'équipe de direction ainsi que leur autorité hiérarchique, déléguée par le chef d'établissement, sur l'ensemble des cadres de santé.

Selon la taille des établissements, le nombre de directeurs des soins est variable ; par exemple, un centre hospitalier universitaire en comporte plusieurs dont un coordonnateur général des soins.

« Ainsi donc, jamais autant l'infirmier général, puis le directeur des soins n'aura connu une telle reconnaissance institutionnelle, pourtant simultanément jamais autant l'exercice actuel de la fonction paraît menacé par l'évolution actuelle de l'hôpital 2007 et la nouvelle gouvernance qui apparaît très discrète sur son rôle et sur sa place dans la nouvelle architecture des hôpitaux publics »¹⁴

Les textes sur la nouvelle gouvernance ne mentionnent pas ou peu la place des soignants dans la nouvelle organisation des hôpitaux. La participation du directeur des soins, coordonnateur général des soins, au conseil exécutif est laissée à l'appréciation du chef d'établissement. Néanmoins, la direction des soins est légitimée par l'organisation et la gestion des activités de soins. Le directeur des soins a une place reconnue dans l'équipe de direction et occupe un niveau stratégique et politique. Son rôle dans la prise de décision a toute son importance dans son champ de compétence.

Dans le nouveau paysage managérial qui se met en place avec les nouvelles réformes, la place et le rôle du directeur des soins sont à redéfinir.

« La fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction, à la fois stratégique (impulsion des politiques en soins, renforcement des liens avec le projet médical, création

¹³ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

ou développement de réseaux de soins...) et de conseil et de support au pôle (aux managers, responsables de pôle, encadrement...) »¹⁵

B) Le cadre supérieur

On retrouve l'origine de cette fonction -longtemps appelé « surveillante chef » - dès 1938 dans un article du règlement modèle relatif à l'organisation de la psychiatrie. Ce n'est que trente ans plus tard que la fonction est réglementée par les **décrets n°62-132 du 2 février 1962 et n°69-281 du 24 mars 1969**. Ils officialisent une fonction perçue comme indispensable pour améliorer l'encadrement de l'activité du service infirmier qui tend de plus en plus à se spécialiser et à se diversifier.

Le **décret n°88-1077 du 30 novembre 1988** relatif aux statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière supprime le grade de surveillant chef et établit une « reconnaissance fonctionnelle » qui sera délaissée au profit du rétablissement par grade par l'**arrêté n°89-538 du 3 août 1989** et réaffirmée par le **décret n°91-1271 du 18 décembre 1991**. Ce dernier établit l'accès au grade par concours sur titre, le stage d'un an précédant la titularisation dans le grade et l'accession à la catégorie A.

Le recrutement des cadres supérieurs se fait sur concours sur titres, organisé en interne sur l'initiative du directeur d'établissement, et doit faire l'objet d'une publication au journal officiel. Il est à noter qu'aucune disposition particulière ne précise la nature ou la qualité des titres requis. La sélection des candidats - les cadres de santé ayant une expérience de trois ans d'exercice – peut être variable d'un établissement à l'autre. Certains établissements organisent le concours avec une épreuve orale devant un jury composé de directeurs des soins, de médecins, de directeurs et ceci malgré l'aspect non réglementaire d'une telle épreuve.

Aucune formation n'est exigée pour accéder à cette fonction ; néanmoins de nombreux établissements proposent aux cadres supérieurs une formation d'adaptation à l'emploi même si cela n'est pas prévu de façon systématique. Le contenu de la formation reste au libre choix de chaque établissement, ce qui entraîne de grandes disparités entre établissements.

Les missions du cadre supérieur sont définies dans la **lettre circulaire n°30 du 20 février 1990**. Cette lettre circulaire, à l'initiative de G.VINCENT Directeur des Hôpitaux, est le

¹⁴ JAHAN P., Les cahiers de l'AFDS N°2, 1^{er} semestre 2004

¹⁵ COUDRAY MA., BARTHES R., *Le management hospitalier à la croisée des chemins*, Gestions hospitalières janvier 2006

résultat d'un travail d'un groupe de représentants professionnels. Elle précise : « *l'importance mais aussi les difficultés de leur position, ainsi que la nécessité de clarifier leur mission et leur rôle et de faire en sorte qu'ils soient, d'une manière générale, mieux reconnus dans leur fonction d'encadrement* »

Le décret du 18 décembre 1991¹⁶ réaffirme les fonctions du CSS qui sont déclinées selon quatre domaines d'activité : la technicité (le soin, la gestion, la formation des stagiaires, la recherche), l'information, la relation et la communication, la contribution économique.

Le **guide du service infirmier n°3** définit le cadre supérieur infirmier de la façon suivante : « *le cadre infirmier supérieur est responsable de l'organisation et du fonctionnement d'un service (ensemble d'unités de soins) ou d'un groupe de services de soins. Il est chargé de mettre en œuvre la politique de soins infirmières définie par le service infirmier sous la responsabilité de l'Infirmière Générale qui peut lui confier des fonctions de coordination, de conseil, de formation, de recherche dans un domaine spécifique* » Ce texte fait apparaître deux notions essentielles ; la mise en œuvre de la politique de soins et la notion de transversalité.

Par ailleurs, dans la **nomenclature des emplois type**¹⁷ on retrouve la fonction de CSS positionné dans la famille des soignants et dans la sous famille de l'encadrement soignant. Les missions y sont ainsi définies : « *Dans le cadre du projet d'établissement, le surveillant chef participe avec le ou les chefs de service, l'infirmier général et l'encadrement dont il est responsable, à l'élaboration des objectifs de son secteur. Il est responsable de l'harmonisation, de la coordination des moyens de plusieurs unités. (...) Il peut être chargé plus particulièrement de l'amélioration de la qualité des prestations offertes par l'ensemble de l'établissement dans l'un des domaines de sa technicité (soins, organisation, hygiène...)* ». Plusieurs notions importantes émanent de ce texte : il situe le cadre supérieur dans un organigramme hiérarchique, le positionnant entre l'infirmier général et le cadre, il précise la notion de collaboration avec le corps médical, il confère au surveillant chef une expertise.

Cette notion de transversalité est réaffirmée dans le **répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière** élaboré en 2004. Le champ d'action du cadre supérieur y

¹⁶ Décret n°91-1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière.

¹⁷ Nomenclature des emplois type de l'hôpital, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Direction des Hôpitaux, Editions ENSP Rennes 1990

est défini comme le niveau d'encadrement intermédiaire, entre le niveau stratégique et le niveau de proximité. A ce niveau et dans le domaine de la coordination et de la transversalité, les activités de management consistent à la gestion, la coordination et l'animation d'activités ou de projets transversaux, en relation avec d'autres services.

La fonction de CSS ne se rencontre pas dans toutes les structures hospitalières mais plutôt dans des établissements de taille importante. Cette fonction constitue un maillon essentiel du management de la direction des soins dans ces structures. Le CSS a une place fondamentale dans l'institution ; il est un vecteur de la communication entre le directeur des soins et l'encadrement de proximité, il a un rôle de trait d'union entre la politique d'établissement, le projet de soins et la prise en charge du patient par les équipes soignantes. Il encadre des cadres d'unités fonctionnelles.

Durant ces dernières années la fonction de cadre supérieur s'est certes clarifiée mais pour autant, les modalités d'exercice et les perspectives d'évolution de cette fonction ne sont pas précisées dans les textes réglementaires. La réorganisation interne des hôpitaux en pôles d'activité et la place que les chefs d'établissements accordent aux CSS dans le « triumvirat médical, soignant, administratif » de pilotage du pôle ont une incidence sur le positionnement des CSS et sur la clarification de leurs missions. De ce fait les cadres voient leur position et leur fonction consolidées aux cotés du chef de pôle. Le directeur des soins comme toute l'équipe de direction, doit clarifier, prendre en compte leur place dans le management global de la direction des soins, au sein de l'institution.

*« La création des pôles donnera une place majeure au cadre supérieur. Il doit en profiter...donc allons-y pour la nouvelle gouvernance, qui harmonisera le pôle... Etre cadre supérieur c'est être cadre conciliateur... »*¹⁸

Ce mouvement de transformation de l'organisation interne des hôpitaux a une incidence sur la place des différents acteurs, la perception de leur travail et sur les relations qu'ils tissent entre eux.

1.3.2 Culture et identité professionnelle

Au sens anthropologique, la culture comprend les représentations mentales dont les individus se servent pour communiquer : le langage, les normes et les valeurs, l'identité professionnelle, l'histoire récente et la mémoire des évènements. Elle est apprise dans le

¹⁸ SANJULLIAN M, *La nouvelle gouvernance et le cadre supérieur*, Objectif soins n°142 janvier 2006

milieu social, à l'école, en famille et dans le travail¹⁹. L'hôpital, lieu de travail, est un lieu de socialisation. En effet, une partie de la culture du travail à l'hôpital vient des constructions professionnelles issues des règles, contraintes, sanctions, contacts et de l'image de soi qu'elle conduit chacun à élaborer.

L'hôpital est un monde de professionnels dans lequel les cultures des multiples filières sont fortes. Les interactions entre professionnels et secteurs sont nombreuses. Connaître la culture de l'autre, c'est comprendre sa logique, en quoi elle peut être différente voire en opposition avec une autre. Le conflit est souvent issu d'un manque de connaissance des cultures professionnelles. La démarche vers l'autre s'avère donc indispensable.

De plus l'hôpital est un lieu de production de lien social. En tant que « micro société », il produit de la sociabilité et des identités. Chacun doit pouvoir y trouver une reconnaissance d'identité et un espace de créativité. En effet, la performance d'une institution est fondée sur la capacité qu'ont les personnes à être reconnues et sur le potentiel pour prendre des initiatives.

« *L'univers hospitalier de plus en plus complexe, mouvant, en permanente évolution, réduit la possibilité des acteurs d'avoir des points de repère fixes. (...) Dans ce contexte les identités professionnelles sont fluctuantes, évolutives, incertaines, nombreuses, proches les unes des autres et souvent peu reconnues*²⁰. » Il semble donc que la constitution d'identités professionnelles solides permette aux acteurs de se situer les uns par rapport aux autres et de se faire reconnaître dans leur spécificité et dans leur rôle global.

Les éléments constitutifs de l'identité professionnelle sont de quatre ordres : la qualification (le diplôme), la compétence, une culture professionnelle, une déontologie. Ces trois derniers domaines ne s'acquièrent pas comme le premier par un acte validé mais s'élaborent dans l'expérience et dans le temps.

Pour R.SAINSAULIEU²¹, l'identité professionnelle se définit comme « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». Quant à C.DUBAR il généralise cette analyse avec la notion d'identité sociale. Pour lui, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend étroitement de la reconnaissance ou de la

¹⁹ SCHWEYER FX. *Cours de sociologie de l'organisation hospitalière*, ENSP février 2006

²⁰ GONNET F. Op.cit., p.41

²¹ SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*, Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques, 2ème édition 1985

non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi. Les individus sont porteurs de désirs d'identification et de reconnaissance. Les institutions offrent des statuts, des catégories et différentes formes de reconnaissance. La transaction entre ces deux entités dont les partenaires peuvent être multiples (collègues de travail, hiérarchie de l'institution, univers de la formation, univers de la famille...) peut être parfois conflictuelle.

La réalité du travail est multiple et mouvante et demande aux acteurs de faire preuve de souplesse et d'adaptation. L'ensemble de la structure est bouleversé par la réorganisation en cours. La nécessité de trouver un nouvel équilibre s'impose et incite à une meilleure coopération entre les acteurs. C'est à travers l'action que le groupe va se structurer en faisant reconnaître son identité par les autres mais avant tout c'est l'intégration de l'individu à un groupe qui permet l'action collective. L'identité collective apparaît comme le signe de cohésion du groupe en favorisant l'action autour de valeurs partagées. C'est aussi la connaissance et la reconnaissance mutuelles qui favoriseront le développement d'une collaboration efficiente invitant les professionnels à se mobiliser sur des objectifs communs.

1.3.3 Le pouvoir et la stratégie à l'hôpital

L'acteur membre de l'organisation, tel que la définit l'analyse stratégique, implique que l'individu est toujours actif. Cela se définit par une capacité à influencer la situation dans laquelle il se trouve, marquée par les zones d'incertitude ; c'est à dire celles qui ne sont pas prévues par les règlements, les statuts, les organigrammes. La maîtrise de ces zones d'incertitude confère à l'acteur un pouvoir réel.

Selon Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG²² « *Le pouvoir est donc une relation, et non pas un attribut des acteurs.* ». Le pouvoir est la capacité qu'a un individu d'agir sur un autre. Il ne peut se manifester, et donc devenir contraignant, que par sa mise en œuvre dans une relation d'acteurs dépendants dans l'accomplissement d'un objectif commun, conditionnant leurs objectifs personnels. Un individu a du pouvoir quand il est en mesure de répondre à une incertitude importante en fonction de la place qu'il occupe et des ressources dont il dispose. De ce fait, il en tire des moyens de pression, d'actions, de négociations sur d'autres membres. Le pouvoir est donc la capacité à négocier à partir des incertitudes que l'on contrôle. De fait, il ne se développe qu'à travers l'échange entre

²² CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Editions du Seuil 1977, p.65

les acteurs engagés dans une relation donnée. Ainsi, le pouvoir est indissociable de la négociation.

Le pouvoir apparaît comme diffus dans l'organisation et présent à tous les niveaux de la hiérarchie. De plus, les relations de pouvoir au sein d'une organisation, les rôles et les influences qui s'y jouent sont étroitement liés à la vie de cette organisation.

Dès lors que la notion d'expertise constitue une zone de pouvoir, on est amené à penser que l'institution hospitalière en tant qu'organisation peut être analysée en terme d'enjeux et de négociations entre les acteurs autour de leurs zones de pouvoir.

Le dispositif de gestion en pôles d'activité, induit un changement organisationnel et paraît offrir de plus grandes marges de manœuvre aux professionnels. Malgré cela, les acteurs savent *«qu'au niveau d'une organisation, ces limites inhérentes à toute relation de pouvoir trouvent leur correspondant dans les limites et contraintes qu'impose la nécessité de survie de celle-ci. C'est pourquoi les règles du jeu organisationnel deviennent contraignantes pour tous les participants : elles s'appuient sur une source d'incertitude qui s'impose à tous, à savoir la possibilité de survie de l'organisation... »*²³

Quels que soient les changements, ils sont source de remise en question des alliances et des intérêts des acteurs. La crainte de certains acteurs de perdre du pouvoir peut en découler. Aujourd'hui, l'évolution des structures hospitalières et les contraintes qu'elles imposent aux professionnels sont autant de facteurs qui peuvent modifier la stratégie des acteurs. Si l'hôpital ne veut pas être un lieu de corporatisme et de cloisonnement, chaque filière doit développer des capacités stratégiques pour se situer et mettre en œuvre de meilleures collaborations au service d'un projet collectif. *« Nous appellerons cette aptitude l'intelligence stratégique des acteurs »*²⁴

Placer les acteurs dans une nouvelle dynamique est donc un véritable challenge managérial pour les institutions en gérant la complexité des relations de pouvoir que les acteurs développent entre eux.

1.4 Le management

La définition, que nous en donne le dictionnaire Larousse, est qu'il s'agit de l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion d'une entreprise. Le management se traduit de façon différente dans la littérature.

²³ CROZIER M., FRIEDBERG E., op. cit.

²⁴ HART J. LUCAS S., *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*. Editions Lamarre 2004, p.4

1.4.1 Une définition

PF. DRUCKER le définit comme « *l'art d'organiser les ressources pour que l'entreprise réalise des performances satisfaisantes* ²⁵ ». Pour lui, cinq tâches incombent au dirigeant comme étant celles qui conduisent, ensemble, à l'intégration des ressources d'un organisme viable, en pleine croissance. Un manager détermine des objectifs et définit leurs moyens. Il organise, analyse les activités et décisions. Et enfin, il motive et communique. Il élabore des normes, forme les gens et se forme lui-même.

Henry MINTZBERG propose cette autre définition : « *le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation, essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités.* » Il confère trois grandes catégories de rôles à la fonction managériale :

- Un **rôle de contact** et de liaison avec et entre d'autres personnes et groupes qui ont une incidence sur la position et l'autorité du manager.
- Un **rôle décisionnel** qui peut être varié et avoir des incidences profondes. Il cherche à améliorer la performance de l'entreprise et à l'adapter aux changements de l'environnement.
- Un **rôle d'information** car il recherche en permanence l'information sur ce qui se passe, il transmet les informations aux subordonnées.

Pour Jean DUBOIS ²⁶, le management est à inventer en permanence, à remettre en question et à réinventer sans répit. « *Le manager est l'homme qui accepte, en toute humilité et lucidité d'être en perpétuel devenir.* »

Le management consiste à conduire l'action collective dans une logique de cohérence avec les attentes des usagers, des personnes, du projet d'établissement et de ses contraintes budgétaires, en lien avec les orientations.

1.4.2 Un exercice à l'hôpital...

Si à l'hôpital, le pouvoir est considéré comme la capacité à produire du changement, celui-ci peut donc être considéré comme un outil du management.

²⁵ KENNEDY C., *Toutes les théories du management*. Editions Maxima, Laurent du Mesnil Maxima

²⁶ VINCENT CP., *Du paradoxe à la contradiction. Pour une nouvelle approche du management*. Editions ESF, Préface de DUBOIS J.

« *Le changement consiste à aller de l'hôpital, lieu de diversité des pouvoirs, vers l'hôpital lieu de synergie des pouvoirs. Cette synergie ne se décrète pas, elle se crée au jour le jour, dans le cadre des structures facilitatrices par le développement de la relation négociée et la qualité des pouvoirs exercés par chacun des cadres.* »²⁷

Pour Sylvie LUCAS²⁸, le management hiérarchique ne convient plus dans le contexte actuel. Il donne, à celui qui l'exerce, l'illusion de tout contrôler en ne laissant que peu d'autonomie à l'autre de peur de perdre du pouvoir. Les principes de type hiérarchique, pouvant conduire aux corporatismes et aux conflits identitaires, neutralisent la capacité des acteurs à conduire le changement.

D'après E.FRIEDBERG, l'analyse organisationnelle met en évidence « *le caractère inévitable et légitime des résistances aux changements* »²⁹ ce qui signifie que, pour les acteurs, changer c'est prendre un risque. Ils peuvent alors essayer de protéger et de maintenir leur marge de liberté en résistant au changement. Il est alors tout à fait logique que le cadre rencontre des forces contraires à la mise en place de la nouvelle organisation. Il s'agit donc de « penser » une nouvelle stratégie managériale plus ouverte, basée sur la coordination et la motivation des acteurs, l'animation, le travail en transversal et l'échange d'expertise.

Aujourd'hui, les nouvelles modalités d'organisation hospitalière comportent pour les équipes de direction, comme pour tous les acteurs de terrain, une acceptation d'une remise en cause des structures hiérarchiques traditionnelles et une prise de risque.

Dans cet environnement, la place du management dans la gestion des compétences est déterminante. Une des fonctions du management est de s'appuyer sur les compétences à la fois individuelles et collectives. Il doit favoriser l'émergence d'un travail en équipe en permettant d'accroître les connaissances, les savoir-faire partagés et de faire évoluer les comportements pour tendre vers la performance.

La nouvelle gouvernance nous incite à de nouvelles formes de management, plus consensuelles avec les médecins notamment. En effet la structuration en pôles apporte un contenu différent au management dit « intermédiaire » Du fait de leur positionnement auprès du responsable médical de pôle, les cadres supérieurs sont appelés à développer

²⁷ MULLER JL., MINNAERT MF., *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*. Editions Masson

²⁸ LUCAS S., *Les enjeux des ressources humaines dans le management*. Revue hospitalière de France n°498 mai juin 2004

²⁹ FRIEDBERG. E : *L'analyse sociologique des organisations*, revue Pour, n°28, 1988.

une fonction plus stratégique. Leur participation au projet de pôle, leur implication et leur responsabilité dans le processus de contractualisation de celui-ci, les invitent à impulser une dynamique collective pour la conduite des orientations médico-soignantes du pôle.

« *L'art du management se glisse dans le "comment" manières de faire, modalités de l'action, agir ensemble. Ce sont les procédés, les moyens, les façons, les combinaisons entre savoirs, valeurs et action qui sont le signe d'un management de qualité...* »³⁰

Il est communément admis que le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables ont un impact sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients. La vision stratégique, la rapidité de réaction, la clarté des décisions, la responsabilisation et la délégation de pouvoir, la capacité à faire partager un projet et à motiver les acteurs de la structure sont des variables clés de succès de l'organisation.

La direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles de la Haute Autorité de santé (HAS) définit les champs de responsabilités et d'action du management d'un établissement à partir de cinq fonctions : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer. De fait, elle propose un verbatim de mots clés permettant de caractériser un « bon responsable »³¹:

- *Capacité à négocier,*
- *Capacité à contracter en interne et en externe,*
- *Capacité à responsabiliser,*
- *Capacité à motiver,*
- *Capacité à obtenir et à partager des informations fiables.*

Ainsi, le responsable d'une organisation a pour mission de réaliser le ou les objectifs assignés à cette organisation en s'assurant que l'objectif est partagé par les membres de celle-ci. Pour ce faire, il motive et entraîne les acteurs à la réalisation des objectifs de l'organisation.

³⁰ COUDRAY MA., BARTHES R., *Le management hospitalier à la croisée des chemins*. Gestions hospitalières janvier 2006

³¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'auto diagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. Janvier 2005

1.4.3 ...Par le directeur des soins

« Les managers sont aujourd'hui les relais d'une pression grandissante : exigences accrues et de plus en plus impérieuses de résultats à atteindre, de qualité à respecter, de comportements à adopter. Cette pression ils doivent la métaboliser et la répercuter aux échelons du dessous par un surcroît de rigueur de gestion, un renforcement de présence sur le terrain et d'implication personnelle dans la stimulation et le soutien de leurs équipes. »³².

Le directeur des soins est impliqué dans le management hospitalier par le management de l'encadrement paramédical, au service de l'organisation des soins et de leur coordination. Si comme le disent MA COUDRAY et R BARTHES³³ « Respecter la hiérarchie est une règle d'or du management », il n'en reste pas moins que la vigilance du responsable doit s'exercer en permanence sur la recherche de cohérence entre la décision et sa mise en œuvre, entre son discours et son application, entre les valeurs annoncées et les résultats visibles. En effet, la manière de décider et de présenter ses décisions influe fortement sur la façon dont elles seront appliquées. De plus, la confiance et la reconnaissance de l'encadrement, en général, vis à vis du personnel est indispensable.

Elles doivent se traduire concrètement en soulignant, reconnaissant et valorisant la qualité du travail. C'est donc de la responsabilité du directeur des soins de «prendre soin» de l'encadrement en développant une communication élargie et adaptée avec l'ensemble des acteurs impliqués. Il s'agit d'informer les acteurs sur le cadre et l'orientation dans lesquels se déploient leurs activités et sur la place et la fonction qu'ils occupent dans l'institution. Pour définir le sens de la finalité de ses activités, l'acteur a besoin d'une information claire et suffisante sur la stratégie et les priorités de l'hôpital, sur la cohérence et les contraintes des services.

En favorisant les conditions de la compétence collective, le potentiel de chacun sera rendu efficace. Il s'agit de permettre à chaque acteur de développer sa propre compétence, d'avoir la capacité de prendre des initiatives, dans l'objectif et l'intérêt du but commun.

Selon GUY LE BOTERF³⁴, la compétence professionnelle résulte de la mobilisation d'un ensemble de ressources (connaissances, savoir-faire, expériences, ressources

³² LAYOLE G., *100 mots pour résister aux sortilèges du management*. Editions Le Seuil 2005, p.67

³³ COUDRAY MA., BARTHES R. Op cit.

³⁴ LE BOTERF G., *Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité*. Gestions hospitalières, décembre 2005

émotionnelles et psychologiques, réseaux relationnels et informationnels...) au travers d'une action mise en œuvre en situation de travail. La compétence collective suppose la nécessité de décloisonnement. Il convient d'assurer une bonne coopération dans les équipes et entre les équipes, une bonne concordance et synchronisation des activités des services. La compétence collective s'inscrit dans une logique de coopération et de complémentarité.

L'expérience prouve que le facteur humain est l'une des sources d'incertitude majeure dans le pilotage du changement. Dans le cadre de la réorganisation interne de l'hôpital, l'environnement de travail de l'encadrement devient plus exigeant et requiert des capacités et des responsabilités nouvelles surtout pour le cadre supérieur; le soutien et l'accompagnement du directeur des soins, responsable hiérarchique s'avèrent indispensables. Cela fait partie intégrante de son rôle de manager. Le changement place les acteurs dans des situations nouvelles qui doivent susciter des comportements nouveaux. Ce qui pousse l'agent au changement, c'est la nécessité qu'il a à s'adapter à la nouvelle situation qu'il doit gérer en ayant l'assurance qu'il bénéficiera de l'aide et des moyens pour y parvenir si besoin. Pour ne pas être source de démobilisation et de démotivation, l'organisation doit tout mettre en œuvre pour permettre à ses membres de trouver du sens à leur action et à en percevoir la cohérence.

La conduite du projet de soins est un outil managérial dont le directeur des soins dispose pour fédérer l'ensemble des acteurs. La conduite du projet de soins suppose l'exercice d'un certain leadership. Pour ce faire, le directeur des soins instaure une dynamique durable en clarifiant constamment les objectifs, en redéfinissant les méthodes, en associant et coordonnant les acteurs.

Pour porter le projet collectif, le directeur des soins est investi d'une autorité formelle. En effet, il est détenteur de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres. Il est en quelque sorte le *chef*.

Le fait d'obéir à un chef, autrement dit de se soumettre aux ordres d'une autorité légitime, est un des premiers mécanismes de coordination de travail en équipe nécessaires au fonctionnement social. L'autorité et sa conséquence, l'obéissance, sont souvent occultées au profit de notions plus valorisantes : des qualités de leader, le pouvoir lié aux compétences ou un charisme particulier par exemple. Mais obéir à son supérieur hiérarchique n'est pas la même chose que d'être convaincu, motivé ou influencé par une personne faisant preuve de qualités de leadership. En outre, l'autorité sera légitime si la plupart des membres du groupe auquel elle s'applique la reconnaissent et y adhèrent. Mais *« Le fait d'être en position légitime supérieure ou de disposer du statut de règles n'implique cependant pas automatiquement la reconnaissance de la légitimité par les*

*membres de l'organisation. Si définie et légitime,...l'autorité incarne le droit de commander les autres : ceci conduit les individus en position subordonnée à suspendre leur capacité critique et de choix et à utiliser les ordres de l'autorité comme guide de leurs actions (Kelman et Hamilton, 1989). »*³⁵

Cette approche doit permettre au directeur des soins de prendre conscience des conséquences de l'exercice de son autorité ; à savoir ou fédératrice ou déresponsabilisante. En effet, elle peut soit considérer ce que chacun est en capacité de donner (ce qui suppose de le connaître, de le comprendre, de le respecter), soit réduire les marges d'autonomie du cadre par ses excès (ce qui rend toute initiative et participation difficile)

Bien que rentrent en ligne de compte les notions de personnalité, de charisme, de conviction et de courage, certaines qualités semblent indispensables au directeur des soins comme la compétence, l'écoute, le sens de l'humain, la simplicité et la rigueur pour être reconnu comme un *chef* par l'ensemble de l'encadrement dont il a la responsabilité.

Cette première partie, théorique et conceptuelle, nous a permis de dresser l'environnement de notre recherche et de décrire les éléments qui permettent de mieux la situer.

Après cette phase exploratoire, l'enquête effectuée sur le terrain va nous permettre de compléter l'étude des concepts par une réflexion et une analyse des pratiques professionnelles.

³⁵ ALLARD-POESI F., *Management d'équipe*. Editions Dunod Paris 2003, p.41

2 L'étude du terrain

2.1 Le contexte de l'étude

Nous avons procédé en deux temps pour la réalisation de ce mémoire.

Un premier temps de réflexion est basé sur notre expérience professionnelle, complété et enrichi de lectures nous permettant d'aborder des concepts théoriques éclairant l'analyse de notre thématique.

Un second temps est consacré à une enquête auprès de professionnels concernés afin d'approfondir et d'enrichir notre analyse.

Nous allons procéder à la restitution de cette enquête. L'objectif est de répondre à notre questionnement sur les enjeux liés à la place et au rôle des cadres supérieurs dans l'organisation de l'hôpital en pôles d'activité et d'identifier l'impact sur le management du directeur des soins.

Les hypothèses que nous voulions confirmer ou infirmer étaient les suivantes :

- la définition d'une politique institutionnelle claire et lisible a des incidences sur le positionnement de l'encadrement supérieur (directeur des soins et cadre supérieur)
- La clarification de la fonction du CSS dans la nouvelle organisation interne des hôpitaux dépend de la politique institutionnelle.
- Le positionnement du directeur des soins en tant que manager et leadership favorise ou non la conduite du changement.

Afin d'éclairer de façon optimale les différents aspects du problème traité et d'exploiter au mieux l'enquête de terrain, nous avons projeté de recueillir un maximum d'informations dans deux centres hospitaliers : l'un centre hospitalier universitaire, l'autre centre hospitalier de moyenne importance. Cet objectif n'a pas pu être atteint car la moyenne structure concernée étant un hôpital d'instruction des armées, ne répondait pas à la nouvelle obligation réglementaire des établissements publics de nouvelle gouvernance.

De ce fait, l'étude de terrain s'est réalisée lors de notre formation de directeur des soins, au cours d'un stage dans un centre hospitalier universitaire.

2.2 La méthodologie de l'enquête

Le terrain de l'enquête, le recueil d'informations, les limites et points forts sont successivement abordés.

2.2.1 Le terrain de l'enquête

L'étude a été réalisée dans un CHU³⁶ qui a une capacité d'accueil de 2696 lits et places. Implanté sur 6 sites, le CHU s'est engagé dans une phase de restructuration visant à recomposer et à moderniser l'établissement autour d'activités regroupées en pôles.

Le projet d'établissement étant arrivé à échéance, un nouveau projet est en cours d'élaboration pour la période 2006-2011 dans le cadre de la réforme des établissements de santé s'articulant autour de 3 axes majeurs de développement à savoir; améliorer la prise en charge de l'utilisateur (mieux soigner, mieux accueillir, mieux informer), améliorer les structures et les performances, se positionner de façon adaptée dans l'environnement sanitaire. La nouvelle gouvernance sera mise en pratique à travers notamment l'organisation interne en pôle d'activité et au travers d'une politique favorisant la responsabilisation des différents acteurs. Cette nouvelle organisation a pour but d'optimiser les activités en regroupant les mêmes activités réalisées sur deux sites différents dans un souci de rationalisation des moyens humains et matériels. L'établissement a débuté sa réorganisation interne par la mise en place de trois pôles expérimentaux.

La direction des soins, médicotechnique et de rééducation est composée d'un coordonnateur général des soins et de six directeurs des soins. Le coordonnateur général des soins participe à toutes les instances du CHU. En lien étroit avec la Direction des Ressources Humaines, elle détermine une stratégie managériale mobilisant chaque membre de la direction des soins et de l'encadrement pour développer et maintenir le niveau de compétence, de motivation et de fidélisation des personnels. Elle s'inscrit dans une démarche globale en cohérence avec la politique d'établissement.

Les directeurs des soins sont répartis suivant des secteurs d'activités et assurent des missions transversales. Ils gèrent 58 cadres supérieurs et 168 cadres de santé et faisant fonction.

Chaque directeur des soins travaille en autonomie dans le secteur dont il a la responsabilité. Il rencontre au moins une fois par mois les CSS relevant de son autorité ou de façon informelle.

³⁶ Lire partout Centre Hospitalier Universitaire

2.2.2 Le recueil d'informations

↳ La méthode

Notre enquête a été menée sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de cadres supérieurs, de directeurs des soins, de directeurs, de médecins.

Au total, nous avons réalisé :

- 3 entretiens avec des cadres supérieurs
- 3 entretiens avec des directeurs des soins(DS³⁷)
- 2 entretiens avec des directeurs : un directeur responsable des pôles et du projet d'établissement, et un directeur des ressources humaines adjoint (DRHA³⁸)
- 2 entretiens avec des médecins responsables de pôle.

Les entretiens ont fait l'objet de prise de rendez-vous ; leur durée a été d'environ une heure quinze minutes. Seuls les entretiens avec les médecins ont été réalisés par téléphone. Pour ceux conduits en contact direct, ils ont tous été enregistrés avec l'accord des intéressés pour en faciliter l'écoute et l'exploitation. Le caractère anonyme de la rencontre a été garanti à chaque personne interviewée.

↳ Les personnes interviewées

Nous avons souhaité enquêter auprès de professionnels d'encadrement et de direction impliqués dans la réorganisation en pôle d'activité afin de recueillir des éléments exploitables en terme d'impact de management. C'est pourquoi les cadres supérieurs de santé interrogés sont tous en fonction dans la coordination des trois pôles expérimentaux. Les directeurs enquêtés sont : pour l'un directeur fonctionnel responsable de la mise en place des pôles au sein de l'établissement et pour l'autre, directeur adjoint des ressources humaines. Quant aux médecins interviewés, il s'agit de deux médecins responsables de pôles.

↳ le choix de l'outil

L'outil choisi a été l'entretien semi-directif. Nous avons privilégié cet outil d'investigation afin de favoriser la production d'un discours et de collecter de manière vivante les informations recherchées. Privilégier le contact avec l'intéressé nous a paru essentiel afin de pouvoir expliquer le but de notre recherche, de créer un climat de confiance et de lever

³⁷ Lire partout : directeur des soins

³⁸ Lire partout : directeur des ressources humaines adjoint

d'éventuelles ambiguïtés liées à une interprétation des questions. Ainsi, dans un contexte de libre conversation, les personnes ont pu s'exprimer en toute liberté.

Pour cela nous avons élaboré un guide d'entretien³⁹ servant de support à l'entretien individuel.

↳ **Le traitement des informations**

L'ensemble des réponses a été traité à l'aide d'une grille d'analyse construite sur le principe d'un classement par thèmes. Les informations ont été organisées et analysées par catégories professionnelles.

2.2.3 Les limites et points forts de l'enquête

↳ **Les limites**

Ce travail n'a pas la prétention d'être à caractère exhaustif et scientifique. Le choix de limiter les entretiens à un établissement cible ne permet pas de généraliser les observations.

La réalisation de l'enquête dans un seul établissement ne permet pas d'analyse comparative des éléments recueillis.

Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et sont l'expression d'une dizaine de personnes interviewées avec les limites et la subjectivité du discours propre à chacun.

↳ **Les points forts**

Le but de notre enquête était de repérer les zones d'articulation possibles entre les cadres supérieurs et les directeurs des soins pour mieux concevoir et piloter les organisations. La richesse des échanges avec les personnes interviewées nous a permis de prendre conscience de la complexité du management des cadres supérieurs dans la nouvelle organisation de l'hôpital et de ses enjeux. Cela nous permet de réfléchir à notre engagement et d'envisager nos stratégies managériales dans l'exercice de notre future fonction.

2.3 Résultats et analyse des entretiens

Pour faciliter l'exploitation des résultats, nous avons pris le parti de procéder à une analyse thématique. Les trois grands axes retenus s'articulent autour de la fonction du

³⁹ Cf. Annexes 1,2, 3. *Grilles d'entretien*

cadre supérieur au niveau du pôle d'activité en lien avec celle du directeur des soins dans le dispositif et sont :

- L'incidence de la mise en place des pôles
- Les compétences attendues
- Etre CSS dans le pôle : quelle plus value ?

Une analyse sera proposée en regard de chacun d'eux.

Auparavant, il nous a paru opportun de présenter le profil des CSS enquêtés.

2.3.1 Le profil des CSS des pôles

Les cadres de pôle interrogés sont tous des cadres supérieurs. Ils font partie de la structure depuis au moins 8 ans (de 8 à 22 ans). Leur ancienneté dans le grade varie de 2 à 18 ans. Leur expérience dans le secteur d'activité peut aller de 5 à 18 ans.

Leurs motivations d'accès à la fonction de cadre intermédiaire sont clairement énoncées et sont de plusieurs ordres :

- Pour l'une, c'est « *une suite logique de carrière* » et une évolution dans la prise de responsabilité.
- Pour l'autre c'est une volonté d'accéder à un poste « *de plus grande responsabilité* »
- Le profil du troisième CSS correspondait au profil souhaité, elle a donc « *accepté le challenge* »

Ils sont tous titulaires du diplôme de cadre infirmier ou cadre de santé. Tous ont passé un concours sur titres pour accéder au grade de CSS après avoir été sélectionnés lors d'une épreuve orale organisée dans l'établissement.

Ces CSS ont tous été sollicités par le coordonnateur général des soins pour « candidater » au poste de cadre supérieur référent de pôle regroupant les activités des services dont ils avaient en partie la responsabilité. La proposition des trois candidatures a été présentée aux médecins chefs de pôle. Deux ont été retenues alors que la troisième n'a été validée que pour partie dans un des pôles. Le pôle concerné regroupe des activités de médecine et de chirurgie ; le chef de pôle a souhaité continuer collaborer avec le cadre de chirurgie pour cette « spécialité » et a accepté la participation du CSS pour les services de médecine dont par ailleurs il est issu.

Ils ont tous été nommés cadre supérieur de pôle selon cette organisation.

✍ **Analyse : les CSS de pôle sont expérimentés et ont une bonne connaissance de la structure.**

Les cadres supérieurs de pôle ont tous une bonne connaissance de la structure (en référence à leur ancienneté dans l'établissement) et sont tous « experts » dans le domaine spécifique du pôle. Ils ont été choisis par la direction et par les médecins chefs de pôle. Ce choix exprime une volonté institutionnelle clairement affichée qui doit faciliter le management du pôle (eu égard à l'aspect nouveau de cette nouvelle organisation)

On peut souligner la concertation entre la direction et les médecins. L'implication de ces derniers dans le dispositif est incontournable. Le management du pôle dépend de la capacité des acteurs à collaborer et à conduire le projet de prise en charge des patients. Il semble donc que le responsable du pôle puisse choisir ses collaborateurs. Néanmoins, le positionnement d'acteurs de grade différent sur un même poste pose le problème d'une cohérence décisionnelle en regard de la politique institutionnelle et de celle en particulier de la direction des soins. Sans remettre en cause la participation du médecin au choix de l'encadrement paramédical, celle-ci peut s'exercer dans un cadrage pour le moins défini en fonction de critères fixés en concertation avec tous les acteurs impliqués dans la décision.

La décision de la direction de mettre un cadre supérieur dans le triumvirat du pôle n'est pas respectée par les décideurs eux-mêmes. Ce paradoxe ne facilite pas le positionnement et la reconnaissance du cadre supérieur concerné et risque d'entraîner une démotivation chez celui-ci. De plus le travail en collaboration du CSS et du cadre de santé dans la coordination du pôle soulève la problématique de la définition de la place et du rôle de chacun et de la cohérence dans la conduite des projets.

2.3.2 L'incidence de la mise en place des pôles

A) Missions du cadre supérieur : place et rôle

Selon les personnes interrogées, l'organisation en pôles a modifié le rôle et la place des CSS.

✓ Du changement

↳ **Les CSS** ne pensent pas que leur fonction a changé. Ils constatent que c'est la façon de l'exercer qui change.

En effet, ils considèrent que c'est « *la continuité logique de la fonction* » et que c'est en quelque sorte « *un rajout à la mission de CSS de terrain* ». Ils sont unanimes pour dire que « *le métier évolue, il nécessite plus de temps de conceptualisation et de réflexion sur des projets* ». La fonction de CSS suppose une « *vision plus distanciée, une prise de hauteur, et un besoin moins important d'être sur le terrain* ». Bien qu'il existe une fiche de

poste du cadre de santé du pôle dans la structure, les CSS y font rapidement référence en regrettant de ne pas avoir participé à son élaboration ; « *bien qu'elle précise nos missions, elle reste trop générale et ne permet pas de clarifier nos réelles responsabilités au quotidien* ».

Néanmoins, leur nouveau positionnement dans l'hôpital modifie le type de relation et de collaboration avec les différents acteurs : encadrement de proximité, médecins, directeurs. « *Il se crée un véritable partenariat avec le médecin chef de pôle* » notamment pour la conduite du projet de pôle et la gestion rationnelle des moyens.

Sur le plan managérial, le positionnement au niveau du pôle n'a pas d'incidence particulière ; le type de management de chaque CSS étant laissé à sa propre initiative. Cependant, ils reconnaissent que le management des cadres de proximité du pôle doit intégrer un niveau de délégation différent qu'il reste à définir. Les relations avec la direction des soins et les directions fonctionnelles sont rendues complexes du fait du manque de clarification des modes de fonctionnement et des rôles et places des différents interlocuteurs.

Par contre, c'est la participation à la gestion du pôle qui apparaît comme le plus grand changement. La gestion contractualisée est abordée au cours des échanges mais sans toutefois être vraiment précisée « *la délégation de gestion n'est pas bien définie...je ne sais pas de quoi l'enveloppe est faite* ». Le travail en partenariat avec le cadre administratif du pôle et la notion de tableaux de bord et d'indicateurs sont évoqués comme étant des axes prioritaires à développer rapidement. Des besoins en formation dans ce domaine sont exprimés.

↳ **Pour les directeurs de soins**, l'organisation en pôle présente des atouts considérables pour les CSS. Cette fonction évolue dans une dimension plus stratégique qui requiert la capacité à prendre du recul. La délégation de gestion apparaît comme un accroissement des responsabilités du CSS « *pour lequel il n'est pas préparé et qui nécessitera un accompagnement et une formation* » mais qui présente l'avantage d'une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens. Et surtout, ils mettent l'accent sur les évolutions inévitables que cela entraîne au niveau de leur propre fonction.

↳ **Pour les médecins**, les nouvelles réformes ont un but essentiellement économique. Dans ce contexte, le CSS occupe une fonction « *très importante* » dans la gestion des ressources humaines du pôle notamment. En effet, il « *a une action sur le personnel (qui représente 70% du budget) en mutualisant et répartissant les moyens en infirmières dans les services en fonction des besoins* ». De plus, il a un rôle primordial dans l'animation des équipes de cadres de proximité « *il est une courroie de transmission de l'information et*

de la communication, fondamentale ». Les médecins reconnaissent le CSS comme un « interlocuteur privilégié » qui a un rôle clef dans l'institution. L'un d'eux précise « la maison tient grâce à l'encadrement »

↳ **Les directeurs adjoints** ont des approches différentes. Selon le directeur adjoint, le rôle du CSS n'est pas modifié par la réforme mais plutôt par l'expression d'une volonté de changement de la direction selon des modalités définies : « le grade et la fonction ne changent pas, mais il existe une nouvelle fonction de gestion. La délégation de gestion est une option fondamentale prise par le directeur général qui a comme objectif d'assouplir la gestion et de rapprocher la décision du terrain ».

Le DRHA a le sentiment « d'une nouvelle strate dans le "millefeuille" » La fonction ne change pas en tant que telle mais requestionne le rôle et la place de chacun dans le dispositif. Le CSS doit assumer des responsabilités nouvelles mais ne peut prétendre à une valorisation quelconque en matière de rémunération. Le pôle multiplie les interlocuteurs et « nécessite le regard de la direction sur ce qui se passe dans le pôle »

✓ Des opportunités

↳ **Les CSS** sont unanimes pour reconnaître un gain de légitimité et de reconnaissance : « je me sens plus reconnue ; je suis plus entendue qu'avant ; je suis reconnue comme une experte et comme une aide par les médecins ; je suis sollicitée pour avis sur les projets ». Les CSS se disent « plus écoutés » par les différentes directions, en particulier, la direction des soins, la direction des ressources humaines et la direction des équipements : « Je suis plus entendue qu'avant. Je suis considérée comme une experte et une aide par le DRH ». Leur marge de manœuvre est plus importante : « j'ai plus d'autonomie dans la gestion du tableau des emplois ». L'un d'entre eux précise la plus value de la collaboration avec le chef de pôle « chacun communique autour de ce qu'il fait, il y a une connaissance mutuelle des préoccupations qui n'existait pas vraiment avant. ».

Les CSS soulignent l'intérêt de la gestion déconcentrée en terme de répartition des moyens humains et matériels. Il est important, selon eux, de favoriser une logique de mobilité afin d'optimiser la gestion des ressources humaines.

De plus, la structure des pôles est aidante pour la gestion des unités, « elle responsabilise les équipes et c'est positif non pas seulement pour les économies mais pour la qualité des soins ».

↳ **Les directeurs de soins** considèrent que l'organisation en pôle représente l'opportunité d'une meilleure répartition des moyens. « Les décisions se prenant au plus près du terrain, il y aura une meilleure adéquation avec les besoins ». De plus elle incite à

une cohérence au niveau des pratiques par une plus grande harmonisation et évaluation des processus.

Ils considèrent qu'un atout essentiel de cette nouvelle organisation incite à réfléchir et à s'interroger sur les rôles et les modes de fonctionnement des acteurs et surtout sur ceux de la direction des soins.

↳ **Pour les médecins**, le triumvirat du pôle doit pouvoir répondre et gérer les impératifs budgétaires et se montrer « *à la hauteur de l'enjeu économique* » auquel il apporte sa contribution pour la « *survie de l'hôpital* ». C'est là une opportunité de développer des projets en étroite collaboration médico-soignante-administrative et d'instaurer « *une véritable communication et concertation* » entre les acteurs au bénéfice des patients.

↳ **Pour le directeur adjoint**, la déconcentration de gestion permet le « *rapprochement des décisions médicales et des décisions de gestion et vice et versa, l'assouplissement et la réactivité de l'administratif* ». Elle suppose une « *grande cohérence entre le projet d'établissement (PE⁴⁰) et le pôle : le projet de pôle étant le pivot des modalités de mise en œuvre du PE au niveau du pôle* ». La nécessité de donner une cohérence d'ensemble pour une prise en charge de qualité du patient en interne et en externe est soulignée. La démarche de contractualisation est l'opportunité d'une plus grande responsabilisation des professionnels, « *le contrat est un outil d'engagement et de responsabilisation* ».

✓ Des freins

↳ **Les CSS** expriment des difficultés de plusieurs ordres. Tout d'abord ils soulignent de manière très forte l'absence de positionnement du directeur des soins « *je ne sais pas quelle place il a dans le pôle, j'ai des contacts directs avec le coordonnateur général des soins alors qu'avant j'étais sollicité par mon directeur des soins référent* ».

Ils ont des difficultés à se situer dans la structure vis à vis de la direction des soins « *le rôle du directeur des soins n'est pas défini, cela entraîne des difficultés pour le CSS ; il y a une zone d'ombre dans le fonctionnement de la direction des soins* ».

Cela ne facilite pas la prise de fonction du CSS dans le pôle « *le problème est qu'il n'y a pas eu d'accompagnement ni de la part de la direction des soins, ni de celle des directions fonctionnelles, c'est donc difficile de bien savoir ce que l'on attend de nous* ».

Bien qu'une formation pour la nouvelle gouvernance ait été proposée à distance aux CSS, « *nous n'avons bénéficié d'aucune formation pour notre prise de fonction* ». Malgré une autonomie appréciée, ils se disent « *isolés dans le pôle* ».

⁴⁰ Lire partout : projet d'établissement

D'autres freins sont liés au risque lié à la place des médecins dans l'organisation « *Le pouvoir médical s'affirme, on le voit bien par rapport à la nomination des CSS dans le pôle ; le médecin chef de pôle a plein pouvoir, c'est lui qui est le décideur* »

↳ **Pour les directeurs de soins**, la culture hospitalière peut être un frein « *la culture est très prégnante, il faut imaginer un mode de fonctionnement différent* ». Cela implique une nécessaire évolution des mentalités et des comportements des acteurs « *les repères sont modifiés, il y a des risques de perte de pouvoir pour certains et de gain d'autonomie pour les CSS : il faut l'accepter* ».

Une difficulté liée à l'absence de définition du périmètre de délégation de gestion est abordée. « *La délégation de gestion n'est pas précisément délimitée : cela rend difficile l'anticipation et l'accompagnement du changement* ».

↳ **Les médecins** soulignent le risque de conflit de pouvoir entre le CSS et le directeur des soins « *Il faut redéfinir clairement les fonctions de chacun ; il existe des zones de pouvoir et de contre pouvoir* ». La personnalité du CSS et sa loyauté ont une importance « *je dois pouvoir compter sur l'appui du CSS* ».

↳ **Pour les directeurs adjoints**, le pôle multiplie les interlocuteurs et « *nécessite le regard de la direction sur ce qui se passe dans le pôle* ». Il y a une nécessité à maintenir une cohérence d'établissement pour éviter « *le risque de balkanisation ; le recloisonnement par les pôles questionne sur la cohérence institutionnelle* ». L'objectif du dispositif est de simplifier l'organisation et d'avoir une cohérence de prise en charge des patients, « *l'organisation étant déjà suffisamment complexe, il ne s'agit pas de rajouter des entités qui risqueraient de l'alourdir plus encore* ».

🔍 **Analyse : la mise en place des pôles a une incidence sur la place et le rôle du CSS . Elle renforce leur rôle au sein de la structure.**

Certes, dans l'organisation hospitalière, les logiques de territoire et de métiers renforcent sa complexité et les jeux de pouvoir. Néanmoins, l'organisation en pôle apparaît comme une évolution positive de la structure interne de l'hôpital pour tous les professionnels interrogés. Les CSS sont des acteurs au sens entendu par Crozier « qu'ils possèdent une marge de liberté ». Elle leur permet d'adopter une stratégie selon le contexte, les acteurs et leur propre personnalité. A l'interface de plusieurs logiques, les CSS n'expriment pas de difficultés à se positionner. A l'articulation des interdépendances, ils doivent développer des capacités d'adaptation et de négociation avec les autres acteurs pour faire de leur position d'interface un atout. Le pôle apparaît comme un facilitateur dans

cette dynamique du fait du renforcement de légitimité et de reconnaissance qu'il apporte aux CSS. Pour autant, le dispositif de gestion en pôles d'activité, induit un changement organisationnel. Or, quels que soient les changements, ils sont source de remise en question des alliances et des intérêts des acteurs. Les jeux de pouvoir sont modifiés, les conflits de pouvoir peuvent émerger et la crainte des DS de perdre du pouvoir peut en découler.

La définition des fonctions et la clarification des missions sont deux prérequis indispensables à la préparation du changement. Ils permettent à chaque acteur de se situer chacun par rapport à l'autre, dans l'institution et vis à vis des subordonnés et des partenaires. C'est un des axes d'action que nous pouvons entrevoir.

La collaboration médecins-soignants, la mutualisation des ressources, la responsabilisation des acteurs sont les atouts et les forces de l'organisation. La déconcentration de gestion, bien qu'elle ne soit pas totalement précisée dans la pratique, est définie comme une plus value pour l'hôpital : en effet, elle permet une optimisation des moyens pour une meilleure réponse aux besoins. Elle responsabilise tous les acteurs par la prise en compte de la dimension économique de leurs pratiques sans nuire à la qualité de prise en charge des patients.

B) Missions et place des directeurs des soins

Pour la plupart des acteurs rencontrés, sa légitimité professionnelle ne semble pas être remise en cause.

↳ **Les CSS** : si deux CSS reconnaissent le directeur des soins comme leur supérieur hiérarchique « *le pôle n'a pas d'incidence sur ma hiérarchie, le DS reste le référent du pôle en terme de hiérarchie* », le troisième précise que ce lien se modifie et que la relation avec le DS se fait sur la base d'un lien fonctionnel « *Dans les faits, le chef de pôle devient le supérieur hiérarchique et le lien avec le DS est plus fonctionnel ; en effet, le DS s'engage dans des missions plus transversales, il prend de la distance par rapport au pôle* ». Ils soulignent le changement d'attributions du DS « *il a une vision globale par rapport à la cohérence institutionnelle* ». Ils expriment « *la nécessité du rôle de coordination du DS* ». L'aspect fédérateur du projet des soins est mis en avant par les CSS car « *il est considéré comme le projet de référence dans le domaine des soins, il assoit l'identité des soignants* ». Ils soulignent unanimement l'importance d'un accompagnement et d'un soutien du DS « *j'attends de lui qu'il m'informe et qu'il me guide ; j'attends de lui de l'aide dans certains dossiers difficiles ; c'est un expert et un soutien* ».

↳ **Les directeurs de soins** se considèrent avant tout comme « *des stratèges* » ayant une vision globale de la structure. L'un d'eux parle de « *coaching* » pour décrire son rôle de manager. Ils interviennent sur deux champs d'intervention qui situent toutes les actions dans une logique institutionnelle : un rôle pédagogique et de conseil « *pour expliquer la stratégie de mise en place des réformes et des projets, donner du sens et de la compréhension* », et un rôle de « *transmission des informations descendantes et ascendantes* ». Ils dénotent le manque de lisibilité de leurs missions qui ne sont pas « *clairement définies* ». Pour l'un d'eux, le lien avec les CSS est un « *lien hiérarchique de principe* » et il se considère dans « *une relation plus fonctionnelle* ». Un autre exprime des inquiétudes face à l'enjeu de pouvoir : « *il y a un fort enjeu de pouvoir, les DS sont en dehors des pôles, il y a risque d'une fonction de trop* ». Unanimement, ils reconnaissent l'importance de clarifier leur positionnement et paradoxalement un immobilisme collectif défini comme un « *certain attentisme dans leur équipe* ».

↳ **Les médecins** considèrent que le DS a un poste clé dans le système et « *reste un interlocuteur incontournable* ». Ils situent le DS à un « *un niveau supérieur par rapport au CSS car il a une vision globale de l'établissement qui lui donne plus de hauteur* ». Ils reconnaissent la nécessité de la fonction contrôle du DS et son « *savoir-faire dans les projets de restructuration et dans la mise en œuvre de la réglementation* ».

↳ **Pour les directeurs adjoints**, bien que le DS reste le responsable hiérarchique des CSS, ses fonctions s'orientent vers « *des missions transversales comme l'évaluation des pratiques, le pilotage de projets...* ». Ils soulignent néanmoins que le directeur adjoint et le DS forme un « *binôme qui supervise le pôle* ».

✂ **Analyse : la mise en place de pôles a un impact sur la place et le rôle des directeurs de soins.**

Les DS se définissent, et sont considérés par les différents acteurs, comme des coordonnateurs, des stratèges dont les missions s'exercent en transversalité. Leur rôle est décrit comme un rôle de soutien, de conseil et d'accompagnement des CSS et des projets. Les directeurs et les médecins reconnaissent le DS comme un garant de la cohérence institutionnelle.

Pourtant, nous notons que les CSS ont des attentes fortes vis à vis du DS en terme de positionnement, d'accompagnement et de pilotage des projets. De plus, les DS, eux-mêmes, expriment des difficultés à se situer dans la nouvelle organisation interne de l'hôpital.

Or, le DS a un rôle prépondérant à jouer dans la conduite du changement, face aux attentes et aux nouvelles exigences au regard de la fonction de CSS. On ne peut penser l'évolution des acteurs que dans une perspective d'ensemble. Il apparaît essentiel que les fonctions de DS et de CSS soient clairement identifiées pour permettre à chacun des acteurs de remplir les missions qui lui sont imparties et au DS d'accompagner les CSS dans cette démarche de changement. De façon assez inattendue, les DS expriment des freins au changement ce qui entraîne un certain « *immobilisme collectif* ». Tout changement génère des résistances dans les organisations lorsqu'il ne répond pas aux aspirations des individus et lorsque ceux-ci n'ont pas une vision précise de leur intérêt. C'est au coordonnateur général des soins qu'il appartient d'accompagner l'équipe de DS en conduisant une réflexion d'ensemble sur la définition des rôles et des responsabilités inhérentes à celui-ci. Ainsi, les DS, eux-mêmes, seront plus aptes à accompagner l'encadrement et les CSS en particulier dans la mise en place des évolutions constantes auxquelles les professionnels doivent s'adapter.

La question du positionnement est inhérente à la fonction de manager. La façon dont on se positionne dépend de soi, de sa propre analyse du contexte et de la relation que l'on développe avec les autres. Par conséquent, le positionnement se construit dans l'interaction, il n'est donc pas figé. La reconnaissance de la direction des soins passe par un positionnement adapté du DS et de l'encadrement. Dans le contexte de changement et de complexité, le « flou identitaire » chez les DS que l'on peut traduire aux travers des entretiens est un frein à cette évolution et n'est pas aidant pour les CSS.

L'enjeu de la direction des soins est d'être reconnue et légitimée par sa hiérarchie, ses partenaires et ses subordonnés.

2.3.3 Les compétences attendues

Le positionnement des CSS dans les pôles leur confère un rôle clef et requiert des compétences spécifiques.

↳ **Les CSS** définissent les compétences requises pour assurer leurs responsabilités à plusieurs niveaux. Au niveau managérial, on retrouve des éléments de réponses récurrents : animer, fédérer, savoir se positionner, savoir gérer les conflits, être médiateur. Puis les compétences en gestion sont évoquées : utilisation d'outils de gestion, élaboration de tableaux de bord...

↳ **Les directeurs de soins et les directeurs adjoints** déclinent les compétences attendues dans le domaine du management et de la conduite de projet. Ils insistent sur la capacité à accompagner les équipes et à la prise de recul pour avoir une vision globale.

Les compétences en gestion économique leur apparaissent comme indispensables. La nécessité d'approche plus globale dans une logique de décloisonnement est soulignée. Le choix du CSS pour le pôle est défini comme fondamental « *il faut définir le profil et les compétences attendues et mesurer la potentialité des CSS.* »

↳ **Les médecins** situent les compétences à un niveau managérial essentiellement. Ils attendent des CSS des capacités à animer les équipes, à gérer les ressources humaines. Ils précisent l'importance des qualités humaines du CSS dans l'écoute, la disponibilité, la confiance et l'intégrité.

↳ **Analyse : de nouvelles compétences sont requises chez les CSS de pôle.**

L'évolution de l'hôpital et le nouveau dispositif induit des compétences nouvelles. Pour l'ensemble des professionnels, les capacités à se positionner, à négocier, à prendre du recul, à décider sont parmi les compétences essentielles que doit développer le CSS de pôle. La place des qualités humaines demeure fondamentale. C'est donc bien comme une combinaison de savoir-faire et de savoir être qu'apparaissent les compétences. Les compétences en gestion sont également requises. C'est dans ce domaine qu'il faudra envisager des axes de formation adaptés pour les CSS.

Les CSS sont plus autonomes, leur périmètre d'action change. Ils sont appelés à travailler avec de nouveaux partenaires et à développer la transversalité.

2.3.4 Etre CSS de pôle : quelle plus value ?

↳ **Les CSS** situent essentiellement cette plus value dans le domaine de la reconnaissance et de la légitimité de leur fonction. « *Nous gagnons en reconnaissance de la part des médecins qui nous situent à un niveau supérieur : d'expertise et de conseil ; notre rôle est renforcé, nous avons plus d'autonomie et d'indépendance* ». Le positionnement au sein du pôle favorise la prise de hauteur « *j'acquiers une vision plus large dans le management des cadres de proximité* »

↳ **Les directeurs de soins** soulignent le gain de responsabilité des CSS de pôle les incitant à développer de nouvelles compétences. Ils reconnaissent leur place au sein du système comme « *les piliers du dispositif et les interlocuteurs privilégiés des responsables médicaux* ». Ils participent au « *décloisonnement des services dans une logique de transversalité pour améliorer le service rendu au patient.* ».

↳ **Pour le directeur adjoint**, le pôle permet au CSS de situer dans une dynamique plus responsabilisante. « *La contractualisation est l'opportunité de fédérer les équipes en les responsabilisant et en les intéressant aux résultats à atteindre.* »

↳ **Analyse : la fonction de CSS de pôle offre comme plus value la valorisation de la place des acteurs dans la structure.**

La fonction de CSS apparaît valorisée par leur place au sein du pôle. Les CSS ont un champ de compétences reconnu. Leur positionnement est plus fort dans le dispositif, ils gagnent en reconnaissance et en légitimité. Ils sont considérés comme des acteurs clés dans la mise en œuvre du nouveau dispositif. Ils doivent développer un nouveau type de management basé sur une plus grande responsabilisation et sur la transversalité.

2.4 Conclusion de l'étude de terrain

La gestion en pôles, associée à la notion de contrat, sous-tend un mode de fonctionnement plus transversal. Il paraît indispensable de veiller au maintien de la cohérence institutionnelle, au respect de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour une réelle coopération et collaboration des acteurs dans une relation de confiance, l'identification et la clarification des rôles des différents acteurs sont indispensables. En effet, le changement organisationnel entraîne une modification des rôles et une redistribution des pouvoirs. L'organisation des services en pôles tend à positionner le cadre supérieur dans un champ de responsabilité à un niveau plus stratégique et à donner à sa fonction une dimension de gestionnaire.

Le rôle du DS se trouve aussi modifié ; leur statut hiérarchique ne peut plus être le seul facteur de leur autorité et de leur légitimité. Sa mission se situe entre le rôle politique du coordonnateur général des soins et le rôle plus opérationnel –même s'il devient plus stratégique- du CSS.

La place qu'il occupe, en référence avec le contexte étudié, le conduit à exercer un rôle de coordination, de soutien et d'accompagnement des et entre les pôles. Il s'agit de mettre en relation des acteurs au sein d'un même ensemble mais dont les logiques et les contextes peuvent être très éloignés.

Le DS est au cœur des stratégies d'intégration. De fait, le concept d'intégration qui consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs, prend tout son sens à l'hôpital. C'est plus particulièrement par son approche managériale des CSS que le DS va

permettre à ces derniers de développer leurs capacités à faire face aux changements, à être efficace dans leur fonction, à être de véritables partenaires de la direction des soins dans la conduite et la cohérence de la politique des soins en particulier.

L'ensemble des acteurs de l'hôpital et plus généralement des établissements publics, ont intégré dans leur culture professionnelle, un fonctionnement hiérarchique vertical, qui représente, bien que souvent critiqué, un espace de sécurité. Il apparaît nécessaire que les DS mènent une réflexion sur leur propre positionnement en faisant preuve de capacité à se remettre en question. Le rôle d'expertise managériale fédérateur pour les CSS prendra alors tout son sens.

Au terme de cette analyse, nous pensons pouvoir valider en partie nos hypothèses : la clarification de la fonction de CSS et le positionnement de l'encadrement sont bien sous tendues par une politique institutionnelle claire. La capacité des CSS à se positionner efficacement dans le pôle dépend du positionnement du directeur des soins et de son management. Elle sera plus favorisée si le DS a une démarche fondée sur une stratégie managériale réellement ouverte sur le dialogue, basée sur la confiance, tournée vers l'accompagnement et l'autonomie.

C'est donc pour le DS un véritable « enjeu managérial ». La mise en place des pôles, la nouvelle gouvernance et les évolutions à venir, constituent un enjeu important pour le directeur des soins qui aura là un rôle privilégié à jouer. Il fédère l'encadrement pour donner du sens et affirmer les valeurs professionnelles à partir d'un partage de compétences.

La troisième partie de ce travail a pour objet de proposer un projet d'actions que le directeur des soins pourra conduire en s'inscrivant dans la politique globale de l'établissement, et en analysant comment il peut y apporter sa contribution.

3 Proposition d'actions

L'organisation interne de l'hôpital en pôles d'activité a des répercussions fortes sur la place et le rôle des acteurs dans la structure. Dans cet environnement changeant, le management de l'encadrement représente un enjeu managérial pour le directeur des soins. Bien qu'il nous semble indispensable de prendre en compte les attentes des cadres pour fédérer l'ensemble de l'encadrement, le management des cadres supérieurs reste notre préoccupation première car ils seront nos plus proches collaborateurs dans notre nouvelle fonction.

Les résultats de nos investigations montrent que le CSS est un acteur clé reconnu qui doit être accompagné dans le changement. Le DS, quant à lui, doit trouver sa place dans ce nouveau dispositif. Ainsi, pour réussir à relever ce défi, le directeur des soins doit élaborer une stratégie managériale adaptée au contexte, en lien avec la réalité.

Pour définir cette approche, nous inscrivons « les hommes » au cœur de notre management car *« il n'est pas qu'une affaire de projets mais aussi une affaire de positionnement des différents groupes d'acteurs par rapports aux projets⁴¹ »*

Le projet d'action est élaboré à partir des constats, de l'approche conceptuelle, de l'étude de terrain. Il prend également appui sur notre expérience professionnelle, nos observations et nos interrogations.

Nous pensons que le rôle du directeur des soins est fondamental dans le management des cadres supérieurs. Nous proposons d'aborder les stratégies que pourrait développer le directeur des soins pour affirmer son positionnement et adapter son management. Nous ne prétendons pas définir un mode de management « idéal », mais nous souhaitons nous référer à cette approche dans notre propre exercice. Ainsi, c'est sur cette base que le directeur des soins s'appuiera pour instaurer une authentique collaboration avec les cadres supérieurs.

Elle s'articule autour de quatre axes de management qui nous semblent prioritaires : **affirmer son positionnement, accompagner dans le changement, fédérer et faire le lien, et définir des missions claires.**

⁴¹ HART J., LUCAS S., Op cit. p.3

3.1 Le directeur des soins se positionne...

L'autorité hiérarchique, le savoir et l'expertise ne sont plus aujourd'hui des sources de pouvoir suffisantes pour un responsable d'équipe. Il développe un «savoir être » et s'appuie sur un management basé sur le respect et la reconnaissance de l'autre.

Le DS doit affirmer une identité forte assise sur la déontologie et la compétence. La définition clarifiée de son propre management, favorisera la lisibilité de ses actions et de son engagement ainsi que des valeurs sur lesquelles il s'appuie.

Etre dans une position de dirigeant d'une équipe c'est prendre des risques. Vladimir JANKELEVITCH disait « *Il faut commencer par le commencement et le commencement de tout c'est le courage* ».

3.1.1 Il s'appuie sur des valeurs

La fonction de directeur des soins suppose un engagement personnel important. Bien qu'il n'existe pas de « modèle idéal » de directeur des soins, il nous paraît important de souligner les qualités qui nous semblent indispensables à avoir ou à développer pour être « un bon manager ». Le directeur des soins rassure et inspire confiance. Il est à l'écoute et sait créer un climat de bienveillance pour que chacun puisse s'exprimer librement. Il est attentif et fait preuve d'empathie, ce qui lui permet de comprendre les sentiments des autres sans pour autant les partager. Il va au devant des personnes avec chaleur, respect et simplicité.

Il est serein et dégage un sentiment de sécurité. Il fait preuve de force de caractère face aux situations difficiles.

Son exemple, sa disponibilité et son exigence sont déterminants.

En matière de management, l'exemplarité est une source de réussite. Du comportement managérial du directeur des soins découle celui des cadres supérieurs auprès des cadres de proximité. Nos attitudes et notre comportement doivent donc être dignes d'exemple quelles que soient les situations rencontrées.

Les valeurs personnelles et professionnelles, sur lesquelles chacun s'appuie, ont un impact particulièrement marqué sur les actes. Cependant, les valeurs professionnelles n'ont de sens que si elles sont partagées. Pour ce faire, c'est avec les équipes et plus particulièrement avec les CSS que ces valeurs doivent être travaillées afin que chacun s'accorde sur leur sens et se les approprie. Mais elles n'auront un intérêt et une efficacité qu'à travers leur déclinaison en actions dans le quotidien du management. C'est en effet au travers des pratiques managériales de l'encadrement que le respect, le sens de l'équité, l'éthique et le sens des responsabilités prendront tout leur sens.

Le DS choisira l'honnêteté et le langage direct. Il sera intègre et cohérent ; parce qu'il dit ce qu'il fait, il fait ce qu'il dit, et il fait ce qu'il a à faire. Il se montrera sincère avec ses collaborateurs.

3.1.2 Il manage dans la confiance

Le DS doit faire preuve d'humanisme et avoir une vision positive de l'autre. Il se montre patient et disponible pour ses collaborateurs. Il accorde sa confiance.

La confiance qu'une personne peut inspirer est fondée sur un équilibre entre l'intégrité et la compétence. Ces qualités permettent de passer de la parole aux actes. Il ne suffit pas de la décréter ; rien ne peut l'imposer, ni le statut, ni l'autorité, ni le pouvoir. La confiance est le résultat d'un processus long où chacun s'observe et vérifie si les actes sont en accord avec le discours. La confiance entre le DS et le CSS constitue le socle nécessaire à une collaboration efficace.

Mettre l'être avant l'objet, unir sans uniformiser sont des principes sur lesquels le DS s'appuiera. Il doit reconnaître chaque collaborateur pour ce qu'il sait ou ce qu'il sait faire, et pour ce qu'il est en tant que personne.

Le DS manage les CSS au service du collectif. Il met tout en œuvre pour organiser une compétence collective.

« Pour changer ensemble et aller dans la même direction, il faut se rencontrer dans le respect de chacun »

Le directeur des soins s'attachera à faire en sorte que chacun se sente reconnu, responsable et impliqué et s'engage à apporter une contribution positive à la réalisation des objectifs communs.

3.2 Le directeur des soins accompagne...

Dans un contexte en perpétuelle évolution, la communication est un des leviers de la stratégie managériale du DS pour accompagner les acteurs dans le changement.

3.2.1 Il communique

Le DS met en place une politique de communication forte et volontariste.

Communiquer c'est créer du lien par l'intermédiaire de la parole. Cela signifie entrer dans un système d'interaction où le langage exerce un pouvoir « symbolique ».

Selon P.BOURDIEU, il peut «*transformer la vision du monde et, par-là l'action sur le monde, donc le monde* ». La considération de l'identité de chacun et la connaissance des fonctions passent par la communication. C'est un vecteur de reconnaissance professionnelle.

La communication participe à la recherche d'un équilibre relationnel qui favorise le dialogue, la concertation et le développement des individus. «*Elle est le recours nécessaire dont le management doit se saisir pour casser le cloisonnement hyper hiérarchisé de l'hôpital et développer les communautés d'intérêt nécessaires à la meilleure prise en charge des patients.*⁴²». La relation est marquée par les rôles sociaux joués par chaque acteur. L'hôpital étant une organisation hiérarchisée, des jeux de logique et de pouvoir s'y expriment. C'est dans les formes institutionnelles que l'on rencontre ce jeu de positions.

Communiquer, c'est défendre consciemment ou inconsciemment son identité propre. C'est un acte qui expose, c'est se montrer à autrui.

Une communication ouverte facilite la relation avec les acteurs et la relation avec le terrain. Elle repose sur une information de qualité.

L'information doit être un instrument de communication. Pour être de qualité, elle doit répondre à un besoin, s'adapter au niveau de responsabilité et aux préoccupations de ceux à qui elle s'adresse. Elle doit être courte et être présentée de manière attrayante. Elle doit être surtout très large et diversifiée car elle se rapporte à tous les domaines d'activité qui touchent l'encadrement. Pour cela elle doit être adaptée et permanente, elle doit être structurée et avoir du sens. En cela elle sera exigeante et demandera une grande disponibilité de la part du directeur des soins.

L'objectif du DS sera d'instaurer un climat de confiance et de communication ouverte. Il devra être vigilant à la cohérence et à la clarté des informations ; les messages flous étant source de suspicion, de doute et de malentendus.

Les CSS sont un maillon essentiel dans la circulation de l'information ascendante et descendante. En adoptant une ligne de conduite favorisant l'écoute et la circulation de l'information, le DS développera une réelle collaboration avec les CSS. Par son écoute active, il permet les échanges fructueux et accepte les différences d'opinions et d'approches. Cela suppose, de la part du DS, d'autoriser l'autre à s'exprimer librement et d'accepter les feed-backs négatifs. Ainsi, le DS peut prendre en compte la réalité du terrain lors de l'élaboration de projets en s'appuyant sur le retour d'informations.

⁴² ABBAD J. Op.cit p.95

Communiquer est un acte essentiel dans le management du directeur des soins car au-delà des clivages des filières et des spécialités, la coordination et la coopération en sont des axes majeurs. La communication et la participation renforcent la mobilisation. Elles tracent les voies d'une adhésion réelle au projet collectif.

La communication est un gage de responsabilisation.

3.2.2 Il responsabilise

La responsabilisation passe par la confiance. « *La confiance passe par la certitude que la personne va tout faire pour réussir, pas dans le fait qu'elle va réussir. Confiance dans l'être et pas dans le faire*⁴³ »

Il s'agit de reconnaître que chaque individu possède un potentiel d'évolution qui lui est propre. Le directeur des soins accordera une attention particulière à la communication des données pertinentes, au contexte de travail favorisant la prise d'initiatives adaptée dans le cadre d'un objectif bien défini.

Pour responsabiliser, le directeur des soins donne du sens.

La compréhension élargie du contexte dans lequel nous agissons et l'explication de nos intentions, permettent d'apporter du sens aux situations complexes. Clarifier ses intentions, c'est clarifier le sens de l'action.

Donner le sens de ce qui est fait, permettre aux soignants d'être auteurs, acteurs, de les reconnaître favorise l'autonomie. C'est dans cette dynamique que le DS s'inscrira. Le DS prendra de la hauteur et du recul pour aller à l'essentiel des choses et percevoir rapidement les enjeux d'une situation. Il favorisera ainsi le développement de ces capacités chez les CSS managers eux-mêmes.

Pour le manager communiquer son niveau d'exigence professionnel est un élément clé de la responsabilisation. En exprimant précisément son exigence, le directeur des soins forme l'encadrement à la responsabilité qui l'attend et permet une responsabilisation de l'ensemble des agents.

Le directeur des soins va aider les CSS à compléter leurs connaissances, et leur permettre de cultiver leurs compétences. Il élabore une stratégie visant à renforcer la professionnalisation par un partage d'expériences, un développement des échanges de pratiques en interne et en externe.

⁴³ MARTIN B., LIENHARDT V., JARROSSON B., *Oser la confiance*. Paris INSEP Editions 1996, p.121

Un des axes qu'il pourra envisager est l'accompagnement du nouveau CSS lors de sa prise de fonction. Cette démarche sera l'opportunité pour développer le professionnalisme du « CSS accompagnant » qui mobilisera ses capacités pédagogiques, de transmission de savoirs et d'informations et qui accompagnera sa nouvelle collègue vers l'autonomie. Cette démarche sera élaborée de façon collégiale. Elle devra préciser les différentes étapes retenues pour l'accompagnement dans la prise de fonction ; Quelle durée ? Quelles modalités ? Quels objectifs et quels moyens ? Quel contrôle ?

3.3 Le directeur des soins fédère...

Pour être au centre de la culture professionnelle, la coopération entre les acteurs doit se baser sur la reconnaissance du rôle propre replacé dans une vision d'ensemble du fonctionnement de l'institution.

3.3.1 Il mobilise et implique

La mobilisation passe par l'adhésion et l'acceptation par tous, du bien fondé de la vision du manager. Elle fait appel à la compétence et à la créativité des acteurs. Convaincre les professionnels de la nécessité d'évolution est un véritable challenge pour le manager. Pour ce faire, il doit lui-même être convaincu. De plus, il doit s'astreindre à l'exemplarité et à l'équilibre permanent entre son discours et ses actes dans l'action au quotidien. L'enjeu est de parvenir à une mobilisation volontaire des professionnels. Pour cela, il faut sans cesse réfléchir à « comment faire pour amener les professionnels à s'engager ? »

La mobilisation se construit également par la perception d'une valeur ajoutée de l'activité. Elle conditionne ainsi, le niveau d'engagement des professionnels dans un processus de changement. Il appartient donc au manager de fournir les informations en terme d'enjeux, de risques, de gains et de difficultés qu'il sera nécessaire de surmonter. En effet, les acteurs ont besoin d'une représentation claire des enjeux liés au changement pour s'engager. Ils pourront ainsi se projeter dans la situation future et dans les différentes étapes du processus pour y parvenir.

L'engagement pourra se faire en mobilisant la motivation des professionnels. Dans un environnement fait de turbulences et de pression, le DS crée un contexte qui favorise l'activation de la motivation interne de chacun.

La motivation profonde de l'individu réside dans trois domaines de désir. Chacun cherche à donner un sens à sa vie en se rapprochant de ses rêves, en ayant le désir de saisir les opportunités pour les concrétiser. Chacun a le désir de comprendre : comprendre quelles sont les dimensions de l'organisation à laquelle il participe, les valeurs, les stratégies, les objectifs poursuivis. Et enfin, chacun a le désir de développer ses compétences pour progresser vers ce qu'il souhaite être et devenir, il a le désir de grandir.

« *Le moteur de la performance individuelle se trouve donc dans la capacité de l'individu à se mobiliser et à trouver dans son travail des moyens pour combler ses désirs de comprendre, de grandir et de donner un sens à sa vie.* »⁴⁴. Les différentes études sociologiques menées en secteur hospitalier révèlent des facteurs essentiels qui cimentent l'action collective comme : apprendre, donner du sens à son travail, connaître et faire connaître sa contribution à la qualité du service rendu aux patients. Pour manager efficacement, le DS devra bien analyser les enjeux des acteurs et les facteurs dominants de motivation au travail.

3.3.2 Il recherche la cohésion

L'objectif du DS sera de renforcer la cohésion pour provoquer une dynamique plus forte autour du projet de soins et favoriser l'adhésion des professionnels et en particulier des CSS à la politique de soins. La cohésion du service de soins et la cohérence de ses acteurs prend appui sur son projet.

La politique de soins n'a de sens que si elle est partagée par tous les acteurs qui ont pour mission de l'appliquer au sein des services au bénéfice du patient. Ainsi, le directeur des soins doit impulser une véritable dynamique pour susciter l'adhésion et l'engagement des acteurs. Pour ce faire, il compte sur le soutien et l'action des cadres supérieurs qui le relayent dans sa politique sur le terrain.

Le projet de soins est un outil de management dont il dispose pour mettre en œuvre une telle démarche.

Le projet de soins est à élaborer avec l'ensemble des personnels concernés et à mettre en œuvre par une politique d'amélioration de la qualité⁴⁵. En donnant du sens aux actions quotidiennes des soignants, il permet de les fédérer autour d'objectifs réalistes. Il repose sur des valeurs professionnelles partagées, sur la prise en compte des évolutions

⁴⁴ STEINER B. Adoptez l'attitude coach. Soins cadres n°51 août 2004

⁴⁵ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, article 4

sociologiques de la population soignée et soignante. Face aux contraintes multiples (pour exemples : l'augmentation du niveau de dépendance des patients alors que les durées de séjour diminuent, l'hôpital devenu un lieu au niveau de risque de plus en plus élevé dans une société où le risque est inacceptable), les professionnels doivent s'adapter en permanence et avoir les moyens d'assumer pleinement leurs responsabilités.

En cohérence avec le projet d'établissement, le projet de soins est en interrelation permanente avec le projet médical. Sa mise en œuvre repose sur les aptitudes du directeur des soins à en faire un véritable outil managérial, référence commune dans tous les actes et stratégies comme étant « le dénominateur commun » de tous les professionnels.

Porté par les CSS et repris au quotidien par les cadres de proximité, il devra servir de fil conducteur et s'inscrire dans les projets de pôle.

Faire partager aux CSS une même vision des enjeux pour développer leurs capacités d'action collective est un axe de coopération incontournable dans le contexte de transversalité qui se développe avec les pôles. Le DS a un rôle stratégique déterminant. La coordination dans les pôles et entre les pôles vise à gérer les ruptures de logique et les incohérences qui se manifestent aux interfaces. Le risque majeur identifié dans les pôles est le risque d'une « balkanisation » : à vouloir décroïsonner et regrouper les activités, on recrée des entités cloisonnées sur un autre mode où les différences culturelles peuvent être fortes. Il s'agit pour le directeur des soins de mettre en cohérence les différentes logiques et de les coordonner autour de l'objectif institutionnel commun. Grâce à sa vision d'ensemble, sa connaissance des centres opérationnels et son appartenance au sommet stratégique, le directeur des soins possède une vision transversale de l'ensemble des domaines d'activité. Il sait décrypter les intérêts lui permettant ainsi de réduire les zones d'incertitudes en anticipant les comportements des différents acteurs.

C'est pourquoi, il est perçu par le personnel d'encadrement et de direction comme un « atout majeur » pour la conduite de mise en place du nouveau dispositif.

Le rôle fédérateur et modérateur du DS prend là tout son sens pour faire collaborer des logiques parfois opposées et mobiliser les professionnels vers un objectif unique.

3.4 Le directeur des soins précise les missions...

Le directeur des soins a comme collaborateurs directs les cadres supérieurs. Ce sont des professionnels à l'expérience confirmée, qui sont experts dans leur domaine. Ce sont des managers, ils encadrent et accompagnent les cadres de proximité.

Le répertoire des métiers le confirme dans cette définition « *coordonner et optimiser les prestations de soins et d'activités paramédicales d'un ensemble d'unités ou de services dans une optique de qualité en managant une équipe de cadres* »⁴⁶.

Acteurs déterminants de la mise en œuvre du projet d'établissement et plus spécifiquement du projet de soins, il est de la responsabilité de la direction et en particulier de la direction des soins de clarifier sa place dans l'institution.

Il s'agit donc pour le directeur des soins de manager des managers. Ce management suppose une définition claire des missions des cadres supérieurs.

3.4.1 Il clarifie les missions du CSS

Le management déconcentré par pôle et la contractualisation représentent l'occasion de redéfinir les rôles, les compétences de chacun et les complémentarités nécessaires.

Appréhender la fonction de cadre supérieur constitue donc pour le directeur des soins et les CSS une opportunité pour formaliser les compétences existantes et à envisager.

Selon Guy LE BOTERF « *la compétence requise est celle qui figure dans les référentiels de compétences. La compétence réelle est celle qui est construite par chaque personne* »⁴⁷. La compétence constitue la possibilité individuelle ou collective de construire, de mobiliser et d'appliquer des savoirs pertinents en réponse à une situation professionnelle donnée.

L'accréditation prône une « *démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel métier* »⁴⁸.

La définition de fonction constitue un référentiel dans lequel le CSS doit pouvoir se reconnaître.

⁴⁶ Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Editions ENSP, 2004

⁴⁷ LE BOTERF Guy., *De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Soins cadres* n°41 février 2002, p.21

⁴⁸ HAS Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation* septembre 2004

La production d'un tel «référentiel cadre supérieur », validé de façon collégiale, doit permettre au CSS de choisir une stratégie de positionnement et de reconnaissance dans l'institution comme un acteur à part entière. De plus, la participation à l'élaboration d'un tel document par les acteurs concernés, en facilitera son appropriation.

Le référentiel se veut être un outil indispensable pour clarifier la fonction, pour évaluer, gérer le développement des compétences. Il peut apporter une aide au recrutement. Il donne du sens pour l'acteur et pour l'établissement. Ce n'est pas un document figé. En effet, il doit être évolutif et tenir compte des évolutions d'organisation dans le cadre du projet d'établissement.

Il déclinera la fonction de cadre supérieur, précisera les missions relatives au poste occupé et définira les missions transversales qui pourront être confiées au CSS. Dans le cadre des pôles, il sera primordial de recueillir l'avis du corps médical. En effet, eu égard à la collaboration étroite entre le coordonnateur médical de pôle et le CSS, il est important de prendre en compte les attentes que le chef de pôle a de la fonction de CSS.

Le CSS pourra être amené à assurer une ou plusieurs missions transversales. Dans le cadre de cette délégation, le DS en précisera la définition. L'élaboration d'un cahier des charges relatif à chaque mission lui permettra de préciser les indicateurs relatifs au contrat à savoir : les objectifs, la planification, la durée, les moyens proposés et les résultats attendus. Par ailleurs, le cahier des charges devra définir les limites de la délégation en ce qui concerne l'autonomie laissée au délégataire dans l'exécution de sa mission ; en l'occurrence le CSS.

Cette délégation devra être suivie par le directeur des soins ; faire l'objet de temps de régulation et d'évaluation.

Nous retiendrons comme principe que : la confiance n'exclut pas le contrôle.

3.4.2 Il évalue

Il est communément admis que la qualité managériale de toute personne ayant une fonction d'encadrement, a un impact sur le fonctionnement des secteurs d'activité et sur la qualité du service rendu au patient.

La vision stratégique, la rapidité d'action, la responsabilisation, la capacité à faire partager un projet et à motiver les acteurs de l'entreprise sont reconnus comme étant des variables clés de succès pour toute organisation.

Comme le précise Jean ABBAD, « *La démarche d'évaluation procède d'une démarche constante et obligatoire au regard des objectifs de l'institution et des exigences de compétences qu'elle requiert.* »⁴⁹. Elle est un axe central du management.

Dans le cadre de ses missions, le directeur des soins est chargé de déterminer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. Cette mission répond aux recommandations de l'HAS: « *Tout responsable se doit d'évaluer la réalisation de sa mission en terme de résultats obtenus en fonction des objectifs fixés et de contrôler la mise en œuvre des organisations mises en place.* »⁵⁰

Le DS positionne l'évaluation comme un acte de responsabilité de l'encadrement. Cela suppose que les fonctions hiérarchiques et les responsabilités soient connues et reconnues des différents acteurs, que chacun soit prêt à se remettre en question par rapport à ses pratiques, à savoir reconnaître ses erreurs et à en tirer des leçons positives. Mais c'est aussi un mode privilégié de reconnaissance. A ce titre, le DS considérera l'évaluation comme un acte de valorisation. Ce sera un des moyens de reconnaître la contribution spécifique de chaque agent à la réalisation des objectifs du secteur d'activité et de l'institution et à l'amélioration de la performance collective.

La fonction d'évaluation demande de la part du directeur des soins de développer une culture spécifique de l'évaluation et de discerner les éléments d'appréciation pertinents, en regard de la taille et des différents secteurs d'activité. De plus, l'évaluation est dépendante de l'adhésion et de l'implication des professionnels. Il doit donc y avoir un engagement mutuel, une contractualisation entre l'évaluateur et l'évalué en termes de résultats attendus et de moyens à mettre en œuvre.

C'est, pour le DS, un temps fort dans l'accompagnement de ses collaborateurs.

Cependant, l'évaluation des CSS ne pourra pas se limiter à une notation et à une appréciation. Certes dans le cadre réglementaire institutionnel, l'évaluation des cadres supérieurs compte les mêmes critères que tout autre cadre et ne tient donc pas compte des compétences spécifiques et des potentiels des cadres supérieurs.

⁴⁹ ABBAD J. Op.cit p.341

⁵⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'auto diagnostic des pratiques de management en établissement de santé.* Janvier 2005

Le DS pourra s'appuyer sur le « référentiel CSS » pour poser des bases solides à l'évaluation du cadre supérieur.

L'évaluation des cadres supérieurs doit être envisagée comme un processus dynamique qui vise à la progression, au maintien et au renforcement de la motivation, à la reconnaissance et au développement des compétences.

Il est important que les CSS adhèrent à la démarche d'une part pour eux mêmes, d'autre part pour l'utiliser avec l'encadrement de proximité qu'ils auront à évaluer. Le contrôle est un facteur d'équilibre, et un guide dans l'accompagnement de l'autonomie.

CONCLUSION

Les établissements de santé connaissent aujourd'hui d'importantes évolutions tant dans leurs modes de gestion que dans leur management interne. La gestion en pôle d'activité est une organisation innovante et ambitieuse. Elle modifie le mode de prise en charge du patient en le plaçant au cœur du dispositif de soins. Elle doit permettre d'harmoniser la prise en charge des patients et d'assurer la continuité, la coordination et la qualité des soins.

Cette organisation innovante a pour objectif de responsabiliser les professionnels et de les impliquer dans l'acte de gestion. La contractualisation interne constitue la pierre angulaire du pôle qui est la nouvelle entité organisationnelle et fait émerger la notion de subsidiarité. Bien que la déconcentration de gestion confère aux professionnels des pôles une responsabilité plus marquée dans la gestion, elle n'est pas pour autant synonyme de transfert d'autorité.

Dans ce contexte de mouvance, les rôles se trouvent modifiés. Les mutations en cours ne sont pas sans influence sur le positionnement des acteurs. En effet, passer d'une organisation centralisée et verticale à une organisation horizontale et une décentralisation entraîne une perte des repères habituels.

Le rôle du directeur des soins apparaît essentiel tant au point de vue de l'organisation que de la stratégie managériale. Sa fonction évolue vers un rôle de coordination, d'expertise et de conseil tant auprès de la direction de l'établissement qu'au niveau des pôles et de l'encadrement.

L'accompagnement des CSS est un axe majeur de la stratégie managériale du directeur des soins. Mais pour autant la fonction de DS ne se limite pas à cet axe. Nous avons fait le choix de limiter le périmètre de notre recherche à l'accompagnement de l'encadrement supérieur. Il nous apparaît primordial que le directeur des soins accompagne l'encadrement compte tenu des changements qui s'opèrent dans les établissements.

Comme le montre notre étude, les cadres supérieurs ont un rôle essentiel à jouer dans le nouveau schéma organisationnel des établissements. Ils sont amenés à prendre de nouvelles responsabilités. En tant que porteurs des projets de l'institution, et plus particulièrement du projet de soins, les CSS participent à la réussite du changement et à l'amélioration continue de la qualité du service rendu au patient.

Le métier de CSS évolue vers une plus grande autonomie et nécessite des capacités d'adaptation et de négociation et un positionnement fort. Il nous paraît primordial que le directeur des soins prépare l'encadrement aux changements de l'hôpital, qu'il l'accompagne et l'aide à penser et à faire vivre de nouveaux modes d'organisation sur le terrain.

Notre expérience professionnelle, nos stages durant la formation à l'école nationale de santé publique et les nombreux échanges avec nos collègues de promotion, confirment l'importance d'un positionnement affirmé du directeur des soins dans la structure devant faciliter celui de ses subordonnés.

Notre travail nous a permis de réfléchir à notre future fonction dans une équipe de directeurs des soins de CHU. Le soin est au cœur des métiers à l'hôpital. L'ensemble des professionnels sont mobilisés pour apporter la meilleure réponse possible aux besoins des personnes soignées. Cette mission ne peut s'exercer que dans une complémentarité et une collaboration avec les acteurs hospitaliers. C'est un véritable enjeu pour le directeur des soins que de mobiliser les professionnels dans cette dynamique. Promouvoir le professionnalisme et la responsabilisation de l'encadrement est un des axes de management qui reste un objectif constant du DS.

« Ce qui compte c'est d'être vrai et alors tout s'inscrit : l'humanité et la simplicité. »

Albert CAMUS

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1991 – Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
Journal officiel de la République Française, 2 août 1991

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1996 – Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hôpital public et privé
Journal officiel de la République Française n° 98, 25 avril 1996

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 – Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,
Journal officiel de la République Française, 3 mai 2005

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1962 – Décret n°62-132 du 2 mars 1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1969 – Décret n°69-281 du 24 mars 1969 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics,
Journal officiel de la République Française, 30 mars 1969

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1988 – Décret n°88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière,
Journal officiel de la République Française, 1er décembre 1988

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1989 – Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n°94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière,
Journal officiel de la République Française, 20 octobre 1994

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1991 – Décret n°91-1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2002 – Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière,
Journal officiel de la République Française, 23 avril 2002

Arrêté n°89-538 du 3 août 1989 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière, modifiant le décret n°88-1077 du 30 novembre 1988

Circulaire DH n°30 du 20 février 1990 portant missions et rôle des personnels infirmiers surveillants et surveillants chefs de la fonction publique hospitalière

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, – Direction des hôpitaux
Nomenclature des emplois-types de l'hôpital. Editions ENSP, Rennes 1990

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, – Direction des hôpitaux
Guide du service de soins infirmiers n°3 Terminologie des soins infirmiers, série soins infirmiers année 1986

OUVRAGES

- ABBAD J.** *Organisation et management hospitalier*, Editions Berger-Levrault Paris 2001
- ALLARD-POESI F.** *Management d'équipe*. Editions Dunod Paris 2003
- CROZIER M., FRIEDBERG E.** *L'acteur et le système*. Editions du Seuil 1977
- DUBRULE P., PELISSON G.** *Le plus management âme de leader, esprit de manager* Editions Maxima
- FRIEDBERG E.** *L'analyse sociologique des organisations*, revue Pour, n°28, Paris L'HARMATTAN, 1988
- GENELOT D.** *Manager dans la complexité*, INSEP Consulting éditions
- GONNET F.** *L'hôpital en question(s)*. Paris : Lamarre, 1992
- HART J., LUCAS S.** *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris Lamarre 2002
- JAHAN P.** *Les cahiers de l'AFDS N°2, 1^{er} semestre 2004*
- KENNEDY C.** *Toutes les théories du management*. Editions Maxima, Laurent du Mesnil Maxima
- LAYOLE G.** *100 mots pour résister aux sortilèges du management* . Editions Le Seuil 2005
- MARTIN B., LIENHARDT V., JARROSSON B.** *Oser la confiance*. Paris INSEP Editions 1996
- MINTZBERG H.** *Structure et dynamique des organisations*. Paris Editions d'organisation, 1993
- MULLER JL., MINNAERT MF.** *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*. Editions Masson
- SAINSAULIEU R.** *L'identité au travail*, Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques, 2ème édition 1985
- VINCENT CP.** *Du paradoxe à la contradiction. Pour une nouvelle approche du management*. Editions ESF

ARTICLES

- ANATOLE TOUZET V.**, La gouvernance: compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ? *Revue hospitalière de France n°498 mai juin 2004*
- BEAUDET POUPLIER A.**, Ethique de management à l'hôpital, *Gestions hospitalières n°430 novembre 2003*
- BRIDENE M., GAURIER P., HUGUES M.**, Cadre supérieur hospitalier : métier et position, *Soins cadres n°35 3ème trimestre 2000*
- CADET D.**, La place des cadres supérieurs au sein du service de soins, *Objectif soins n°134 mars 2005*
- CREMADEZ M.**, Evolution de la gouvernance: un enjeu capital pour l'hôpital, *Gestions hospitalières n°430 novembre 2003*

- COUDRAY MA., BARHES R.**, Le management hospitalier à la croisée des chemins, *Gestions hospitalières janvier 2006*
- DEFORGES JC.**, La transversalité en question, *Gestions hospitalières juin juillet 2004*
- DELPLANQUE R.**, Transformations culturelles et régulation sociale à l'hôpital, *Gestions hospitalières, avril 2006*
- LE BOTERF G.**, Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité. *Gestions hospitalières, décembre 2005*
- LE BOTERF G.**, De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins cadres n°41 février 2002*
- LUCAS S.**, Les enjeux des ressources humaines dans le management. *Revue hospitalière de France n°498 mai juin 2004*
- LUTZ S.**, Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité:quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ? *CEDREA les cahiers de l'étude des dynamiques sociales et de la recherche action 7 avril 2006*
- MONCHATRE S.**, Les nouvelles tendances du management. *Problèmes économiques n° 2873*
- MONTAGNON M.**, Pour une légitimité d'une direction des soins. *Objectif soins n°140 novembre 2005*
- PICHON N.**, Acteurs de santé : être reconnus et savoir communiquer. *Gestions hospitalières, décembre 2005*
- RAVELO DE TOVAR A., GUIDT M.**, Le pilotage des missions des établissements publics de santé, *Gestions hospitalières janvier 2006*
- SANJULLIAN M.**, La nouvelle gouvernance et le cadre supérieur, *Objectif soins n°142 janvier 2006*
- SONNTAG M., VAUDELIN JP.**, La compétence collective. *Gestions hospitalières, avril 2006*
- STEINER B.**, Adoptez l'attitude coach. *Soins cadres n°51 août 2004*

AUTRES PUBLICATIONS

- HAUTE AUTORITE DE SANTE**, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation* septembre 2004
- HAUTE AUTORITE DE SANTE**, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles. *Guide pour l'auto diagnostic des pratiques de management en établissement de santé.* Janvier 2005
- NOMENCLATURE DES EMPLOIS TYPE de l'hôpital**, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Direction des Hôpitaux, Editions ENSP Rennes 1990
- REPertoire DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE**, Editions ENSP, 2004

COURS

SCHWEYER FX. *Cours de sociologie de l'organisation hospitalière*, Département LAPSS
ENSP février 2006

MÉMOIRES

CHASTAGNOL N. *Pôles d'activité et contractualisation interne : un enjeu managérial pour le directeur des soins*. Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2004

CLOAGUEN E. *L'évolution du management des cadres infirmiers supérieurs : un enjeu pour le service de soins infirmiers*. Mémoire d'Infirmier Général: E.N.S.P, 2001

CIPICIANI I. *Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : l'engagement du directeur des soins*. Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2005.

DESPLAT CASTANIE F. *Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ?* Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2004.

DUCRET B. *Directeur des soins et cadres de santé: collaborer entre «bonne distance et juste proximité »* Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2005.

JUILLARD FOURNIER N. *L'hôpital organisé en pôles d'activité : perspectives et enjeux pour le directeur des soins*. Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2002.

Liste des annexes

ANNEXE 1 Grille d'entretien des cadres supérieurs

ANNEXE 2 Grille d'entretien des directeurs de soins

ANNEXE 3 Grille d'entretien des médecins et des directeurs

ANNEXE 1

Grille d'entretien des cadres supérieurs

Bonjour, je suis Anne CORBIAT, directeur des soins en formation à l'ENSP. Dans le cadre d'un mémoire professionnel, je mène une recherche sur l'incidence des nouvelles réformes hospitalières (nouvelle gouvernance, pôles d'activité) sur le champ d'activité et les responsabilités des cadres supérieurs.

Cet entretien sera mené dans la garantie de l'anonymat et le respect de la confidentialité et sera enregistré pour les besoins de l'exploitation des données.

Pouvez vous vous présenter ?

- Votre cursus
- Votre ancienneté dans la structure et dans le grade de CSS
- Le poste que vous occupez

Selon vous, quelles sont les incidences de l'organisation en pôle sur votre fonction ?

- Votre rôle dans le pôle
- Votre place dans la structure
- Vos relations avec les médecins et l'encadrement, avec la direction
- Vos responsabilités

Avez vous des missions définies et sous quelle forme ?

Quel type de collaboration avez vous avec le directeur des soins ?

- quelles sont vos attentes ?

Selon vous, être CSS de pôle a quelle plus value ?

Pensez-vous qu'il y ait des compétences spécifiques à avoir ou à développer pour être CSS de pôle ?

ANNEXE 2

Grille d'entretien des directeurs de soins

Bonjour, je suis Anne CORBIAT, directeur des soins en formation à l'ENSP. Dans le cadre d'un mémoire professionnel, je mène une recherche sur l'incidence des nouvelles réformes hospitalières (nouvelle gouvernance, pôles d'activité) sur le champ d'activité et les responsabilités des cadres supérieurs.

Cet entretien sera mené dans la garantie de l'anonymat et le respect de la confidentialité et sera enregistré pour les besoins de l'exploitation des données.

Quelles sont les incidences de l'organisation en pôle sur le rôle et les responsabilités des CSS ?

Quelle place a le CSS dans le nouveau dispositif ?

- Définition de leur fonction
- Délégation de missions transversales
- Evaluation des compétences

Comment concevez-vous votre fonction dans le cadre de la mise en place des pôles ?

Dans la pratique comment fonctionnez-vous avec le CSS de pôle ?

Quelles sont les compétences que vous attendez chez un CSS de pôle ?

Comment concevez-vous la collaboration du DS avec les CSS de pôle ?

Quelle plus value cette organisation apporte t-elle aux CSS et à l'institution ?

ANNEXE 3

Grille d'entretien des médecins et des directeurs

Bonjour, je suis Anne CORBIAT, directeur des soins en formation à l'ENSP. Dans le cadre d'un mémoire professionnel, je mène une recherche sur l'incidence des nouvelles réformes hospitalières (nouvelle gouvernance, pôles d'activité) sur le champ d'activité et les responsabilités des cadres supérieurs.

Cet entretien sera mené dans la garantie de l'anonymat et le respect de la confidentialité.

Selon vous, quelles sont les incidences de l'organisation en pôle sur le rôle et les responsabilités des CSS ?

- Leur place dans la structure
- Leurs responsabilités
- Les relations avec les médecins et l'encadrement, avec la direction
- La place et le rôle des directeurs de soins

Quelle plus value cette organisation apporte t-elle aux CSS et à l'institution ?

Comment concevez-vous votre collaboration avec les CSS de pôle et avec le directeur des soins ?

Pensez-vous qu'il y ait des compétences spécifiques à avoir ou à développer pour être CSS de pôle ?