



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**Cadres supérieurs de santé et pôles
d'activités : enjeu managérial pour le
directeur des soins dans ces
changements.**

Isabelle TABYAOU

Remerciements

Le doute a toujours du bon, surtout lorsque l'on en est certain.

Je voudrais remercier tous ceux qui de très près ou de plus loin ont été à mes côtés dans cette formation.

S'il était un mot pour qualifier ce chemin parcouru en 9 mois, il serait « une gestation ».

Gestation au sens de la maturation progressive d'une identité professionnelle qui ne demandera qu'à grandir, au sens d'un processus, d'un cheminement certes jalonné de joies et de difficultés, mais qui m'a conforté dans mon désir d'être directeur de soins. Cela m'a permis en plus d'entrevoir quel directeur de soins j'avais envie d'être !

Ce chemin n'aurait pu être parcouru sans les précieux conseils et encouragements de notre directeur de filière, Mr Pourrière, de notre tuteur de positionnement Mme Savinel, des enseignants de l'ENSP, de nos maîtres de stage... Je souhaite adresser toute ma gratitude à la responsable du Module mémoire, Mme Roginski, qui a su au moment opportun, m'aider à clarifier ma pensée et à faire coïncider ma réflexion avec les exigences méthodologiques de ce mémoire.

Un immense merci à mon époux, qui a su m'encourager, me faire confiance et me donner l'amour dont j'avais besoin. A Sarah, Agathe, Ismaël mes enfants adorés, qui ont su s'adapter à mes départs, mes retours... A ma mère, qui a assumé le quotidien familial en mon absence.

A Catherine, Nadine, Gilbert et bien d'autres encore avec qui nous avons trouvé les moyens pour vivre au mieux les bons et les moins bons moments.

Sommaire

Introduction	1
1 L'hôpital : Un malade chronique ? Un nouveau traitement : des ordonnances... pour les acteurs ! Esquisse d'un immense chantier.	5
1.1 Histoire de la maladie	5
1.1.1 Un faisceau de symptômes.....	5
1.1.2 Des tentatives de traitements.....	9
1.1.3 Mais des récurrences...notamment avec les 35h.	11
1.2 Des prescriptions... légales ! Une bonne dose de changements.	12
1.2.1 Le plan hôpital 2007 : le nouveau cadre « thérapeutique ».	12
1.2.2 Un traitement de fond...la nouvelle gouvernance.	13
1.2.3 L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 : zoom sur la prescription.....	14
1.2.4 Effets secondaires chez les acteurs et notamment chez les cadres	18
1.2.5 Et le directeur des soins ... des principes actifs.....	20
1.3 Un immense chantier : des changements organisationnels, relationnels, managériaux ...Un des maître d'œuvre : Le DS.	21
1.3.1 Les changements à l'hôpital : contraintes mais opportunités !.....	21
1.3.2 D'une nouvelle architecture organisationnelle naît la nécessité de repenser les modes de management : une œuvre humaine.....	22
1.3.3 Coopération et compétence collective : les fondations d'une réussite !	25
1.3.4 Un des maîtres d'œuvre : le directeur des soins.....	27
2 La réalité du terrain	29
2.1 La méthodologie utilisée	29
2.1.1 Le choix du terrain d'enquête	29
2.1.2 Le terrain de l'enquête.....	30
2.1.3 Les méthodes de recueil des données	31
2.1.4 Le profil des personnes interrogées.....	32
2.1.5 Le traitement des données	33
2.1.6 Les limites et les points forts de l'étude	33
2.2 Résultats et Analyse	34
2.2.1 De l'identification de ces changements par les acteurs.....	34
2.2.2 A leurs vécus	39
2.2.3 En passant par des attentes et des attendus	45

2.2.4	Pour formuler des besoins.....	47
2.2.5	Mise en perspective des hypothèses aux vus des résultats.....	48
3	De la nécessité du changement à son appropriation : une question de stratégie... managériale du DS, ce facilitateur !.....	51
3.1	Le DS, Un Manager :.....	51
3.1.1	Qui a une force de conviction et qui est un leader.....	51
3.1.2	Qui a une capacité à mobiliser les enseignements du passé pour envisager l'avenir.....	52
3.1.3	Qui mobilise les acteurs autour d'un intérêt à agir.....	53
3.1.4	Qui a le souci du sens : un traducteur et un co-acteur de signifiant.....	53
3.1.5	Qui prend soin de l'éthique.....	53
3.2	Qui développe un management coopératif centré sur la compétence collective.....	54
3.2.1	En encourageant l'émergence d'une logique médico-soignante : une affaire de pédagogie.....	55
3.2.2	En coordonnant la transversalité au service de la cohérence et de la cohésion.....	56
3.2.3	En développant une stratégie managériale qui vise la compétence collective. ...	57
3.2.4	En soignant la confiance.....	57
3.3	Le DS : un accompagnateur, un facilitateur qui aide à la décision et au positionnement.....	58
3.3.1	En clarifiant les attendus en terme de missions et de compétences.....	58
3.3.2	En contribuant à la gestion des compétences, à leur développement notamment par la professionnalisation.....	58
3.3.3	En mettant en place un dispositif de soutien facilitant leur positionnement et la prise de décision.....	59
3.4	Qui a une position et un rôle légitimes, amenés à évoluer.....	59
3.4.1	Dans la stratégie et la décision.....	59
3.4.2	Dans le conseil.....	60
3.4.3	Dans le management.....	60
3.4.4	Dans l'évaluation et le contrôle.....	60
3.4.5	Mais qui a des opportunités au service de sa légitimité.....	61
	Conclusion.....	63
	Bibliographie.....	65
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CA : Conseil d'Administration
CET : Compte Epargne Temps
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPOM : Contrat Pluri annuels d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DRH : Directeur des Ressources Humaines
DS : Directeur des Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS : Haute Autorité de Santé
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PIB : Produit Intérieur Brut
PMSI : Programme Médicalisé des Système d'informations
RTT: Réduction du Temps de Travail
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2a : Tarification à l'Activité

Introduction

L'hôpital traverse une crise depuis de nombreuses années qui touche à la fois ses acteurs, son organisation, ses modes de gestion et son financement. Les pouvoirs publics ont pourtant tenté d'endiguer les maux qui le rongent par des réformes successives. Mais les résultats n'ont pas toujours été à la hauteur des attentes parce que l'hôpital est un système complexe où interfèrent des pouvoirs et des logiques tout aussi multiples qu'hétérogènes, parce qu'il est fondé sur un mode d'organisation bureaucratique qui n'est peut être plus aujourd'hui adapté aux évolutions nécessaires, parce que les changements précédents ont parfois manqué de sens pour les acteurs. Toutefois si l'hôpital aujourd'hui veut continuer de répondre à ses missions, il doit nécessairement s'adapter. D'ailleurs, le changement est contemporain des organisations. Il est une nécessité vitale pour qu'elles survivent dans un monde mouvant où adaptabilité, efficience et qualité sont les maîtres mots. La santé n'échappe donc pas à ces considérations.

Pour tenter de sortir durablement l'hôpital des impasses dans lesquelles il se trouve, le gouvernement met alors en œuvre fin 2002 un nouveau plan. Ce plan appelé « Plan hôpital 2007 » a pour ambition de passer un pacte de modernité avec l'hôpital. Il porte en lui les embryons d'une révolution conceptuelle. L'hôpital qui était jusqu'alors administré doit être aujourd'hui géré, au sens où la volonté d'impliquer les acteurs dans les instances stratégiques de l'hôpital est réelle, pour mieux les responsabiliser. La réforme budgétaire, premier volet du plan introduit une inversion de logique dans la gestion financière de l'hôpital. Jusqu'alors sous dotation globale, l'hôpital avait finalement peu à se soucier de son budget et de son activité. Aujourd'hui, le budget de l'hôpital dépend essentiellement de l'activité qu'il génère, les recettes devant faire l'objet d'une estimation prévisionnelle pour servir de base aux dépenses à envisager. Cette logique s'apparente par certains aspects à une logique d'entreprise qui rompt radicalement avec la culture traditionnelle de l'hôpital public voire même par certains égards a pu faire craindre la perte de l'hôpital public. Puis ce plan prévoit la mise en œuvre de ce qu'il a nommé « La nouvelle gouvernance ». Elle a pour ambition première de décroiser l'organisation interne de l'hôpital tout en la simplifiant pour lutter contre les rigidités et la balkanisation décrite par René COUANAU en mars 2003 dans son rapport intitulé « *Le désenchantement hospitalier* ». Il est alors préconisé de créer des pôles d'activités. Elle introduit aussi la contractualisation interne et la délégation de gestion comme nouveaux modes de gestion et de relations à l'hôpital. Cette architecture nouvelle de l'organisation, couplée à des modalités relationnelles repensées impactent chacun des acteurs et notamment les cadres supérieurs. En effet, ces changements questionnent les pouvoirs établis, le jeu des acteurs, fragilisant ou renforçant leur positionnement, leur zone d'autonomie. Ils

redistribuent les responsabilités et imposent de redéfinir les missions, les rôles et fonctions. Ils interpellent les compétences en présence et invitent à les faire évoluer. Même si les réalités professionnelles sont multiples et plurielles, nous avons pu voir beaucoup d'interrogations autour de cette réforme, des résistances à un changement dont certains ne perçoivent pas toujours les bénéfices. Nous avons pu identifier parfois des difficultés notamment au niveau de l'encadrement supérieur pour assumer ces nouvelles prérogatives. Membres de la triade en responsabilité du pôle, les cadres supérieurs de santé (CSS)¹ sont devenus des acteurs déterminants appelés notamment à développer et utiliser des outils de pilotage et de gestion dont certains ne maîtrisent ni la méthodologie, ni les clés de lecture pour rendre leur usage pertinent. Nous avons rencontré des CSS inquiets par ce rôle nouveau, dont les contours restent à redéfinir. Nous ne pouvons que constater dans les exemples vécus antérieurement, au gré des échanges avec des collègues, des collaborateurs, des stages et des débats en formation, que ces changements génèrent des remises en questions parfois douloureuses chez certains professionnels dont la contribution doit alors se gagner. Les organisations, elles mêmes, tardent souvent à se transformer, les zones d'influence se renégocient fortement et certains découpages en pôles ressemblent étrangement aux organisations antérieures, n'inscrivant pas suffisamment dans la structure même, les nécessités d'évolutions.

En tant que futur directeur des soins, nous nous interrogeons sur ces changements et sur la manière de les accompagner tant dans les évolutions culturelles que managériales.

Le directeur des soins (DS)² responsable de l'organisation des soins doit développer une stratégie managériale visant à accompagner les CSS dans cette nouvelle organisation. L'hôpital a besoin des CSS compétents, performants, bien positionnés pour réussir ce défi. Il est essentiel que le DS s'intéresse au vécu que les CSS ont de ces changements, qu'il identifie les phénomènes en jeu dans ces évolutions, le sens donné à ces évolutions, les craintes qui y sont associées, les besoins nouveaux qui émergent pour mieux définir sa stratégie et l'adapter. Il est lui-même concerné d'ailleurs par ces évolutions, questionné dans sa posture professionnelle et son rôle. Ces constats nous ont amené à envisager la problématique suivante :

En quoi le directeur des soins peut-il contribuer à accompagner les cadres supérieurs dans les changements inhérents à l'organisation en pôles d'activités?

¹ Lire partout Cadre Supérieur de Santé

² Lire partout Directeur des soins

Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- Les missions et les compétences attendues pour les cadres supérieurs responsables de pôle impliquent qu'ils soient formés.
- La redistribution des responsabilités, du fait de cette nouvelle organisation en pôles d'activités, nécessite de clarifier le rôle des cadres supérieurs de pôle.
- Le management du DS influence le positionnement des cadres supérieurs de pôle et leurs capacités à innover.

La première partie de ce travail abordera, à partir des données bibliographiques et des réflexions tirées de notre expérience professionnelle, les récentes évolutions du monde hospitalier, leurs enjeux et leurs conséquences pour les acteurs. Nous nous attacherons à mettre ces changements en perspective de l'évolution socio-historique du monde de la santé.

Puis nous envisagerons dans une deuxième partie la restitution de l'enquête de terrain, réalisée auprès de professionnels de deux centres hospitaliers concernés par la récente réforme et une analyse de ses contenus. Cette enquête a été menée sous forme d'entretiens semi directifs qui visaient in fine à infirmer ou confirmer nos hypothèses. Les éléments issus de cette analyse seront riches d'enseignements pour notre futur professionnel.

Enfin, la troisième partie nous permettra d'envisager un ensemble de réflexions et de propositions d'actions émanant de cette recherche et dans l'optique de nous préparer à notre proche réalité : celle de la prise de fonction.

1 L'hôpital : Un malade chronique ? Un nouveau traitement : des ordonnances... pour les acteurs ! Esquisse d'un immense chantier.

1.1 Histoire de la maladie...

1.1.1 Un faisceau de symptômes...

« Quand quelque chose ne va pas dans une institution, la première manifestation se traduit par un symptôme. »³

L'histoire de l'hôpital et des différentes réformes qui l'ont marqué montre une recherche constante de solutions et/ou de mécanismes d'adaptation d'une entité, rattrapée par ses missions et qui fini par souffrir elle-même. Ces difficultés d'adaptation se traduisent notamment par des insatisfactions, un malaise chez les acteurs, mais aussi par une crise financière et organisationnelle.

☞ **Un malaise chez les acteurs.**

Traditionnellement, l'engagement dans une profession de santé, au-delà de l'intérêt pour le métier qu'il suppose, traduit une forme de dévouement pour son prochain que l'on nomme la vocation. Depuis quelques années déjà, cette vocation n'est plus si évidente, émaillée par des contraintes majeures et un quotidien parfois difficile. Le rapport « Couanau »⁴ explique le mal-être des soignants, à partir de 3 arguments majeurs :

- ☞ Une augmentation croissante de la charge en soins.
- ☞ Le manque de temps dans leur pratique quotidienne pour s'occuper des patients.
- ☞ Un manque récurrent d'effectifs.

En outre, la reconnaissance du travail accompli à l'hôpital manque d'être valorisée. Dans ce contexte déjà à flux tendus, les capacités d'adaptation des personnels sont très souvent sollicitées afin de répondre aux évolutions constantes des prises en charge, tant du point de vue des progrès technologiques et/ou thérapeutiques, que de celui des

³ PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions Liaisons, p 57.

⁴ COUANAU R., mars 2003, *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*.

organisations, des normes, que des attendus des patients. Les idéaux qui alimentent leurs motivations tels que celui résumé dans l'aphorisme populaire : « *La santé n'a pas de prix* » se trouvent ébranlés par une réalité financière difficile et des conditions de travail dégradées. Désormais, « *La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût.* »

« *Les gestionnaires des établissements de santé sont découragés par les lourdeurs qu'ils affrontent tous les jours.* »⁵ Eux aussi sont lassés par les contraintes qui pèsent sur leur pouvoir de décision et de réaction. Tous ces éléments influent de manière péjorative sur le moral des acteurs de l'hôpital et incitent à de nécessaires évolutions.

☞ **Une crise démographique.**

Le rapport de Y. Berland sur la « *Démographie des professions de santé* » montre une baisse constante du nombre de médecins en dépit d'une augmentation du *numerus clausus* ces dernières années. Si la moyenne d'âge des praticiens en activité est aujourd'hui de 46 ans, elle sera de 50 ans en 2011.⁶ Ceci présage de départs massifs à la retraite dans les prochaines décennies. Cette profession qui s'est largement féminisée connaît de surcroît de fortes variations dans sa répartition géographique et une pénurie dans certaines spécialités médicales. Le manque de médecins et plus généralement de professionnels de santé impose de repenser globalement l'offre de soins sur le territoire, les modalités de prises en charge, mais aussi de revoir les organisations, les champs de compétences pour initier des complémentarités et des transferts.

☞ **Des organisations cloisonnées.**

Au contexte précédemment décrit vient s'ajouter le cloisonnement des organisations en interne. L'hôpital est constitué de multiples sous ensembles que l'on appelle les services. Le service est fondé sur la spécialité médicale, ce qui ne facilite pas toujours une vision transversale de la prise en charge. Le mode de fonctionnement du service manque parfois d'une prise en compte de l'intérêt collectif, tant du point de vue des ressources, que du point de vue des décisions. Les évolutions technologiques ainsi que celles des modalités de prise en charge imposent de repenser les organisations pour y introduire plus de flexibilité et de cohérence. Il faut désormais mutualiser.

⁵ Discours de Mr Jean François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Agées, intitulé « *Hôpital 2007- Un pacte de modernité avec l'hospitalisation.* » Mercredi 20 novembre 2002.

⁶ Données extraites du Rapport Berland sur « la Démographie des Professions de Santé », décembre 2002.

☞ **La bureaucratie, un modèle d'organisation dépassé ?**

Bien que ce mode d'organisation ait eu son heure de gloire, assorti d'une vertu et d'une légitimité incontestables, il montre aujourd'hui ses limites devant les enjeux auxquels l'hôpital doit faire face. La bureaucratie désigne pour M. Weber⁷, une organisation caractérisée par des procédures, la division des responsabilités, une forte hiérarchie et des relations impersonnelles. Elle repose essentiellement pour Henry Mintzberg⁸ sur les qualifications et le savoir des opérateurs professionnels, donc sur un pouvoir fondé sur la compétence qui garantit une autonomie importante chez les acteurs concernés et qui n'impose pas de facto la collaboration. Elle traduit néanmoins des liens de subordination très forts dans une relation hiérarchique verticale et cloisonnée et une segmentation du travail qui n'incitent pas toujours à la responsabilisation et à la mutualisation. Ce mode d'organisation ne semble plus adapté aux nécessités de pluridisciplinarité et de transversalité dans les prises en charges aujourd'hui.

☞ **Une multiplicité de pouvoirs.**

L'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique stipule que « *Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* ». L'autorité du directeur de l'établissement est limitée dans ce contexte légal et son pouvoir restreint face à une communauté médicale puissante, jouissant d'une aura importante et souvent éloignée des considérations gestionnaires, qui ne constituent pas, il faut bien l'avouer le cœur de son métier. De plus, les rapports à l'intérieur de l'hôpital basés essentiellement sur une reconnaissance liée à la compétence, ne facilitent pas la légitimité du directeur qui lui, appartient au corps administratif. A ces 2 pouvoirs vient s'ajouter le pouvoir infirmier qui s'est affirmé au gré du temps. Il trouve d'ailleurs sa concrétisation légale, par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dans son article L 714-26, qui crée le service infirmier dont la direction est confiée à l'infirmier(ère) générale, membre de l'équipe de direction.

Tous ces pouvoirs coexistent, se confrontent et parfois s'affrontent, créant des hiérarchies parallèles, alimentant des logiques diverses, peu favorables à un pilotage concerté de

⁷ FRIEDBERG E., 1988, L'analyse sociologique des organisations, Revue POUR n°28, Paris.

⁸ MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Editions d'organisation.

l'institution et à la coopération entre acteurs. Dans ce contexte, il est difficile de voir se développer un sentiment d'appartenance à l'hôpital.

☞ ***Des finances en péril !***

Les tentatives successives de redressement des finances de l'hôpital n'ont pas produits les effets escomptés. Les dépenses en matière de santé ne cessent de croître et les budgets hospitaliers d'être contraints. Ce hiatus financier d'abord conjoncturel se transforme vite en un déficit structurel qui menace certains hôpitaux dans leurs capacités à évoluer sous la nécessité technologique. De plus, la normalisation exponentielle des procédures génère des dépenses massives tant en investissement qu'en personnel, sans être toujours assortie des crédits nécessaires. En 2005, la France consacre 10,6 % du PIB⁹ aux dépenses de santé contre 9,5% en 1995.¹⁰

☞ ***Un recours massif aux soins et des exigences accrues des usagers.***

La relation à la santé, à la maladie et au bien être a évolué dans la société. Les patients devenus des usagers font appel plus facilement à l'hôpital, parce que pratique par le plateau technique qu'il offre, parce qu'accessible 24h sur 24h...L'engorgement des services d'urgence est une réalité presque quotidienne à laquelle les difficultés d'organisation de la permanence des soins de ville ne sont pas étrangères. Enfin, les usagers ne veulent plus être « objet de soin » mais « sujet de soin ». Ils revendiquent un droit à savoir, à consentir et à choisir, qui est parfois perçu par les professionnels comme une exigence plus ou moins légitime. « *Le savoir professionnel est interpellé par un malade qui devient acteur et qui interroge le sens des fonctions soignantes* »¹¹

☞ ***Une complexité accrue du système productif.***

« *Le malaise hospitalier ne s'explique pas seulement par l'évolution des contraintes ou de la pression sociale, mais aussi par une profonde mutation du système productif lui-même.* »¹² En effet, les modalités de prise en charge évoluent, imposant plus de

⁹ Lire Produit Intérieur Brut

¹⁰ Données issues de l'enquête de la drees sur « les comptes nationaux de santé en 2005. » n°505

¹¹ BOUCHOT-ROLNIN M, E., février 2007, « L'éthique de management : Une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital. » *Gestions hospitalières*, n°463, p105.

¹² MINVIELLE E., juin- juillet- août 1996, « Gérer la singularité à grande échelle. », *Revue Française de Gestion*, n°109, pp 114-124.

coordination dans une optique de prise en charge de type trajectoire. Les missions de l'hôpital subissent les effets des évolutions sociétales.

« *On demande de plus en plus à l'hôpital* »¹³ à un moment où les problématiques sanitaires sont étroitement liées à celles du social et pour lesquelles l'hôpital n'est pas toujours en mesure d'adapter sa réponse.

Toutes les raisons évoquées ci-dessus rendent fondamentales les réformes pour tenter de donner les moyens à l'hôpital de relever les défis auxquels il est confronté et de redonner confiance aux acteurs. Mais de l'intention à la réalisation des changements, il y a parfois des écarts qui sécrètent de l'incompréhension, des résistances, ou tout simplement qui ne permettent pas de modifier en profondeur la situation.

1.1.2 Des tentatives de traitements...

Les difficultés de l'hôpital ne sont pas nouvelles et les pouvoirs publics ont tenté depuis plusieurs décennies déjà d'apporter des réponses à ces problèmes.

✦ Une planification de l'offre de soins.

Devant le développement considérable de structures hospitalières et de cliniques privées et face à une crise financière qui s'annonce, la réforme hospitalière de 1970 introduit un premier instrument de planification de l'offre de soins : la carte sanitaire. Si elle permet d'encadrer quantitativement l'offre de soins, elle n'en permet pas la maîtrise qualitative.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière va plus loin dans cette planification en créant les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui viennent en complément de la carte sanitaire, rationaliser et prévoir l'offre de soins en cohérence avec les besoins. Elle institue le régime des autorisations pour toute création, extension d'activités de soins et/ou d'installations.

L'ordonnance du 24 avril 1996 vient confirmer la volonté de cohérence dans la planification. L'échelon régional est définitivement retenu comme la strate opérationnelle la plus pertinente. La création des agences régionales d'hospitalisation¹⁴ concrétise cette déconcentration de gestion et la logique de territorialisation. La relation contractuelle se généralise sous la forme de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre la tutelle et l'établissement.

¹³ COUANAU R., mars 2003, *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*.

¹⁴ Lire partout ARH

☛ ***La maîtrise des dépenses et la rationalisation des moyens.***

La loi n°83- 25 du 19 janvier 1983 instaure la dotation globale de financement pour tenter d'encadrer les dépenses et donc de les maîtriser. Elle crée par ailleurs le forfait hospitalier, sous forme de contribution financière à la charge des patients, pour tenter là encore de limiter les dépenses et de responsabiliser les usagers.

La réforme hospitalière de 1991 incite l'hôpital à analyser son activité « *sur la base de systèmes d'informations qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation des coûts et de favoriser l'optimisation des soins.* »¹⁵ Elle doit permettre l'analyse quantitative et qualitative de l'activité, prémisses à la mise en place d'un système d'allocation des ressources, voulu plus juste et plus équitable.

Mais il faut attendre l'ordonnance du 24 avril 1996 pour voir se généraliser l'utilisation du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). La dotation globale de financement se révèle être à moyen terme un système peu incitatif voire injuste. L'allocation de ressources ne prenant pas en compte la variation des activités, elle constitue pour certains la raison de leur déficit structurel, tandis que pour d'autres, elle est une source confortable de revenus.

☛ ***Des incitations aux coopérations public /privé.***

La loi du 31 juillet 1991 promeut la coopération hospitalière sous la forme de syndicats inter hospitaliers, pour opérer des rapprochements entre établissements publics et/ou des établissements privés assurant le service public hospitalier et favoriser la rationalisation des ressources et des moyens au profit d'une meilleure cohérence des prises en charges. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 crée le groupement de coopération sanitaire, entité juridique nouvelle permettant des coopérations publiques/privées encore plus élaborées.

☛ ***Un accroissement de la cohérence et la lisibilité des actions.***

Le projet d'établissement devient une obligation légale par la loi hospitalière de 1991. Ce projet est un outil au service d'un pilotage institutionnel qui se veut plus concerté, plus impliquant. Il est destiné à rallier des logiques à priori opposées autour d'objectifs communs. Il doit permettre aux acteurs de se projeter dans une vision plus stratégique à

¹⁵ Loi n° 91- 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière - art L 710-5

moyen terme. La démarche qualité et la procédure d'accréditation sont aussi des opportunités de mutualiser les pratiques et de travailler à l'harmonisation et la cohérence des actions mais elles sont vécues, au moins dans un premier temps, comme des contraintes.

☛ ***Des opportunités pour décloisonner les organisations internes.***

Dès 1991, les établissements publics de santé peuvent s'organiser en services ou en départements, cette dernière forme d'organisation répondant à une logique proche de celle voulue aujourd'hui, puisque le département est constitué au sens de la loi par 3 unités fonctionnelles au moins. Ces départements peuvent ensuite se réunir en fédérations « *en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune des lits ou d'équipements, ou soit d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs* »¹⁶. Ces opportunités n'ont été que marginalement saisies et le cloisonnement des services reste important. En dépit de ces changements, l'hôpital va mal. Un autre élément va amplifier le phénomène : les 35 h.

1.1.3 Mais des récurrences...notamment avec les 35h.

Perçue comme une opportunité d'amélioration des conditions de travail, attendue comme un moyen au service d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la réduction du temps de travail (RTT) s'est révélée décevante, parfois même démotivante pour les acteurs. Elle a été souvent mise en place au détriment du temps passé auprès des patients, rognant ça et là sur l'organisation. Sa mise en place effective à l'hôpital l'a été avec 2 ans de décalage et donc de retard par rapport au privé. Tumultueuse, elle a servi de catalyseur aux difficultés récurrentes de pénurie de personnel, de pénibilité du travail, ponctuées d'une impression de non qualité et d'une mise en lumière des problèmes organisationnels. Le rapport Picquemal concernant la «Mission Nationale d'Evaluation de la Mise en place de la Réduction du Temps de Travail dans les établissements de santé » en 2002 a mis en évidence que « *La RTT, a agi dans certains cas, comme un facteur supplémentaire de dysfonctionnements, elle a été le révélateur*

¹⁶ Loi n°91 - 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière - Art 714-25

d'un ensemble de difficultés préexistantes, atténuant parfois les bénéfices escomptés de cette avancée sociale. »¹⁷

Le très récent rapport sur « *Les comptes épargne temps (CET) des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé* » de Dominique Acker met en évidence un recours massif des cadres et des médecins à ce CET, ce qui va rapidement grever les budgets hospitaliers qui vivent en quelque sorte à crédit et pourrait compromettre à court terme la permanence des soins.

Ces évolutions voulues par le législateur tardent à s'inscrire dans la réalité hospitalière et/ou ne produisent pas les effets escomptés. Le déficit financier se creuse encore plus, la recomposition hospitalière tarde à s'opérer, la planification devient rigide et le malaise des acteurs perdure. Le Ministre de la Santé de l'époque a pour ambition de moderniser l'hôpital en réformant en profondeur sa gestion, son organisation et en simplifiant son fonctionnement.

1.2 Des prescriptions... légales ! Une bonne dose de changements.

1.2.1 Le plan hôpital 2007 : le nouveau cadre « thérapeutique ».

« *Un pacte de modernité avec l'hospitalisation* », tel est l'intitulé du discours de Mr Mattéi, alors Ministre de la santé pour introduire les grands principes de cette réforme. Le titre à lui seul évoque l'ampleur des changements à venir, l'ambition et le déterminisme pour adapter cette institution au contexte dans lequel elle évolue, la volonté d'y impliquer les acteurs enfin l'aveu d'une nécessaire adaptation du système de santé, qui par certains aspects est devenu obsolète. Ce pacte repose d'abord sur un assouplissement de la planification puis sur la réforme du financement des hôpitaux en introduisant la tarification à l'activité (T2a) comme nouveau mode d'allocation des ressources. La T2a vise à ajuster les ressources au plus près des activités réelles de l'établissement. Il parie ensuite sur davantage d'interactions entre les logiques médico-soignantes et administratives au profit de la qualité des soins, de l'efficacité et de la performance. Il a en parallèle pour ambition de décloisonner l'organisation interne de l'hôpital en créant des pôles d'activité, interlocuteurs représentatifs d'une masse critique cohérente en lits, en personnels et en ressources. Enfin, il prévoit une vaste modernisation du parc hospitalier et une relance de

¹⁷ PIQUEMAL A., octobre 2002, *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé*. Rapport pour le Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées.

l'investissement. Toutes ces évolutions vont nécessiter la mise en place de nouveaux processus de management.

1.2.2 Un traitement de fond....la nouvelle gouvernance.

☞ *Une révolution ?*

Ce terme recouvre une notion très ancienne, héritée du grec « *Kyberman* » et « *Kybernetes* » qui signifie respectivement *navigation et pilotage*.

La gouvernance, héritée du modèle anglo-saxon évolue dans son acception, c'est alors « *un pilotage pragmatique des pouvoirs* »¹⁸

La nouvelle gouvernance hospitalière a pour ambition de clarifier et mieux répartir les pouvoirs, de restaurer la légitimité des décideurs et de moderniser les modalités de gestion de l'hôpital au travers d'une politique de contractualisation et de délégation de gestion. La réforme a comme enjeu de rapprocher la décision du centre opérationnel au sens où il est défini par E. Mintzberg¹⁹, c'est-à-dire au niveau des médecins chefs de pôles ou plutôt au niveau du trinôme de pôle (chef de pôle, cadre de pôle, et cadre administratif) pour les associer avec l'équipe de direction au pilotage de l'établissement, dans une vision stratégique et durable. En parallèle, il s'agit de systématiser la prise en compte de la logique médicale comme précepte aux décisions gestionnaires. Ce nouveau mode de pilotage introduit des changements culturels, managériaux et organisationnels importants dans une institution où la logique traditionnelle est plutôt de type binaire : médicale d'un côté, administrative de l'autre, même si des précédents à la lumière de l'histoire de l'hôpital montrent des tentatives plus ou moins abouties d'instauration de ce type de gestion. Retenons pour exemple, celle de Jean de Kervasdoué, père du concept de l'hôpital entreprise, dont on retrouvera d'ailleurs pour partie les fondements dans la loi du 3 janvier 1984, au travers de la mise en œuvre de la départementalisation et du découpage des établissements en centres de responsabilité. Finalement, la nouvelle gouvernance ne serait pas un concept nouveau à l'hôpital, ce qui serait novateur, c'est l'injonction à l'appliquer. Mais malgré tout, l'idée fait peur. Devant les réticences de certains professionnels et la timidité des acteurs à l'initier, l'expression est supprimée du texte définitif mais elle est rendue légale !

¹⁸ GAUDIN JP., 2002, « *Pourquoi la gouvernance ?* » Presses de la FNSP, p.30 in *Gestions hospitalières*, janvier 2006, n°452, p.24.

¹⁹ MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamiques des organisations*, Paris : Editions d'organisation.

1.2.3 L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 : zoom sur la prescription.

☞ **Une opportunité de créer.**

Si la réforme hospitalière de 1991 et l'amendement « liberté »²⁰ avaient ouvert une voie dérogatoire pour permettre aux hôpitaux d'innover librement dans leur organisation interne, cette ordonnance vient d'en officialiser l'obligation. Dans les faits, peu d'établissements avaient saisi cette opportunité à l'époque, sauf quelques CHU. « *Les hôpitaux sont passés d'un principe de liberté dérogatoire à un principe de liberté obligatoire.* »²¹ et au plus tard applicable au 1^{er} janvier 2007.

Dans ce contexte de contraintes légales subsiste pourtant une marge de liberté dont les acteurs doivent s'emparer. En effet, si l'ordonnance du 2 mai 2005 impose un découpage en pôles, elle laisse toute latitude aux acteurs pour décider de son architecture interne tant dans la logique qui préside aux choix opérés que dans la dénomination des pôles, leur taille et leur nombre. C'est bien là une opportunité pour inscrire dans la structure elle-même les options stratégiques de l'établissement et les valeurs qui y sont associées. La réflexion sur cette nouvelle organisation laisse une large place à l'innovation, au dialogue et à la participation mais elle augure aussi des peurs, des incompréhensions et des adaptations à mener.

☞ **Un rééquilibrage des pouvoirs et des responsabilités.**

➤ Les médecins n'étaient jusqu'alors pas ou peu impliqués dans les décisions stratégiques de l'hôpital. La création du comité exécutif a vocation à médicaliser ces décisions et à rapprocher les médecins des décideurs en les fédérant autour de la préparation des grands projets de l'hôpital (Projet d'établissement, le Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens...). Ce comité est constitué à parité de médecins et de membres de l'équipe de direction et doit permettre in fine, une aide à la décision.

➤ Le statut du directeur de l'hôpital s'est vu modifier par le décret n°2005-921 du 9 août 2005²². Le corps des directeurs est assimilé à celui des hauts fonctionnaires. Pour piloter l'institution, le directeur doit maintenant impulser une dynamique concertée de l'établissement et doit faire preuve de leadership pour manager les acteurs. D'ailleurs, le

²⁰ Article L 6.146-8 du Code de la Santé Publique abrogé par l'ordonnance du 2 mai 2005.

²¹ TALEC TH., SECADE JP., octobre 2006, « Qui décide à l'hôpital ? » *Gestions hospitalières*, n°459, p 537.

²² Décret n°2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et des emplois des personnels de direction des établissements publics de santé.

comité exécutif placé sous sa responsabilité illustre l'avènement des nouveaux modes de relations et de managements à l'hôpital. Une part de sa prime de fonction est devenue variable au regard de critères comme le bilan de son évaluation annuelle qui remplace la traditionnelle notation. Les prémices à l'émergence du chef d'entreprise publique sont en place !

➤ Le Conseil d'Administration (CA) voit ses missions recentrées autour de la stratégie globale, de l'évaluation, du contrôle de la mise en œuvre effective des options prises. Il est désormais doté d'une capacité à organiser un plan de redressement le cas échéant. Il est simplifié dans sa représentativité autour des collectivités locales, des personnes qualifiées et des représentants des usagers.

➤ La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)²³ vient se substituer à la Commission du service de Soins Infirmiers, actant du même coup la volonté de pluridisciplinarité tant dans sa composition que dans la réflexion menée en son sein. Elle voit aussi son champ de compétences s'étendre notamment en ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

➤ A la tête de chaque pôle, un médecin chef de pôle, responsable du pôle, assisté pour l'occasion par un cadre de pôle et un cadre administratif. Ils sont alors liés par un objectif commun : assurer le pilotage et la gestion du pôle dans tous ses aspects.

☞ **Un changement organisationnel : les pôles d'activités.**

«Le pôle est conçu comme la brique de référence de l'organisation interne... »²⁴ Ce changement s'inscrit dans la volonté du législateur de simplifier l'organisation interne de l'hôpital. Cette nouvelle configuration crée le cadre ad hoc pour déconcentrer la gestion et engager un nouveau mode de relation : la contractualisation. Les pôles «peuvent être constitués par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure... »²⁵. Les choix organisationnels en la matière sont souvent faits en fonction d'une logique d'organes, de filières, de trajectoires patients, d'acteurs ... mais doivent découler du projet médical. Leur création est proposée par le comité exécutif et validée par le CA. Les pôles ont pour finalités de décliner les orientations stratégiques de l'hôpital, de permettre des économies d'échelle en mutualisant ressources et moyens au sein

²³ Lire partout Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico -Techniques

²⁴ REICHERT R., août/septembre 2005, « Management et règlement au CHU de Nantes. » *Gestions hospitalières*, n°448, p 537.

²⁵ Opus cité

d'entités plus cohérentes, de décloisonner le travail et les relations en vue d'optimiser la prise en charge du patient.

☞ **Des changements dans les modes de relation et une modernisation des outils de gestion.**

➤ **Une relation contractualisée : engagement, réciprocité, implication, pilotage partagé : les piliers de ce nouveau mode de relation.**

Désormais, les arbitrages doivent se faire en interne, tant du point de vue de la primauté des choix stratégiques, que du point de vue de la répartition des ressources.

Pendant longtemps, l'activité médicale était peu connectée à la notion de performance économique. Les praticiens prenaient les malades en charge, sans nécessairement rendre compte de la nature et du volume de leurs activités et sans intégrer la composante économique. La contractualisation interne vient renforcer la volonté de lisibilité des objectifs et des activités, avec comme perspective de non seulement quantifier ces dernières mais aussi de les valoriser. Visant à accroître les synergies entre médecins et direction, elle modifie la nature de leurs relations. En effet, la notion de contrat renvoie à l'engagement mutuel et la réciprocité. Le responsable de pôle contractualise sur fond de négociation avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME) les objectifs d'activités du pôle, la politique qualité qui y est rattachée, les moyens humains, financiers et l'équipement nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressements et les sanctions en cas d'inexécution du contrat appelé pour l'occasion **le contrat de pôle**. Cette logique introduit des relations d'un genre nouveau à l'hôpital, basées sur un système de contribution/rétribution destiné à encourager la responsabilité, valoriser l'engagement et le respect du contrat ou sanctionner le cas échéant. Pour préparer les contenus de ce contrat et le **projet de pôle** pour assurer leur suivi, une instance est mise en place : **le conseil de pôle** dont le décret n°2005- 1656 du 26 décembre 2005 en précise les modalités de fonctionnement et le rôle. Ses membres sont pour certains des membres de droit (comme le chef de pôle et le cadre de pôle) et pour d'autres « *des membres titulaires élus pour 4 ans au suffrage direct, hors liste syndicale, parmi les personnels relevant de chaque catégorie ou corps et répartis en 2 groupes (personnels médicaux et non médicaux), qui compteront au maximum 30 membres chacun.* »²⁶ La notion d'élection renvoie bien sûr à la question de

²⁶ DEKUSSCHE C., *janvier/février 2006*, « Conseil de pôle et commission des soins, mode d'emploi ». *Revue Soins*, n°702, p 5..

l'engagement, puisque solliciter un mandat revient à faire de l'implication, un gage. De plus, le processus démocratique du vote illustre la volonté d'une représentativité souhaitée et choisie, donc favorise l'implication chère au législateur. Outre ces prérogatives de pilotage, le conseil de pôle se doit par ailleurs d'être un lieu d'échanges, d'informations et d'expression. Il doit être aussi une force de propositions pour le fonctionnement des structures du pôle.

➤ ***La délégation de gestion : plus d'autonomie et de responsabilité.***

Si les responsables de pôles bénéficient d'une délégation de gestion, accordée par le directeur sur les bases du contrat donc d'une plus grande autonomie dans ce domaine, ils doivent désormais s'emparer en plus des questions inhérentes aux activités de soins à proprement parler, des questions budgétaires, organisationnelles, de gestion des ressources... Ils vont alors devoir se doter d'outils permettant la lisibilité et le suivi des dépenses et des recettes (tableaux de bords) mais aussi réfléchir à d'autres indicateurs, qui permettront outre la prospective financière, d'apporter des données objectives sur le fonctionnement et l'atteinte des résultats contractuellement définis. Ils doivent poursuivre le travail nécessaire pour évoluer d'une logique ***de toujours mieux avec toujours plus***, à une ***logique du mieux*** en arbitrants les priorités et en rationalisant les moyens. La déconcentration de gestion doit viser ce qui pourra donner de la souplesse et de la réactivité aux gestionnaires de proximité. Elle nécessite en outre d'être définie dans son périmètre. Elle revient donc à appliquer le principe de subsidiarité qui consiste à rapprocher la décision du terrain, au plus près des acteurs concernés. Elle est destinée à redonner du sens à la décision, à ses auteurs tout en augmentant par cette mécanique leur degré d'implication et de responsabilité. Elle suppose aussi la mise en œuvre des principes de fongibilité et d'opportunité.

☞ ***Des rôles à renégocier ...***

La configuration interne de l'hôpital se transforme, les rapports se modifient, les interlocuteurs changent, de nouveaux rôles émergent comme celui des médecins, aujourd'hui chefs de pôles. Les CSS eux doivent s'adapter et faire évoluer leur rôle. Devenus avec les chefs de pôle des interlocuteurs privilégiés de la direction, ils sont conduits à ajuster leurs manières de faire et à développer de nouvelles compétences.

1.2.4 Effets secondaires chez les acteurs et notamment chez les cadres supérieurs de santé.

Le découpage en pôle d'activités impacte la place et le rôle de chacun des acteurs. Le médecin chef de pôle se retrouve dans une position de manager, de gestionnaire en plus d'être d'abord un médecin. L'encadrement intermédiaire pour reprendre la classification du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière devient dans cette nouvelle gouvernance, un maillon essentiel du dispositif.

☞ *Les CSS : Un cadre légal qui régit les attendus de leurs missions.*

Les décrets n°62-132 du 2 février 1962 et n°69-281 du 24 mars 1969 consacrent la fonction de « surveillant chef ». La lettre circulaire n°30 du 20 février 1990 vient préciser ses missions. Elles sont en lien avec l'organisation et la qualité des soins, la gestion des ressources humaines et matérielles, la formation des stagiaires, la recherche, la relation et la communication en interne et avec les patients et leurs familles, la circulation de l'information et la contribution économique.

La procédure de recrutement des CSS en référence au décret n° 91-1271 du 18 décembre 1991 prévoit que les surveillants des services médicaux puissent postuler à un concours interne sur titre, dès lors qu'ils comptent 3 ans d'exercice dans le grade. Ils doivent en outre satisfaire à ce concours, dont la publication au journal officiel est un préalable indispensable qui relève du directeur. L'évaluation des titres ne repose sur aucune référence légale. Leur nature, leur contenu et les critères d'évaluation de leur qualité restent à l'appréciation locale.

☞ *Mais une réalité plurielle des exercices...*

La diversité des modes et modalités de sélection du concours sur titres rendent le profil des CSS très hétérogène. Leur professionnalisation, par la voie d'un dispositif d'adaptation à l'emploi par exemple est inégalement assurée et rend multiple et multiforme leurs compétences. Les différences de structurations organisationnelles qui font aujourd'hui l'hôpital favorisent une pluralité des modes d'exercice. L'organisation en pôles d'activités ne rend pas plus aisée la détermination d'un standard de la fonction de CSS car certains d'entre eux sont positionnés en tant que cadre de pôle, d'autres non. Dans ce dernier cas, ce sont alors des cadres de santé qui en assurent la responsabilité. Pour autant, leurs compétences doivent être des plus aiguisées, pour faire face aux défis organisationnels et managériaux de l'hôpital aujourd'hui.

☞ ***Des mutations en route...Des espoirs mais des peurs et des résistances.***

Membre du triumvirat de pôles, aux côtés du responsable de pôle et du cadre administratif, le CSS a à l'évidence un nouveau rôle à jouer. Il assiste le chef de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités de soins qui relèvent de sa compétence. Il « *développe des modes de management partagé...* »²⁷ Il contribue à la définition et à la réalisation du projet de pôle. Participer au pilotage et à la gestion du pôle, manager et animer les cadres de proximité, dans ce contexte, où collaboration et transversalité sont les pierres angulaires lui confèrent un rôle plus stratégique et donnent à sa mission une nouvelle dimension. Même si bon nombre de ces professionnels voient en ces évolutions des opportunités en terme de reconnaissance, de valorisation et même de motivation et d'intérêt professionnel, des peurs existent et des résistances s'opèrent.

☞ ***Pour les résistances : pas de changement...***

La résistance au changement est un mécanisme caractérisé par sa récurrence dans le phénomène du changement. Complexe dans ses origines et son expression, elle a une connotation souvent négative, parce que tendant à retarder le processus intrinsèque du changement. Néanmoins, si les résistances au changement sont perçues comme un passage obligé, mis à profit de la recherche d'un sens à donner, d'une place à prendre, alors elles deviennent intéressantes pour l'évolution des représentations qu'elles opèrent. Les CSS doivent investir de nouvelles missions dont les contours manquent d'être écrits. Si ce flou peut se révéler dynamisant par certains aspects, il génère des inquiétudes devant l'absence de références et occasionne une rupture avec les habitudes qui peut être vécue comme déstabilisante. Le monde soignant a parfois peur d'être écarté du débat institutionnel, représenté ou non, au bon vouloir du directeur, par le directeur des soins au comité exécutif. La prégnance du discours économique a pu faire exister « *Une crainte quant à la possibilité de faire des choix d'ordre économique au détriment de la qualité des soins dans le cadre de la gestion du pôle.* »²⁸ Les évolutions culturelles que la nouvelle gouvernance suggère et suscite ne sont pas sans exacerber le corporatisme et les sentiments d'appartenance... L'adaptation des prescriptions légales à la réalité professionnelle ne s'opère pas sans difficultés ni résistances, il faudra donc compter avec elles pour manager.

²⁷ Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Domaine fonctionnel 1. Actualisation septembre 2006

²⁸ FAURE A., janvier 2006, « Nouvelle gouvernance : Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs. », *Gestions hospitalières*, n°452, p 31.

1.2.5 Et le directeur des soins ... des principes actifs...

Ces missions sont définies dans le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 où il est écrit qu'il est notamment chargé « *de la coordination générale des activités de soins infirmiers, ou de la direction du service de soins infirmiers ou de la direction des activités de rééducation ou de la direction des activités médico-techniques...* »²⁹, dont il assure l'animation et l'encadrement.

L'article L 6146-9 du CSP stipule «... *qu'il est membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur.* »³⁰ Une fonction nouvelle est créée dans ce décret, celle de coordonnateur général des soins, dont la mission est de coordonner l'ensemble des activités paramédicales. Le DS, coordonnateur des soins devient alors un directeur aux responsabilités pluri professionnelles et transversales. Il est donc en position hiérarchique par délégation du directeur vis-à-vis du personnel soignant et de l'encadrement. A ce titre et au regard de sa mission, il est légitime pour contribuer au pilotage de l'institution et pour manager ces changements.

☞ **Un changement de posture à opérer.**

La nouvelle gouvernance amène le DS à revisiter sa place et son positionnement. En effet, sa position hiérarchique avec le CSS est questionnée dans cette nouvelle organisation en pôles, du fait de l'accroissement du rôle et de l'autonomie de ces derniers. « *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 ou développement de réseaux de soins...) et de conseil et de support au pôle (aux managers, responsables de pôles, encadrement)* »³¹

☞ **Une place à conforter dans l'équipe de direction.**

La nouvelle gouvernance n'a pas gravée dans le marbre la place du directeur des soins. Sa présence au comité exécutif, ci-dessus évoquée n'est pas de droit par exemple, même

²⁹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière - article 3.

³⁰ Ordonnance du 2 mai 2005 opus cité.

³¹ COUDRAY MA., BARHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins. », *Gestions hospitalières*, n°452 p 20.

si la réalité hospitalière montre qu'il y siège dans plus de 80%³² des cas. Néanmoins, c'est un acteur incontournable de par ses prérogatives, ses domaines d'expertise et son positionnement. Sa connaissance technique, couplée à son expérience professionnelle en fait un interlocuteur et un acteur essentiel pour conduire ces changements. Il a résolument une place à conforter dans les dimensions politique et stratégique de l'hôpital.

1.3 Un immense chantier : des changements organisationnels, relationnels, managériaux ...Un des maître d'œuvre : Le DS.

1.3.1 Les changements à l'hôpital : contraintes mais opportunités !

Les changements auxquels l'hôpital doit faire face sont en partie issus de contraintes externes. Les acteurs en interne ne sont pas tous persuadés de leur nécessité et de leurs bienfaits. « *L'intérêt pour un hôpital d'adopter le nouveau schéma d'organisation proposé échappe a priori aux professionnels hospitaliers, qui y voient une réforme de plus, rigide, normative voire technocratique.* »³³ Pour que le changement puisse s'opérer au-delà de la contrainte légale, il faut l'intervention d'autres éléments.

Selon Ph. BERNOUX³⁴, le changement ne dépend pas seulement des contraintes de l'environnement, encore moins de la seule volonté des acteurs, ni même de l'institution dans laquelle ces derniers évoluent. Pour lui, le changement s'enracine dans ces trois composantes et s'exprime dans leur combinaison. Le plaidoyer sociétal pour plus de qualité et d'information, la contrainte financière, le malaise des acteurs et la volonté politique de réformer sont les racines sur lesquelles les changements hospitaliers doivent prendre appui. Les conditions de réussite seraient alors réunies !

Mais la sociologie des organisations nous a appris que les individus ne sont jamais totalement contraints et qu'ils gardent toujours une zone de pouvoir et d'autonomie. Le changement doit alors compter pour s'opérer sur l'implication des acteurs, leur coopération et leur interaction. « *On en conclura que le changement ne se produit pas quand il est nécessaire, mais quand il est possible* »³⁵

³² Donnée issue du bilan de la MEAH sur la mise en place anticipée de la nouvelle gouvernance, 2004.

³³ FAURE A., janvier 2006, « Nouvelle gouvernance : Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs. », *Gestions hospitalières*, n°452 p 29.

³⁴ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement*, Paris : Editions du Seuil.

³⁵ DUPUY F., 2001, *L'alchimie du changement : Problématiques, étapes et mise en œuvre*, Paris : Dunod Editions, p 117.

Le cadre légal a délimité les contours de l'organisation mais il est resté flou sur son contenu. L'allocation budgétaire a été repensée pour inciter à plus de cohérence et de lien entre l'activité et son financement. Dans ce contexte, les professionnels doivent s'organiser et repenser leurs modes de relation, de coopération aux fins d'optimiser la prise en charge, d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité. Ce sont là de formidables opportunités pour eux d'être des artisans du changement. Un des enjeux sera alors de les faire adhérer à ces évolutions pour que le changement devienne possible.

1.3.2 D'une nouvelle architecture organisationnelle naît la nécessité de repenser les modes de management : une œuvre humaine...

• *Manager les changements à l'hôpital : une question de temps, de contexte et de priorités !*

« Il est rare qu'une organisation connaisse en même temps autant de mutations profondes que celles que subit l'hôpital public aujourd'hui. Ces mutations concernent tant les catégories de population qu'il doit prendre en charge que les modes eux-mêmes de prise en charge, du fait de l'évolution rapide et croissante des techniques médicales. »³⁶

S'il est un pré requis indispensable à la conduite du changement, c'est bien de l'adapter au contexte dans lequel il survient, en l'occurrence ici le secteur public. En effet, les évolutions demandées parce qu'en rupture avec le modèle bureaucratique traditionnel, parce qu'occasionnant des bouleversements identitaires et culturels importants nécessiteront du temps, de la négociation et surtout de prendre soin de leur donner du sens. L'histoire de l'hôpital public est marquée par un fonctionnement qui n'est pas soumis à la régulation du marché. *« Le problème est relativement simple pour les organisations privées qui sont en interaction directe avec le marché. Si elles ne répondent plus aux besoins et aux opportunités de leur marché, elles sont sanctionnées par une perte de chiffre d'affaires et la baisse de leur marge. Ce n'est pas le cas des organisations qui ne bénéficient pas de ce feed-back instantané. »³⁷* Le plan hôpital 2007 a introduit des notions d'efficacité et de performance, peu habituelles dans ce domaine, voire pour certains, jugées antinomiques et incompatibles avec la santé et le service

³⁶ MOLINIE E., 2005, *Rapport du Conseil Economique et Social sur L'hôpital public en France : Bilan et perspectives*, p 195.

³⁷ Extrait de la XIV^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique – *Les organisations publiques face à l'innovation: La crise comme stratégie de changement organisationnel*, Pays de la Loire, Angers 2005 – disponible sur internet : <http://www.strategie-aims.com/>

public. Le fonctionnement hospitalier s'est traditionnellement forgé sur un mode de relation concurrentielle avec le privé, les injonctions de coopération avec ce secteur viennent rompre avec ces habitudes. Enfin, l'hôpital jouit depuis longtemps d'une grande autonomie dans son mode de fonctionnement et la demande de plus de lisibilité dans ses actions heurte parfois cette tradition. Toutes ces raisons invitent les managers, dont le DS à inscrire leur action dans un espace temps réaliste. Il est essentiel qu'ils gardent à l'esprit que ces changements s'opèrent dans une organisation à la complexité singulière et croissante et où les contraintes normative et statutaire sont prégnantes. Il est aussi essentiel de déterminer des priorités pour ne pas opérer tous les changements dans tous les domaines en même temps.

☛ **Manager à l'hôpital aujourd'hui : Chronique de changements à inventer !**

« La plupart du temps, un projet d'évolution est imaginé de façon binaire : la situation actuelle et la situation voulue. Ce peut être là, le premier défaut de raisonnement. Tout simplement parce que la situation de transition à l'évidence, est la plus importante. »³⁸

Globalement, la situation visée est celle décrite dans le plan Hôpital 2007. C'est dans la situation intermédiaire que vont apparaître les forces et les faiblesses, les ressources et les difficultés, les opportunités et les contraintes, les motivations et les résistances. C'est au cœur de cette étape que va se construire une réalité hospitalière nouvelle, différente d'un établissement à un autre, comme l'a d'ailleurs souhaitée la réforme, sous réserve du respect des enjeux, parce que les individus qui composent et font l'institution sont eux mêmes différents. C'est là tout l'art d'un management qui doit nécessairement adapter ses contenus aux finalités visées, *« ...à un moment où la nouvelle gouvernance nous incite à des nouvelles formes de management, plus partagées, avec les médecins notamment. »³⁹* C'est là aussi tout le professionnalisme des managers pour adapter leur stratégie aux enjeux institutionnels et à la réalité de terrain. Il est alors question d'accroître les interactions entre les individus au profit de la compétence collective.

☛ **Une gestion déconcentrée : « Un véritable ciment institutionnel »⁴⁰ et managérial.**

³⁸ PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions Liaisons, p 7.

³⁹ COUDRAY M.A., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins. », *Gestions hospitalières*, n°452 p 19.

⁴⁰ REICHERT R., août- septembre 2005, « Management et règlement au CHU de Nantes. », *Gestions hospitalières*, n°448 p 539.

Cette déconcentration de gestion constitue le terreau pour *un agir collectif*, au sens où l'enjeu est de fédérer les professionnels autour de projets, en l'occurrence les projets de pôles, au profit d'une meilleure efficacité et de les rendre acteurs et responsables au travers d'une plus grande contribution dans la gestion de l'hôpital. Ce nouveau mode de gestion couplée à la contractualisation constitue le « *ciment* »⁴¹ où doivent s'agréger les réflexions, les stratégies et les actions.

• ***Une opportunité pour changer : utiliser des leviers pertinents.***

L'insatisfaction des acteurs, «leur désenchantement» pour reprendre l'expression de R.COUANAU constitue des germes à cultiver pour asseoir durablement les évolutions conceptuelles à mener et pour conduire les mutations organisationnelles attendues. « *Etre à l'affût de toutes les insatisfactions qui se manifestent dans les ensembles humains donc du désir de changer, c'est se donner la possibilité de transformer ce qui n'est perçu que comme contrainte en ressource.* »⁴² Les conclusions d'expériences de changement dans d'autres domaines publics comme à la Bibliothèque de France, ont mis en évidence que la situation de crise pouvait être une opportunité de changement, à condition qu'elle soit envisagée comme telle par les dirigeants. Mais nous venons de l'aborder, les perceptions du terrain ne sont pas toutes aussi favorables aux réformes. Si les acteurs traversent une crise, ils ne sont pas forcément en accord avec ce qui est préconisé pour l'endiguer. Il va pourtant falloir faire se rapprocher les logiques en négociant les modalités d'adaptation de ces changements à la réalité du terrain et saisir « ces fenêtres d'opportunité »⁴³ que représentent ces insatisfactions. D'autres leviers comme l'intérêt à *agir et à coopérer chez les acteurs*, si les managers ont la capacité à les susciter, pourraient se révéler pertinents.

• ***Des artisans à accompagner.***

Les CSS, membres de la triade de pôle doivent être accompagnés pour assurer au mieux leurs nouvelles missions et asseoir un positionnement plus stratégique et visionnaire au sein du pôle. Ils doivent en outre continuer de contribuer par leurs missions transversales à la cohérence institutionnelle. C'est là un des enjeux pour le DS. Les chefs de pôles eux aussi doivent être épaulés dans leur mission. Il faut qu'ils investissent des fonctions

⁴¹ Idem p 540.

⁴² DUPUY F. 2001, *L'alchimie du changement : Problématique, étapes et mise en œuvre*, Paris : Dunod Editions, p 127.

⁴³ Ibid p 126.

managériales, gestionnaires dont ils ne maîtrisent pas toujours les contenus et les manières de faire. Ils doivent aussi apprendre à travailler plus étroitement avec les CSS.

1.3.3 Coopération et compétence collective : les fondations d'une réussite !

Si la qualité d'une œuvre nouvelle repose sur la compétence et le professionnalisme de chacun des acteurs qu'ils soient artisans, architectes, ou maîtres d'œuvre, elle résulte aussi de plus en plus souvent de « l'emboîtement harmonieux » de ces compétences, alors appelée la compétence collective, visant *un agir commun*. Il va alors falloir développer des solidarités pour réussir.

☞ La coopération ou susciter l'intérêt à coopérer !

« La coopération consiste pour un individu à travailler avec un autre dans une perspective de durée, même au détriment d'un avantage immédiat. »⁴⁴ Elle repose donc sur la volonté des acteurs à travailler ensemble et sur *l'intérêt à coopérer*⁴⁵. La nouvelle relation contractuelle qui lie les pôles à la direction doit définir les contours et les moyens de cette coopération et s'attacher à mettre en relief ces intérêts (qualité des soins, meilleure prise en charge, les formes d'intéressements...). Les garanties ainsi apportées par le contrat constituent *des intérêts* à coopérer dans un avenir mieux dessiné. Le contrat de pôle est discuté et préparé au sein du conseil de pôle, largement représentatif des acteurs concernés. Les impliquer dans ces choix, leur permettre d'être co-auteurs de la rédaction du contrat constitue des sources de *l'intérêt à agir*. La coopération existe si les acteurs peuvent s'approprier les outils de travail et est aussi en lien étroit avec la zone d'influence donc de pouvoir qu'ils détiennent, il faut leur donner les moyens d'être de vrais acteurs. La confiance est un corollaire essentiel pour leur permettre d'accepter de rentrer dans l'échange, ici régi par le contrat, et de différer les bénéfices de la transaction. La coopération relève enfin de la justice et de l'éthique des individus. Elle permet alors de développer la compétence collective.

☞ Le développement de la compétence collective : une stratégie managériale.

Si l'un des enjeux de l'hôpital aujourd'hui relève de sa capacité à optimiser la prise en charge du patient alors tous les acteurs doivent être impliqués pour répondre in fine aux impératifs de rationalisation des coûts et des moyens. Ceci nécessite le développement

⁴⁴ BERNOUX PH., 2004, *Sociologie des Organisations*, Paris : Editions du Seuil, p 174.

⁴⁵ Ibid.

de la compétence collective. Si la compétence individuelle réside selon G. Le Boterf dans le « savoir faire professionnel »⁴⁶, la compétence collective suppose une approche plus structurée qu'une simple juxtaposition des compétences individuelles, elle « *réside dans la qualité de l'agrégation des compétences individuelles et plus précisément dans leur mise en cohérence et leur dynamique.* »⁴⁷

La nécessaire interrogation sur « le comment » favoriser l'émergence de cette compétence collective se dessine alors. Ce questionnement impose de réfléchir dans une approche sociocognitive sur les notions du **vouloir** et du **comment faire** pour travailler ensemble. Ceci renvoie à identifier les facteurs favorisant cette compétence collective qui sont pour M.SONNTAG et J.P. VAUDELIN auteurs d'un article sur la compétence collective, **les facteurs cognitifs et conatifs**.

Les facteurs conatifs influent **sur la question du vouloir**. Ce sont la culture et le sens du travail. La culture est un élément déterminant de l'implication des acteurs car elle est forgée sur le partage (de valeurs, de coutumes, d'histoire)... Le sens du travail est aussi une donnée essentielle pour susciter la volonté de travailler ensemble. Il doit émerger d'une volonté institutionnelle de donner aux acteurs un cadre au signifiant partagé. Il se construit d'autant plus aisément quand le contexte offre aux acteurs la possibilité de se situer les uns par rapport aux autres et dans l'institution. Il est encore favorisé par la légitimité institutionnelle et le discours : « *La façon dont les acteurs sont désignés et parlés dans un collectif de travail présage la façon dont ils sont considérés, et par voie de conséquence, dont ils peuvent s'investir personnellement dans le travail collectif* »⁴⁸

Les facteurs cognitifs eux, influencent **le comment** travailler ensemble. Ce sont les compétences individuelles et les liens interindividuels. La compétence collective suppose déjà que chacun des acteurs soit compétent dans son domaine. Mais cette seule compétence individuelle ne suffit pas, il faut que la nature des liens qui lient les acteurs entre eux autorise le partage des informations et des expériences à des fins stratégiques, la mutualisation des apprentissages au risque de déconstruire « *les savoirs en usage* » pour reconstruire des savoirs collectifs. L'interaction de ces facteurs favorise la compétence collective qui présente bien des intérêts dans le contexte hospitalier d'aujourd'hui. Mais elle impose aux managers de travailler à développer la polyvalence des acteurs et à créer les conditions favorables à l'émergence de cette compétence.

⁴⁶ LE BOTERF G., 2000, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris : Editions d'Organisation.

⁴⁷ SONNTAG M., VAUDELIN J.P., avril 2006, « La compétence collective », *Gestions hospitalières*, n°455 p 271.

⁴⁸ Ibid p 273

1.3.4 Un des maîtres d'œuvre : le directeur des soins.

Une des questions essentielles qui doit guider la pratique du DS porte sur le « comment » intervenir dans ce processus de changement.

☛ **Changer le management pour accompagner le changement !**

Le directeur des soins a alors un rôle central de par ses prérogatives pour initier un management rénové. Permettre aux acteurs de s'appropriier le changement comme une possibilité d'innover, d'inventer, comme un espace de liberté pour s'organiser, pour travailler, fût-il issu d'une contrainte légale, c'est contribuer à les faire adhérer au projet, à canaliser les résistances et donc à réussir. Percevoir le changement ainsi, c'est donner du pouvoir aux acteurs, c'est leur permettre de participer à la construction d'une nouvelle réalité. Placés en situation de co-producteurs, il y a fort à parier qu'ils se sentiront plus responsables, plus impliqués, donc plus efficaces. Il a aussi un rôle déterminant pour accompagner les acteurs et notamment les CSS dans ces évolutions et mettre à leur service, sa compétence, son expérience et son expertise. Dans tous les cas, il doit adapter sa stratégie en innovant dans une réalité « **en plein travaux** ».

Ce détour conceptuel s'avère convaincant pour re-situer les enjeux de notre mission en tant que futur DS et inscrire notre action dans une réalité nouvelle mais marquée du sceau de l'histoire. Pour convaincre demain du bien-fondé des changements à mener, il nous faudra être en capacité de les mettre en perspective de cet héritage historique. Pour contribuer au pilotage de ces changements, il nous faudra être en capacité de les expliquer, et plus encore de les accompagner en favorisant l'émergence de conditions favorables à leur mise en œuvre comme la construction d'une représentation partagée par exemple. Pour remporter l'adhésion des acteurs, il nous faudra déployer des stratégies innovantes pour susciter bien plus que la participation, l'implication et la coopération. En un mot, il nous faudra être en capacité de manager, éclairé par la lumière d'hier et à la lueur des projecteurs de demain.

Au terme de ces constats et de cette recherche de sens, des questions subsistent néanmoins :

- **Quels changements se sont-ils réellement opérés sur le terrain ?**
- **Quel sens les acteurs donnent-ils à ces changements ?**
- **Comment les vivent-ils ?**
- **Quelles sont leurs ressources et leurs difficultés pour les aborder ?**
- **Quels sont leurs besoins ?**
- **Qu'attendent-ils dans ce contexte du DS ? Quelle contribution peut-il apporter ?**

C'est à cette lecture et à cette écoute de la réalité professionnelle que nous allons nous livrer dans cette deuxième partie.

2 La réalité du terrain

Dans le prolongement de cette réflexion, il nous a semblé opportun de confronter cette approche théorique avec la réalité de terrain. L'enquête de terrain nous a permis d'observer et de décrire deux réalités hospitalières, activement concernées et impliquées dans la nouvelle organisation en pôles d'activités. Il nous fallait comprendre ce que les acteurs vivaient dans cette nouvelle réalité, leur faire la décrire, la qualifier par leurs ressentis. En nous faisant partager leur vécu, nous pouvions mieux cerner leurs attentes et leurs besoins. Nous étions à l'écoute de ce qu'ils montraient à voir et de ce qu'ils ne disaient pas toujours. L'objectif de ces témoignages était aussi centré sur l'identification des stratégies et des pratiques managériales des DS vis-à-vis de leurs proches collaborateurs que sont les CSS dans ce contexte nouveau.

Les hypothèses que nous avons avancées face à cette problématique pouvaient alors être mises à l'épreuve du terrain, pour envisager de les infirmer ou de les confirmer. Pour mémoire, les 3 hypothèses posées étaient :

- ☛ Les missions et les compétences attendues pour les cadres supérieurs responsables de pôle impliquent qu'ils soient formés.

- ☛ La redistribution des responsabilités, du fait de cette nouvelle organisation en pôles d'activités, impose de clarifier le rôle des cadres supérieurs de pôle.

- ☛ Le management du DS influence le positionnement des CSS et leurs capacités à innover.

2.1 La méthodologie utilisée

La méthodologie utilisée évoquera le choix des terrains d'enquête, leurs particularités, les méthodes et les outils pour le recueil de données, le choix des personnes interrogées, leur profil professionnel, le traitement des données, enfin les limites et points forts de cette étude de terrain.

2.1.1 Le choix du terrain d'enquête

Nous avons choisi eu égard à notre projet professionnel à court terme, à notre exercice professionnel antérieur en tant que cadre, exclusivement réalisé en institut de formation

en soins infirmiers, de faire nos 2 stages dans des établissements géographiquement proches de celui où nous allons effectuer notre première prise de poste. Ayant beaucoup à découvrir et à comprendre du rôle et du positionnement du directeur des soins en gestion, la primauté de nos choix de terrain de stage n'était pas tant centrée sur la spécificité d'un site ou la recherche d'une expérience particulière, mais surtout sur l'opportunité de comparaison possible voire de transposition avec notre proche réalité. Secondairement, l'objectif était de tisser des liens avec les équipes dirigeantes de ces structures pour l'avenir. Ces terrains de stage se sont tout naturellement transformés en terrains d'enquête.

➤ Le 1^{er} établissement est un centre hospitalier spécialisé (CHS), en position de référent psychiatrie pour le département. Nous l'avons dénommé (CH A). Il a une capacité de 519 lits et places répartis pour le secteur adulte en 336 lits d'hospitalisation complète, 10 lits d'hospitalisation de nuit et 44 places d'Hôpital de jour et pour le secteur infanto- juvénile en 18 lits d'hospitalisation complète, 73 places d'hôpital de jour. Il compte en plus 38 lits d'EHPAD⁴⁹.

➤ Le 2^{ème} établissement situé dans le même département est un centre hospitalier d'une capacité d'accueil de 640 lits dont 420 lits de MCO⁵⁰, 40 lits de soins de suite et de réadaptation et 180 lits d' EHPAD. Celui-ci sera appelé (CH B).

2.1.2 Le terrain de l'enquête

➤ Fin 2006, le CHS s'est donc organisé en 7 pôles d'activités cliniques et médico-techniques et 2 pôles logistiques. L'organisation nouvelle reprend comme schéma le découpage sectoriel précédent selon la logique un secteur = un pôle. Cette nouvelle configuration n'a de ce fait que peu prêté à discussion. La direction des soins est assurée par un coordonnateur général des soins, entouré par 6 cadres supérieurs de santé, assistants de pôles et en charge de missions transversales et de 27 cadres de santé.

➤ Le CH B a transformé son organisation en décembre 2006, dans le respect des préconisations de l'ordonnance. Il compte 8 pôles d'activités cliniques, 1 pôle médico - techniques, un pôle administratif et un pôle formation. La logique qui préside à ces choix est une logique de type trajectoire patient. Ce découpage en pôles a donné lieu à des négociations avec l'ensemble des acteurs. Pour autant, à une exception près, il a été

⁴⁹ Lire partout Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

⁵⁰ Lire partout Médecine, Chirurgie, Obstétrique

plutôt facile et consensuel, reprenant pour partie aussi l'organisation précédente. Le DS, coordonnateur général est assisté dans sa mission par 6 proches collaborateurs, dont 4 CSS, et 2 cadres de santé en attente du concours sur titre de CSS. Ils exercent tous des missions transversales à la direction des soins et sont tous membres du triumvirat de pôle. Par ailleurs, 34 cadres de santé assurent le management de proximité.

La volonté institutionnelle, commune aux 2 établissements a été de positionner des CSS comme cadres de pôle, argumentant que la dimension stratégique qui est aujourd'hui attendue, serait mieux incarnée par des CSS.

2.1.3 Les méthodes de recueil des données

☞ Les ressources documentaires internes aux établissements enquêtés :

Tous les documents disponibles et consultables en interne l'ont été pour étayer notre compréhension de ces réalités, notamment ceux relatifs à la nouvelle gouvernance du point de vue des établissements, comme le projet d'établissement dont le volet projet de soins, le contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens, les comptes-rendus de réunions de direction et ceux des staffs de CSS, la maquette du règlement intérieur des pôles et de la charte inter pôles, les procès verbaux des instances...

☞ Les entretiens

Nous avons alors fait le choix de mener des entretiens semi directifs qui permettent un recueil qualitatif. Un 1^{er} guide d'entretien a été élaboré et testé auprès de 2 CSS, d'un directeur des soins et de 2 collègues en formation. Il a été, au décours de ce test, précisé, complété et modifié en tenant compte des remarques faites concernant la redondance des questions et la qualité de la formulation. Ce canevas a été ensuite transmis à la responsable du module mémoire à l'E.N.S.P⁵¹ pour avis et validation.

☞ Choix des personnes à interviewer et déroulement des entretiens.

Ces changements impactent tous les acteurs de l'hôpital qu'ils soient administratifs, médicaux ou soignants. Il nous a paru naturel de recueillir les témoignages de l'ensemble de ces acteurs même si notre sujet, centré sur le management des cadres supérieurs de santé nous a conduit à mener plus d'entretiens auprès des CSS et des DS.

⁵¹ Lire partout Ecole Nationale de la Santé Publique

Nous avons donc conduit 10 entretiens dont

- 4 en direction de cadres supérieurs de santé, membre du triumvirat de pôle
- 2 en direction des directeurs des soins
- 2 avec des médecins chefs de pôle
- 2 avec des directeurs d'établissements

☞ **Le déroulement des entretiens**

Ils ont été préparés sur la base de grilles d'entretiens⁵² adaptées aux spécificités des fonctions des personnes rencontrées, postulant que leurs perceptions peuvent diverger en fonction de la position qu'ils occupent et des prérogatives qui sont les leurs. Sur la base d'un rendez vous systématique, ils se sont étalés sur trois mois (de mars à juin 2007) et se sont déroulés sur une durée d'une heure à chaque fois. Les entretiens ont été enregistrés après accord préalable des personnes concernées et sous réserve des garanties d'anonymat et de confidentialité inhérentes à ce genre de pratique. Une prise de note concomitante a été réalisée.

2.1.4 Le profil des personnes interrogées

- Les cadres supérieurs :

Ils sont tous CSS de santé depuis au moins trois ans, avec des variations d'ancienneté dans le grade de + ou - 11 ans. 3 d'entre eux sont d'anciens cadres de santé de l'établissement, qui ont même antérieurement exercé la fonction d'infirmier dans cette même institution. Ils sont tous titulaires du diplôme de cadre de santé, de cadre infirmier ou de cadre infirmier de secteur psychiatrique.

- Les directeurs de soins, coordonnateurs généraux des soins

Le DS du CH A, Promotion DS 2003, est en poste dans cet établissement depuis sa sortie de l'ENSP. Il a participé à toutes les phases de la mise en place des pôles. L'équipe de CSS a été constituée antérieurement à son arrivée.

Le DS du CH B, Promotion Infirmiers Généraux ENSP 1999, est arrivé il y a un an dans cet hôpital, après avoir exercé plusieurs années en MCO, dans une autre région. Son arrivée coïncidant avec la réflexion précédent le découpage en pôles d'activités, il a pu activement y participer.

⁵² Annexes 1-2-3

- Les médecins chefs de pôles

Le chef de pôle du CH A est un psychiatre. Il s'est présenté à la chefferie de pôle. Toutes les parties en présence ont accueilli favorablement cette candidature.

Le chef de pôle du CH B est un cardiologue qui, antérieurement à cette nouvelle responsabilité était chef de service de l'unité de médecine cardiologique. Il était lui aussi candidat pour cette nouvelle responsabilité. Il a remporté l'unanimité des avis.

Ces deux médecins étaient par ailleurs déjà très engagés dans l'institution ; l'un d'eux a même eu, il y a quelques années, un mandat de président de CME.

- Les directeurs

Les directeurs interrogés sont respectivement responsables de 2 établissements concernés. L'un d'eux est directeur dans cet établissement depuis 7 ans, l'autre depuis 6 ans. Ils bénéficient d'une fine connaissance de leur institution respective et ont tissé des relations étroites avec les médecins aujourd'hui chefs de pôles et les CSS.

2.1.5 Le traitement des données

La prise de note et l'enregistrement des entretiens nous ont permis d'en retranscrire le contenu en effectuant un premier tri aux fins d'éliminer les éléments peu significatifs pour l'objet de recherche. Une lecture approfondie des données recueillies nous a ensuite conduit à opérer un classement des contenus par thèmes, à partir d'une grille d'analyse construite à cet effet. L'analyse des données et le rendu des résultats ont été bâtis sur cette architecture pour en faciliter la mise en perspective avec les hypothèses posées. Chaque fois que cela a été possible, nous avons associé les remarques notamment des CSS de pôle et des chefs de pôle autour du même item. Le positionnement extérieur aux pôles des DS et des directeurs d'établissements, couplé à la volonté de recueillir d'autres aspects des perceptions nous a conduit à dissocier leurs propos et à en faire une analyse le plus souvent à part. Des extraits significatifs des entretiens ont été repris pour illustrer l'analyse.

2.1.6 Les limites et les points forts de l'étude

☛ Les limites

La taille de l'échantillon, objet de notre étude, ne permet pas de généraliser les résultats. Les informations extraites de cette étude de terrain ne sont que le reflet de 2 réalités

hospitalières, même si certains des éléments recueillis se font un large écho de la situation plus globale décrite dans le cadre conceptuel ci-dessus exposé. Le caractère récent de la mise en pôles au moment où les entretiens ont été menés peut expliquer par certains aspects, le manque de recul sur l'expérience des personnes auditionnées. Les témoignages recueillis sont d'ordre qualitatif et sont naturellement empreints de subjectivité.

☛ **Les points forts**

Ce mémoire, à caractère professionnel nous a permis au cours des multiples rencontres que nous avons faites, de récupérer « un matériau précieux » issu de l'expérience qui restera très utile pour nous, au-delà de la rédaction de ce travail, dans notre proche prise de fonction et notre exercice professionnel. Des outils et des méthodes de travail identifiés à l'occasion de ces entretiens seront repris et adaptés dans notre contexte professionnel.

2.2 Résultats et Analyse

Comme précédemment expliqué, nous avons choisi une analyse autour de 4 thèmes :

- ☛ De l'identification de ces changements par les acteurs ...
- ☛ A leurs vécus : des bénéfiques mais aussi des difficultés et des inquiétudes.
- ☛ En passant par des attentes et des attendus.
- ☛ Pour formuler des besoins.

2.2.1 De l'identification de ces changements par les acteurs.

☛ ***Des changements inscrits dans la structure :***

Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour dire que l'organisation en pôles d'activités a modifié et est en train de modifier leur réalité professionnelle et ses contours. Une des premières remarques qui nous ait été faite par un CSS interrogé a été « *que le changement se traduit déjà dans la sémantique, puisque nous ne nous appelons plus CSS mais cadres de pôles ou cadres supérieurs de pôles.* »

Une CSS évoque le changement **lié à la nouvelle architecture du pôle** dont elle a la responsabilité. « *Avant d'être responsable de pôle, j'étais cadre supérieur sur le SAU⁵³,*

⁵³ Lire partout Service d'Accueil des Urgences

l'anesthésie réanimation, le bloc opératoire. Aujourd'hui, le pôle sur lequel je suis affectée compte en plus l'ortho traumatologie. » Et un chef de pôle de rajouter : « Je suis responsable du pôle 4, alors qu'avant j'étais seulement chef de service de la cardiologie. »

Pour les CSS et les chefs de pôles

☞ Dans leur rôle et leurs responsabilités :

Les CSS perçoivent que leur rôle évolue dans cette nouvelle organisation et que leur positionnement se renforce. Une dimension plus politique de leur mission se fait jour avec une nécessité plus accrue de communiquer sur ces changements. Les évolutions les plus significatives pour eux résident dans l'aspect gestion et notamment dans leur contribution sur les questions budgétaires du pôle, dans la collaboration plus étroite avec les médecins et dans leur participation à la stratégie du pôle au travers du projet de pôle et des instances du pôle. **Les chefs de pôles** voient leurs responsabilités de gestionnaires et de managers s'accroître considérablement et même parfois pour l'un d'entre eux « *au détriment du malade.* » Ils insistent sur cette notion de responsabilité de pôle qui vient « *se rajouter à la responsabilité médicale à proprement parler.* » et qui impose qu'ils aient « *un regard global sur tout ce qui se passe dans le pôle.* »

☞ Dans leur charge de travail :

Le manque d'habitude lié au caractère récent du changement, la nécessité de s'adapter à des interlocuteurs différents, la préparation des bureaux de pôle, le questionnement croissant des personnels intensifient la charge de travail déjà importante des CSS. Nous relevons d'ailleurs le même type de remarques pour les chefs de pôles, l'un d'eux se dit « *moins proche des malades et plus près du directeur, avec pourtant l'obligation de soigner les malades et de répondre aux sollicitations du directeur. On fait 2 métiers en un.* »

☞ Dans leur connaissance des acteurs :

Le découpage en pôles même s'il a sensiblement respecté dans ces 2 exemples les organisations précédentes a malgré tout conduit 2 CSS à travailler en étroite collaboration avec des médecins chefs de pôle, des cadres de proximité avec qui elles n'avaient jusqu'alors pas ou peu de lien. Elles soulignent d'ailleurs l'intérêt au moins à court terme de ces rencontres et de ces collaborations. Mais elles témoignent aussi de l'incertitude

qu'il faut gérer dans ces relations. « *Les médecins ne voient pas toujours les choses comme nous, il va falloir trouver des terrains d'entente.* » Tous les CSS notent un rapprochement au quotidien dans leurs relations avec les médecins chefs de pôles et une volonté globalement partagée de collaborer même si l'un d'eux ajoute « *qu'un détour pour clarifier les rôles de chacun au sein du pôle sera incontournable.* » Les relations avec les directions fonctionnelles s'intensifient et bien évidemment avec le cadre administratif du pôle, devenu un interlocuteur important pour les CSS. **Les chefs de pôles** saluent cette proximité plus fréquente avec les CSS, la connaissance mutuelle qu'il en découle et la précieuse collaboration qu'ils mettent en place même « *s'il y a parfois des désaccords.* »

☞ ***Dans leur management.***

La confrontation avec de nouveaux interlocuteurs dans une organisation en mouvement qui demande à être stabilisée et harmonisée, le fait d'avoir à gérer l'introduction d'une délégation de gestion dont la portée et les limites restent à définir dans ces 2 établissements laisse pressentir aux CSS des adaptations managériales. « *Il faut associer les médecins dans nos stratégies managériales.* » nous dit un CSS.

Pour les directeurs des soins, coordonnateurs des soins

Ils font eux aussi le constat que l'organisation en pôles d'activités impacte la structure tout autant que les acteurs et leur rôle, y compris le leur. « *Les responsabilités et les modes de relation évoluent* »

☞ ***Dans le positionnement des CSS et le rôle des chefs de pôles :***

Les DS sont conscients que les CSS sont devenus plus qu'hier les collaborateurs incontournables des chefs de pôles, que leur rôle s'est renforcé et va se renforcer notamment du fait de la délégation de gestion, dans une dimension plus stratégique et gestionnaire au sein du pôle, mais aussi au sein de l'institution. Pour eux, l'accroissement de ces responsabilités impose d'accompagner les CSS tant humainement que méthodologiquement. Ils prennent acte de la nécessité de renforcer la confiance et les liens avec leurs collaborateurs. Ils insistent aussi sur l'importance de travailler plus étroitement avec les chefs de pôles et de se rapprocher d'eux.

☞ **Dans le niveau d'information :**

L'un des DS dit « *qu'il faut rester vigilant par rapport à l'information ascendante. Les CSS occupés à gérer leur pôle oublient parfois de m'en référer sur des problèmes ou des décisions qui pourraient me concerner.* »

Ne participant ni au bureau de pôle, ni au conseil de pôle de manière systématique, ils identifient un risque surtout à leur niveau de déperdition de l'information qui serait préjudiciable pour leur stratégie et leur vision globale de l'institution.

☞ **Dans le degré de cohésion dans l'équipe de cadres supérieurs et dans la richesse des échanges :**

Le caractère novateur de cette organisation crée une émulation remarquée par un DS au sein de son équipe de CSS. « *Les staffs sont plus riches par les questionnements soulevés.* » Devant l'absence de références connues, face aux nouvelles problématiques qui émergent, du fait de la diversité des demandes et des questionnements, les CSS font alliance. « *Cela a renforcé la cohésion du groupe de CSS.* »

☞ **Dans le changement de posture à opérer :**

Les 2 professionnels ont conscience que leur légitimité en tant que DS peut être interpellée par ce fonctionnement en pôles et par la dimension nouvelle que prennent les CSS dans cet échiquier organisationnel. Pour autant, ils ne se sentent pas menacés dans leur rôle en tant que coordonnateurs des soins. « *Le directeur des soins, non coordonnateur a une légitimité plus floue dans ce nouveau découpage parce qu'il exerce des missions proches de celles des cadres supérieurs de pôle, aujourd'hui* »

Néanmoins ils perçoivent la nécessité de revisiter leur propre positionnement. Ils disent devoir se centrer sur la stratégie, la politique globale des soins, la coordination, le conseil et développer la professionnalisation des CSS par le tutorat et la formation du fait de ce nouveau contexte. Ils insistent sur la nécessité d'encourager la collaboration.

Pour les directeurs

L'organisation en pôles, la dimension contractuelle qui s'y invite et la préparation de la délégation de gestion induisent chez eux aussi des changements relationnels importants. « *Je rencontre très souvent les chefs de pôles et le président de CME. Il y a 10 ans en arrière, penser que le directeur serait en compagnie des médecins, près de la moitié de son temps, nous paraissaient à mes collègues et à moi-même inimaginable.* »

Ils sont conjointement d'accord pour souligner que les CSS sont des acteurs incontournables de cette nouvelle organisation et que l'un d'eux compare à des « marionnettistes ». Mais l'un des directeurs parle « d'un rôle qui n'est pas facile. » L'impression de l'autre directeur « qu'en cas de désaccord du CSS avec le médecin chef de pôle, il va falloir rapidement intervenir pour ne pas risquer de mettre à mal le pôle tout entier. » Ils insistent sur la nécessité que le médecin et le CSS de pôle forment un duo cohérent. Ils témoignent de l'importance de bien réfléchir la délégation de gestion et de bien en circonscrire les contenus.

Analyse

Parmi tous les changements évoqués, les évolutions les plus remarquées par les acteurs sont :

➤ L'affirmation importante de deux interlocuteurs dans l'institution: les cadres supérieurs et les chefs de pôles. Les CSS ont conscience d'occuper une position plus stratégique tant aux côtés des chefs de pôle et des équipes que dans leurs rapports avec la direction. Les chefs de pôles se retrouvent impliqués dans la gestion du pôle dans toutes ses dimensions. Tous notent l'émergence de ce tandem **déterminant chef de pôle/CSS et une meilleure connaissance des logiques réciproques même si des ajustements restent nécessaires. Ils soulignent la nécessité de collaborer et de communiquer.**

➤ Les DS insistent sur l'importance d'accompagner les CSS dans ces changements pour qu'ils assument au mieux leur rôle en contribuant à développer leurs compétences dans une approche de type tutorat. Ils leur semblent essentiels de développer des synergies avec les chefs de pôles et de manager dans la confiance. Enfin, même si en tant que coordonnateurs des soins, ils ne se sentent pas menacés dans leur légitimité, ils ont conscience qu'ils doivent davantage investir une dimension politique, des fonctions de conseil et de coordination en développant la collaboration en parallèle. Ils identifient un risque de déperdition de l'information.

2.2.2 A leurs vécus ...

Des bénéfices dans ces changements

Pour les CSS et les Chefs de pôles

☞ ***Dans des relations plus privilégiées / Plus de lien.***

3 des CSS interviewés apprécient les rapports privilégiés qu'ils ont désormais avec les chefs de pôles et avec certains chefs de services. « *Plus besoin de leur courir après, on se voit une fois par jour avec le chef de pôle, de manière formelle pour faire le point...* »
« *Ils nous confient davantage leurs impressions sur les services, le personnel... Ils posent bien plus de questions sur notre travail, nos difficultés...* »

Pour les chefs de pôles, les CSS sont des « *acteurs essentiels dans la stratégie et le pilotage du pôle* » Ils leur reconnaissent un rôle précieux que ce soit dans la prise de décision, la gestion des ressources humaines ou dans la mutualisation des ressources. Un des chefs de pôle dit « *sans mon CSS, je suis foutu.* »

Ils attestent que la collaboration avec le CSS s'est renforcée, qu'il est un interlocuteur privilégié mais pensent déterminant qu'ils partagent la même vision des objectifs pour bien fonctionner.

☞ ***Plus de facilité dans la gestion des ressources humaines et des compétences :***

Le décloisonnement voulu est partiellement en train de s'opérer **pour les CSS** qui remarquent plus de souplesse notamment pour gérer l'absentéisme. Un CSS illustre son propos par cette remarque : « *À plusieurs reprises déjà, il a fallu faire face à des remplacements de personnels au sein du pôle. L'affectation de l'ensemble du personnel se faisant maintenant au niveau du pôle, nous avons moins de difficultés à trouver des volontaires, surtout quand il s'agit d'aller remplacer au sein du pôle. C'est là un gain de temps et d'énergie considérable.* »

Pour les chefs de pôles, l'intérêt réside surtout dans la connaissance qu'ils acquièrent petit à petit du personnel au sein du pôle et qui du même coup permet que ces derniers soient rapidement opérationnels lors des remplacements. La mutualisation des moyens à l'échelle du pôle leur permet plus de souplesse et de flexibilité.

☞ **En terme de reconnaissance et de légitimité :**

Les CSS perçoivent qu'ils ont gagné en légitimité, surtout de la part des médecins et de la direction. « *Il faut bien reconnaître que c'est agréable d'être beaucoup sollicité.* » « *Notre avis compte bien plus qu'avant.* » Ils manifestent beaucoup d'intérêt à participer au bureau de pôle, qui permet selon l'un d'eux « *de mieux comprendre la logique des autres.* » **Les chefs de pôles** eux aussi pensent avoir gagné en légitimité, même si selon eux, ce n'est pas ce qu'ils recherchent. Leurs confrères chefs de service ou praticiens les sollicitent beaucoup plus qu'avant. Ils réaffirment le caractère incontournable des CSS à leurs côtés pour faire avancer les choses.

☞ **En terme d'autonomie :**

Dans cette nouvelle organisation, les CSS ont conscience d'avoir acquis plus d'autonomie. Ils sollicitent moins fréquemment le DS pour certaines décisions et au cas par cas s'autorisent à faire des choix sans en aviser ce dernier, le médecin devenant l'interlocuteur privilégié.

Pour les directeurs des soins, coordonnateurs des soins

☞ **Dans l'évolution culturelle que l'organisation en pôles initie :**

L'un des DS qui avait tenté en collaboration avec le DRH⁵⁴, il y a 2 ans et demi d'initier une réflexion sur une politique de mobilité interne avait dû faire face à une levée de bouclier syndical qui avait en son temps fait avorter la réflexion. « *Il y a quelque temps, ce sont eux qui en ont parlé au moment des négociations en commission tripartite, sur la future maquette commune du règlement intérieur des pôles.* » Les 2 DS constatent que ce changement par les nécessités d'harmonisation, d'adaptation, de négociation et de régulation qu'il impose, par les nouvelles problématiques organisationnelles qu'il met en lumière invite les acteurs à plus de communication, de lien et de réflexion commune. « *Tout ceci est favorable pour la dynamique de l'établissement* » Les chefs de pôles et les praticiens en général sont peut être plus conscients des difficultés que l'organisation des soins et sa continuité génèrent au quotidien : « *Je constate moins d'appels des médecins pour se plaindre de tel ou tel problème. Ils ont sûrement pris conscience des difficultés à les résoudre.* »

⁵⁴ Lire partout Directeur des Ressources Humaines

☞ ***Dans l'amélioration des prises en charges et la satisfaction des agents :***

Même si l'amélioration des prises en charge est aujourd'hui plus pressentie qu'évaluée, compte tenu du peu de recul des acteurs, des bénéficiaires et de l'absence d'un dispositif permettant la mesure, une organisation des soins visant à mieux mettre en adéquation les besoins ne peut être aux yeux des 2 professionnels « *que bénéfique aux patients, dans la qualité de la prise en charge, aux soignants dans la satisfaction et éventuellement dans la gratification secondaire qu'elle peut leur apporter.* »

☞ ***Dans leurs relations avec les chefs de pôles et l'équipe de direction.***

Les DS constatent une amélioration de la qualité de leurs relations avec les chefs de pôles même si l'un d'eux nuance en disant « *que les changements de mentalité des uns et des autres demanderont du temps et que les conflits pour « pas grand-chose » continuent parfois d'exister* »

L'un des coordonnateurs généraux des soins dira « *qu'il y a fatalement plus de collaboration avec le reste de l'équipe de direction, parce qu'il y plus d'échanges et plus de réunions* » Ils disent être mieux reconnus par leur directeur qui les sollicite « *plus qu'avant pour donner leur avis.* »

Pour les directeurs

Ils apprécient la plus grande implication des acteurs, notamment médicaux. Ils ont enfin l'impression d'être mieux compris des médecins sur les questions de budget et de marges de manœuvres.

Mais aussi des difficultés et des inquiétudes
--

Pour les CSS :

☞ ***En terme de délimitation du rôle à l'intérieur du pôle et de compétences :***

La nouvelle organisation en pôles nécessite de clarifier leur rôle et ses limites au sein du pôle. Le surcroît de travail des chefs de pôles du fait de leurs nouvelles missions amènent ces derniers à déléguer aux CSS ce que l'un d'entre eux résume par « *les tracasseries administratives et toute l'organisation des instances de pôle* ». Les CSS souhaitent vivement que leur fiche de poste soit rapidement établie (elle était en cours d'élaboration

au moment des entretiens, avec leur coopération d'ailleurs dans l'un des établissements et pas encore faite dans l'autre) pour servir de référentiel à leur pratique et jeter les bases pour discuter des contours de leur rôle notamment avec le chef de pôle. La gestion financière est une prérogative plus ou moins nouvelle pour eux. Ils travaillent fréquemment avec le cadre administratif de pôle pour établir les tableaux de bords et apprendre à les interpréter. Mais 2 d'entre eux évoquent le manque de formation à cet égard, leurs difficultés pour rendre les outils utilisables et recueillir des données exhaustives.

Les chefs de pôle reconnaissent leurs limites dans le management même si pour l'un d'eux « *Il y a plus de monde à gérer, mais c'est comme dans le service avant. Ceux avec qui j'ai le plus de mal, ce sont mes confrères, certains ont du mal à accepter l'idée d'une hiérarchie fonctionnelle* »

☞ **Devant les fréquents arbitrages à mener :**

Plusieurs CSS nous disent qu'ils doivent fréquemment se positionner en médiateur voire en arbitre entre les médecins du pôle. « *Certains d'entre eux se parlent à peine, ils passent par moi pour régler leurs problèmes ou faire passer des messages.* »

☞ **Devant l'hétérogénéité du profil des cadres administratifs de pôle :**

Les CSS et les chefs de pôles pensent conjointement que le profil du cadre administratif de pôle selon qu'il soit attaché d'administration hospitalière en DRH, ou directeur adjoint aux finances par exemple avantage ou non la gestion du pôle et leur procurent une aide plus ou moins précieuse. « *Leur sensibilité de formation et/ou la nature de leurs expériences en font plus ou moins des collaborateurs précieux..* »

☞ **Pour concilier ces évolutions et les autres missions :**

Les CSS voient leur charge de travail croître de manière exponentielle. « *Débordés, nous l'étions déjà ! Mais c'est pire depuis les pôles, avec tous les changements que cela a apporté, on est surbooké !* » « *Et puis, le chef de pôle me sollicite beaucoup, il faut participer à beaucoup de réunions, je n'ai plus de temps pour m'occuper de la formation continue qui est ma mission transversale...* » Les CSS se disent « phagocytés » par la gestion quotidienne au sein du pôle et manquer de temps pour le reste. 2 d'entre eux se disent inquiets si cette situation perdure « *de ne plus pouvoir prendre le recul nécessaire à notre fonction et de n'être plus ouvert aux autres pôles.* » L'un d'entre eux dira d'ailleurs

qu'il « a l'impression que le DS ne se rend pas compte de la charge de travail au sein d'un pôle. »

Les chefs de pôles se disent aussi moins présents dans la relation avec les patients, mais plus occupés par la gestion et le management du pôle. L'un d'eux est d'accord avec une des hypothèses avancées en son temps « de soulager le chef de pôle d'une partie de son activité médicale » Ils ont conscience de beaucoup solliciter les CSS.

☞ ***Devant les résistances du personnel et la diversité des logiques :***

Les CSS se heurtent parfois à des cadres de proximité peu convaincus par ces changements qui expriment leur désagréable sensation que « le nerf de la guerre n'est plus le malade, mais l'argent et surtout les économies. » Les personnels ne sont pas tous connus des CSS et les changements vécus génèrent de l'incertitude, de l'instabilité ou bouleversent des habitudes qui réveille parfois des comportements plus ou moins inattendus qu'il faut gérer. Il faut aussi travailler à persuader les acteurs de se présenter au conseil de pôle. La logique médicale a parfois du mal à rejoindre la logique administrative. « Cette ouverture sur d'autres services, d'autres personnels, un regard plus gestionnaire amènent les médecins à rentrer dans une autre logique. Leur culture médicale très marquée ne fait pas toujours bon ménage avec cette nouvelle approche. » Les CSS misent sur le travail de réflexion sous-tendue par la rédaction du règlement intérieur de pôle, du projet de pôle et dans la participation des personnels au conseil de pôle pour gagner en cohérence, en partage et en compréhension des changements.

- Pour les directeurs des soins, coordonnateurs des soins

☞ ***La logique de service ne doit pas se transférer sur une logique de pôles :***

A l'instar de ce que disent les CSS, les DS expriment la nécessité d'être vigilant quant au cloisonnement qui pourrait s'opérer non plus à l'échelle du service mais à celle du pôle. La reproduction de ce type de modèle serait préjudiciable tant pour les objectifs et les enjeux poursuivis à l'échelon institutionnel que dans la poursuite de la dynamique impulsée. Ils attestent que les CSS sont moins disponibles, même si les staffs hebdomadaires garantissent un échange périodique sur les problèmes et les opportunités. Ils identifient l'intérêt de les aider à s'organiser et à « lâcher un peu le terrain. »

☞ Des difficultés pour certains CSS à jouer le rôle qui leur est maintenant dévolu :

Il apparaît aux DS que certains des CSS ont des difficultés à se positionner stratégiquement ou à gérer leur pôle, que ce soit dans le suivi budgétaire, dans la relation avec le chef de pôle ou tout simplement pour faire face à leur autonomie et leur responsabilité grandissantes. Ils insistent sur l'importance de les soutenir, de les aider et de les conseiller. Les 2 DS rappellent qu'ils n'ont pas choisi leurs collaborateurs et que devant les compétences attendues d'un CSS aujourd'hui, ils seront à l'avenir « *vigilants à l'égard du recrutement* »

Pour les directeurs

Pour l'un d'eux, « *C'est compliqué aussi pour mes collègues directeurs adjoints et moi-même de se répartir les responsabilités de pôles.* » Cela occasionne une charge de travail supplémentaire. Il faut qu'ils réorganisent les services administratifs et gèrent le redéploiement de certains agents. L'organisation en pôles d'activités est aussi très chronophage pour eux. Ils s'inquiètent pour les délégations de gestion à venir et leurs contenus. « *Certains ont les dents longues, d'autres ne voudraient pas grand-chose.* » L'un d'eux évoque « *la tentation que pourraient avoir certains médecins à vouloir les pleins pouvoirs.* »

☞ **Analyse**

Les perceptions et les vécus de ces changements sont globalement favorables. **Les CSS et les chefs de pôles** sont satisfaits de la plus grande collaboration qu'ils instaurent et de leur légitimité grandissante. Ils apprécient la flexibilité que leur permet la gestion des ressources humaines à l'échelle du pôle. Mais ils ne cachent pas leurs inquiétudes quant à certains aspects de cette organisation en pôles d'activités comme la nécessité d'harmoniser, de faire converger les points de vue, de créer de la cohérence, de convaincre et de ne pas se replier sur eux-mêmes dans le pôle « embolisés » par une charge de travail croissante. Ces remarques mettent en évidence que ce changement est consommateur de temps et que sa mise en place récente occasionnera inévitablement des réajustements. Les CSS veulent que leur rôle soit mieux défini tant au niveau du pôle qu'au niveau de l'institution.

Les 2 DS se réjouissent qu'une nouvelle dynamique institutionnelle soit en train de s'amorcer au profit de la qualité des soins et de la prise en charge. Ils identifient des changements plutôt favorables dans leurs relations avec les chefs de pôles et avec la

direction avec qui ils coopèrent plus qu'avant. Ils ont conscience de la nécessité de garantir la cohérence institutionnelle, de veiller à l'harmonisation des pôles et la nécessité de travailler ensemble. Ils doivent répondre aux besoins d'aide exprimés par les CSS. Ils notent un risque de déperdition d'information.

Les directeurs insistent sur la nécessité d'être vigilants par rapport à la délégation de gestion du fait notamment des conflits de pouvoir qu'elle pourrait soulever.

Parallèlement au changement structurel s'opèrent des changements organisationnels, relationnels et culturels chez les acteurs, preuve en est que les individus ne sont jamais totalement contraints et qu'ils s'emparent des changements plutôt que de les subir. Mais l'absence de référentiel dans ce domaine rend tatillonne la démarche et nécessite de consolider les initiatives. Bien des attentes émergent chez les acteurs.

2.2.3 En passant par des attentes et des attendus

Pour les CSS et les chefs de pôles

Les CSS attendent de cette nouvelle organisation une collaboration encore plus importante avec les chefs de pôle. Ils souhaitent être associés à toutes les décisions du pôle et travailler dans la confiance et le respect mutuel que ce soit avec les chefs de pôles ou avec la direction des soins. Ils attendent une reconnaissance à la hauteur de leurs responsabilités et de la qualité de leur travail. Ils souhaitent pouvoir prendre les initiatives et les décisions qui s'imposent et être soutenus par le DS. Ils disent ne pas être à l'aise avec les tableaux de bord même s'ils sont épaulés par le cadre administratif. Les fiches de poste, pour mémoire en cours d'élaboration, semblent pour eux, un support essentiel qui devrait les aider à mieux cerner, délimiter les attendus institutionnels de leur rôle et ainsi mieux se situer. *« Nous sommes en train de réaliser les fiches de poste des CSS, responsables de pôles, le DS nous a demandé de lister les spécificités du pôle pour adapter au mieux son contenu. Cela me semble un travail important pour nous aider à clarifier notre place. »*

La délégation de gestion, en cours de réflexion actuellement, leur fait un peu « peur » car ils n'en perçoivent pas encore les contours ni les contenus. Pour les CSS du CH A, ils ne souhaitent pas se voir retirer des missions.

Les chefs de pôles revendiquent aussi d'être formés au management et à la gestion financière. Ils sont plutôt favorables au fait que le trio de pôle puisse bénéficier de la même formation. Ils veulent que les CSS soient de vrais collaborateurs, qu'ils partagent leurs idées et leurs manières de voir les choses. Ils attendent qu'ils soient en capacité de se positionner au sein du pôle en tant que manager et régulateur et en capacité

d'argumenter et de défendre les projets du pôle au niveau de la direction. Ils doivent « être force de propositions, veiller à la bonne marche des équipes et au fonctionnement des services. »

Concernant le DS, ils souhaitent « le voir appuyer les idées du CSS, voire de les défendre auprès du directeur si besoin » Ils attendent de ce dernier qu'il se positionne comme « une personne ressource, à solliciter sur des questions attenantes à l'organisation des soins, au remplacement, à la démarche qualité... ». Enfin, ils lui accordent un rôle important pour arbitrer les conflits. Ils misent beaucoup sur la délégation de gestion, « pour avoir vraiment les moyens de gérer le pôle et rendre son pilotage cohérent. Actuellement, c'est un peu comme si on pilotait une voiture, sans avoir ni pédales, ni volant, ni rétroviseurs. »

Pour les directeurs des soins, coordonnateurs des soins

Les DS attendent **des CSS** qu'ils assument leurs responsabilités et leur rôle en tant que cadre de pôle, qu'ils « s'ouvrent sur les autres pôles » et qu'ils continuent leur travail en transversal. Ils attendent d'eux qu'ils les sollicitent s'ils ont des difficultés, qu'ils leur rendent compte de ce qui « se passe au sein du pôle. » et qu'ils initient des projets.

Ils espèrent par ailleurs conforter leur place au sein de l'équipe de direction. Membres du comité exécutif, ils ont déjà contribué à certaines décisions et entendent « faire connaître leur avis sur les décisions à venir et notamment sur la délégation de gestion.»

La délégation de gestion apparaît pour eux comme une opportunité de clarifier les responsabilités de chacun, même s'ils entendent garder « un regard d'ensemble » sur les délégations consenties aux pôles dans les domaines qui relèvent de leurs compétences.

Ils insistent sur la nécessité de fédérer les pôles dans des projets transversaux. Ils travaillent actuellement avec la direction, les chefs de pôle, les CSS et les représentants syndicaux sur une charte inter pôles qu'ils estiment essentielle pour donner de la cohérence et favoriser la collaboration. L'un d'eux dit aussi qu'il lui paraît stratégique « de se rapprocher des chefs de pôles pour envisager un travail en commun sur la philosophie globale de l'organisation des soins. Il faudra user de pédagogie et de patience. »

Pour les directeurs

Ils espèrent que les chefs de pôles et les CSS continueront de former à moyen terme le tandem comme nous l'avons décrit. Ils attendent des CSS qu'ils soient bien positionnés, qu'ils connaissent leur pôle, ses potentiels et ses limites, qu'ils arbitrent les conflits et qu'ils remplissent leur mission avec « beaucoup de sérieux et de rigueur. »

Concernant les DS, ils misent sur leurs compétences pour organiser la coordination des pôles, pour développer plus de partenariat avec les chefs de pôle, pour garantir la cohérence institutionnelle, et développer les synergies entre les acteurs. Ils pensent que leur autorité hiérarchique reste déterminante pour asseoir la cohésion d'ensemble.

2.2.4 Pour formuler des besoins...

Les CSS souhaitent être formés aux spécificités du rôle du cadre de pôle.

Ils formulent le souhait pour la plupart « *de bénéficier d'une formation avec le chef de pôle, avec qui on travaille quotidiennement* »

Ils attendent du DS qu'il les aide quand ils ont des difficultés, qu'il apporte son éclairage extérieur, et qu'il contribue à résoudre les problèmes. Ils veulent pouvoir se référer à lui, lui demander conseil sur tel ou tel sujet, sans que « *le fait de demander soit perçu comme une incapacité.* » Le DS n'est pas contesté dans sa légitimité, « *c'est notre supérieur hiérarchique* » même si 3 d'entre eux disent avoir moins recours à lui, sur des questions de personnel par exemple. Ils espèrent qu'il a pris conscience de leur charge de travail. Enfin, ils veulent être reconnus comme de précieux collaborateurs à ses yeux et être impliqués dans les projets transversaux.

Les chefs de pôles revendiquent d'être formés au management, aux questions budgétaires, que soient rapidement définis les contours de la délégation et que leur soit libéré du temps pour la gestion du pôle.

Les directeurs des soins formulent des besoins autour de la formation continue et du développement du travail en commun.

Analyse

Nous l'avons vu, les attentes et les attendus des acteurs sont nombreux, ambitieux et exigeants.

Les CSS estiment jouer un rôle déterminant dans l'institution ainsi configurée et attendent une reconnaissance institutionnelle. Ils formulent le souhait de travailler dans la confiance et le respect tant avec les chefs de pôles qu'avec le DS. Ils attendent de ce dernier un soutien, une écoute, une aide pour donner du sens et des limites à leur rôle, mais aussi pour expliquer aux agents les bénéfices de cette évolution. Ils le vivent comme le référent des soins. Ils revendiquent des aides techniques de type formation.

Les DS attendent des CSS qu'ils soient compétents et à la hauteur pour gérer les pôles. Ils identifient des CSS plus en difficultés que d'autres pour assumer leur rôle. Ils

expriment la nécessité de les accompagner et de développer des modes de managements plus compatibles avec la réalité d'aujourd'hui, donc plus partagés.

Les chefs de pôles attendent des CSS qu'ils soient des collaborateurs proches sur qui ils peuvent compter et s'appuyer. Ils misent sur un rapprochement des relations avec le DS, dont ils conçoivent le rôle dans la stratégie, le conseil et l'arbitrage.

Les directeurs veulent des CSS positionnés et en capacité de remplir leur mission avec professionnalisme. Ils exigent des DS d'être en capacité de les accompagner, de créer les conditions favorables au décloisonnement, à la coopération, tout en restant dans un positionnement hiérarchique, pertinent à leurs yeux, pour garantir la cohérence institutionnelle.

2.2.5 Mise en perspective des hypothèses aux vus des résultats

Les 2 premières hypothèses sont vérifiées à la lumière de ces témoignages :

☛ ***Les missions et les compétences attendues pour les cadres supérieurs responsables de pôle impliquent qu'ils soient formés.***

☛ ***La redistribution des responsabilités, du fait de cette nouvelle organisation en pôles d'activités, impose de clarifier le rôle des cadres supérieurs de pôle.***

En effet, la nécessité d'une politique institutionnelle lisible pour les CSS est essentielle pour qu'ils opèrent les changements de posture nécessaires à leur nouveau rôle. Il faut clarifier les attendus institutionnels, leurs zones d'autonomie et les espaces pour rendre compte. Cela leur permettra de prendre le recul nécessaire avec le terrain pour avoir une vision globale du pôle et donc pour s'impliquer dans la stratégie et le pilotage. La formation est un accompagnement indispensable pour leur permettre d'acquérir des compétences, notamment en gestion.

Concernant la 3^{ème} hypothèse :

☛ ***Le management du DS influence le positionnement des cadres supérieurs et leurs capacités à innover.***

Il serait nécessaire que les acteurs interrogés aient plus de recul sur l'expérience, ou pour le dire autrement, aient plus d'expérience dans les relations CSS/DS dans ce contexte d'organisation en pôles pour pouvoir identifier l'impact du management de ce dernier sur leur positionnement et leurs capacités à innover. Même si certaines des réponses des

acteurs nous permettraient de partiellement la vérifier, nous ne nous autoriserons pas à la valider au regard des résultats obtenus.

Néanmoins, la mise en place des pôles constitue bien un enjeu managérial pour le DS. Les attendus des CSS, des chefs de pôles et des directeurs par rapport au DS sont divers et variés, mais légitiment d'autant sa place et son rôle au sein de l'institution. Son regard sur sa mission évolue et il doit se donner les moyens d'opérer les changements de posture nécessaires à son action. Manager, expert, il va devoir adapter sa stratégie pour être à la hauteur de ces nombreux attendus et pour honorer sa mission.

3 De la nécessité du changement à son appropriation : une question de stratégie... managériale du DS, ce facilitateur !

Au regard de l'éclairage conceptuel, à la lumière des résultats de l'enquête, en prise avec notre expérience professionnelle et notre futur exercice, nous pouvons affirmer le rôle incontournable du DS dans le management des CSS, devenus des acteurs essentiels de la nouvelle gouvernance hospitalière. Si le rôle fondamental des CSS n'est plus à démontrer, ses contours restent à préciser et à affiner. Pour qu'ils l'assument avec professionnalisme, ils nécessitent d'être accompagnés dans ces évolutions, ils l'expriment d'ailleurs spontanément. Au carrefour de multiples logiques et au cœur de nombreuses problématiques, les CSS recueillent les interrogations et les incompréhensions de toutes parts. Le DS doit contribuer à alimenter leurs réponses par un travail commun sur le sens, il doit les aider à se positionner dans cette nouvelle organisation donc à se distancer dans une juste mesure du terrain. Il faut qu'il les encadre, qu'il évalue l'atteinte des objectifs tout en leur donnant l'autonomie nécessaire. In fine, il doit contribuer à leur valorisation et à leur reconnaissance, composantes de la satisfaction et du plaisir au travail.

Le DS doit donc être un manager, soucieux du sens et de l'éthique, en capacité d'adapter ses modes de management, pour favoriser l'émergence « *d'un agir commun* » au service de la compétence collective et mieux répondre de ce fait aux impératifs de qualité, de sécurité des soins et des prises en charge, dans une logique d'efficacité et de performance. Il doit aussi affirmer son positionnement, en tant que personne-ressource experte, conseillère, qui par sa position de marginal sécant et sa vision globale et stratégique de l'institution va contribuer à accompagner les acteurs en leur facilitant le quotidien professionnel. Sa posture questionnée dans cette nouvelle configuration polaire doit être l'occasion de légitimer sa place et son rôle dans une dimension plus stratégique et de « surfer » sur les opportunités nouvelles d'un rôle à jouer.

3.1 Le DS, Un Manager :

3.1.1 Qui a une force de conviction et qui est un leader

Le changement dans l'univers hospitalier est aujourd'hui, nous l'avons vu, une condition sine qua non de sa survie et devient donc une réalité incontournable. « *Si le changement est permanent, ce n'est plus un changement mais une donnée objective de*

l'environnement à intégrer dans sa pratique professionnelle »⁵⁵. Dans sa stratégie managériale globale, le DS doit travailler à répandre cette donnée auprès de ces collaborateurs non plus seulement comme un facteur d'instabilité, mais comme une composante source d'opportunités pour apprendre, s'adapter, innover et anticiper. Choisir d'envisager le changement de cette façon, c'est l'appréhender comme un espace offrant des marges de manoeuvre pour agir et se révéler. Il permet alors aux acteurs de mieux être maître de leur destin professionnel. Ceci valorise du même coup leur prise d'initiative, leur autonomie et accroît leur niveau de responsabilité. Le DS doit convaincre du bien fondé des changements. Pour ce faire, il doit mobiliser ses compétences de manager pour envisager les problématiques sous un angle rationnel et les traiter avec méthode. Mais s'il veut réussir, il doit aussi être en capacité de les aborder avec pragmatisme, créativité et souplesse. C'est en ce sens qu'il doit être un leader.

3.1.2 Qui a une capacité à mobiliser les enseignements du passé pour envisager l'avenir

L'introduction de la démarche qualité dans les hôpitaux par exemple, en tant que changement a été une source d'enseignements riches, dont il convient que le DS valorise les acquis, pour conduire les évolutions du moment et celles à venir. Si globalement et avec du recul, les professionnels de la santé sont aujourd'hui satisfaits et partie prenantes des démarches qualité, leur détermination n'a pas toujours été aussi vivace.

En effet, des expériences hospitalières ont montré à cette époque les résistances des acteurs à laisser pénétrer une culture qualité à l'hôpital, perçue comme un exercice imposé, contraignant, une ingérence dans le travail, une obligation de rendre compte parfois une remise en cause des compétences. Certains managers ont choisi de manager la qualité au sens de piloter les nouveaux processus inhérents à la démarche, d'autres ont préféré centrer leur management sur la qualité en tant que valeur commune et base de l'action, non plus uniquement en réponse à une injonction légale et normative mais dans l'optique d'ériger ce principe comme fondateur de l'action. La qualité a été abordée selon le cas, comme un moyen ou une finalité au service du management. Poser la question du management du changement, occasionné ici par l'organisation en pôle d'activités, sous l'angle d'une finalité nous semble traduire une vision trop restrictive des enjeux managériaux pour le DS à le conduire. Le DS doit développer chez les acteurs, des facultés d'adaptation, bien plus qu'à cette nouvelle organisation, mais à de nouveaux modes de relations, de nouvelles prérogatives et donc à de nouveaux intérêts.

⁵⁵ COUDRAY MA., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins. », *Gestions hospitalières* n° 452 p 19.

3.1.3 Qui mobilise les acteurs autour d'un intérêt à agir.

Nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, le changement ne se décrète pas, c'est « *avant tout une transformation des acteurs eux mêmes* ». ⁵⁶ Il résulte aussi d'une combinatoire environnementale (légale, sociétale...) et institutionnelle. Pour se donner toutes les chances de réussir, il faut que le DS saisisse les insatisfactions des acteurs et qu'il s'appuie sur les convaincus pour développer l'intérêt à agir, donc à changer. Pour obtenir leur implication, il doit leur permettre de s'exprimer sur la place qu'ils envisagent de jouer et sur leurs attentes. Il doit les mettre en situation d'être forces de propositions et leur permettre de s'approprier des bénéfices dans ces changements.

3.1.4 Qui a le souci du sens : un traducteur et un co-acteur de signifiant

Le DS doit s'attacher à donner du sens à ces évolutions en direction de ses collaborateurs. Le projet de soins et sa mise en œuvre sont des points d'ancrage importants pour « prendre soin du sens » et baliser le chemin. Ce projet doit prendre en compte les évolutions organisationnelles et culturelles de l'hôpital et anticiper les collaborations à mener. Un effort de pédagogie est essentiel à mener de sa part pour permettre à ses collaborateurs de s'approprier les enjeux de cette nouvelle organisation et se donner mutuellement la possibilité de partager la même vision des buts à atteindre, facteur de réussite. Il est essentiel aussi que le DS soit à l'écoute des interrogations et des besoins des CSS. La prise en compte des difficultés rapportées par les CSS, par exemple doit se traduire en plus d'une recherche systématique et partagée de réponses et/ou de solutions pour tenter d'agir durablement et collectivement sur ces problématiques.

Il faut aussi les aider à se positionner en tant qu'acteurs d'un sens commun à construire dans une réalité professionnelle locale. Le DS doit contribuer à l'émergence des marges de manœuvre dont les CSS disposent au sein de cette nouvelle organisation, à leur faire prendre conscience de leurs potentialités et travailler à banaliser le recours à l'analyse des pratiques, comme outil au service d'un sens nouveau, à la fois issu d'un regard rétrospectif et permettant une vision prospective.

3.1.5 Qui prend soin de l'éthique.

Si nous partons du présupposé que ce qui se construit est apprentissage, il faut alors accepter que cette réalité puisse être imparfaite, parce qu'humaine et contingente, mais qu'elle favorise aussi l'innovation et la responsabilité. C'est en ce sens, une aventure

⁵⁶ PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions Liaisons, p 27.

intéressante pour le DS. Il doit être à l'écoute des différences de perceptions, garder à l'esprit que le regard porté sur les situations est toujours le fruit d'une rationalité limitée, et considérer ces différences non pas comme menaçantes mais comme des potentialités des acteurs à faire preuve de créativité. Il pose ainsi comme préalables à son management, un principe de respect de soi, des autres, de tolérance, de liberté et d'autonomie. Il place de ce fait l'éthique au cœur de son management. Pour cela, un détour introspectif sur sa relation au pouvoir nous semble essentiel pour mieux la clarifier et éviter des blocages ou des interférences, dans une impression de perte de pouvoir ou de légitimité qui n'en seraient pas !

Si l'éthique individuelle s'enracine dans un cheminement personnel, issu du compromis entre les valeurs, la morale, la norme, l'éducation, la perception du monde, du bien, du mal, du bon et du mauvais, et vise dans un exercice professionnel «...*Un devoir de se perfectionner par un travail continu ...* »⁵⁷, l'éthique collective se construit dans des idéaux communs, le partage de valeurs, dans une perception partagée du bon, du meilleur au service du « *bien commun.* »⁵⁸ Placer l'éthique au cœur du management permet d'améliorer la qualité des soins, par la combinaison d'une éthique personnelle, fondée elle-même sur la recherche de perfectionnement des compétences individuelles, et d'une éthique collective, comme construction commune du bien pour tous. Cela suppose un effort de clarification des valeurs du soin et la construction d'une représentation partagée à laquelle le DS doit contribuer. L'éthique collective permettra ainsi une approche plus aisée de la coopération.

3.2 Qui développe un management coopératif centré sur la compétence collective.

Traditionnellement, la culture d'appartenance à l'hôpital est peu développée, tout au plus c'est une culture d'appartenance au service ou une forme de corporatisme qui sert de repères à la construction collective. Le DS a un rôle à jouer pour contribuer au développement d'une culture commune à l'image, toute proportion gardée de la culture d'entreprise. C'est-à-dire travailler à construire une représentation partagée des buts à atteindre, du travail, des valeurs, des règles qui y sont rattachées. Les témoignages des DS mettent en évidence qu'une évolution culturelle s'amorce. Il faut qu'il continue par son management de la développer tout autant que la coopération.

⁵⁷ BOUCHAUT – ROLNIN M.E., février 2007, « L'éthique du management : Une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital. », *Gestions hospitalières* n° 463, p 106.

⁵⁸ Ibid p 106.

3.2.1 En encourageant l'émergence d'une logique médico-soignante : une affaire de pédagogie

☞ *L'acter dans les nouvelles règles du jeu.*

Le DS doit être un promoteur du « *travailler ensemble* » dans une logique commune et dans une perspective d'efficacité. Il faut qu'il amène les acteurs à passer d'une logique métier à une logique transversale plus centrée sur le patient et à développer un pilotage partagé. Nous l'avons vu précédemment l'organisation en pôles d'activités convie les acteurs à modifier, à adapter ou ajuster les règles du jeu organisationnel, au profit d'une nouvelle référence normative. La notion de contrat au sein de pôle change les règles et les codes relationnels. De cette nouvelle relation naît la nécessité d'imaginer un nouveau cadre de référence comme le règlement intérieur du pôle par exemple. Le DS doit contribuer à initier et à participer à cette réflexion pour alimenter ce nouveau corpus normatif, en veillant à inscrire ce regard plus global et pluri professionnel sur la prise en charge. Il peut se positionner comme acteur relais et conseiller auprès des responsables de pôle, au moment de sa rédaction. L'ordonnance du 2 mai 2005 dans son article 1 prévoit que le projet d'établissement comporte **un projet de prise en charge** adossé au projet médical et au projet de soins. Ce projet peut être un levier opportun au service du décloisonnement des logiques. Œuvrer à sa construction permettra au DS de rapprocher les points de vue dans une vision pluri professionnelle de la prise en charge et de la trajectoire du patient.

☞ *En développant la coopération au service de son management*

- *Vis-à-vis des médecins chefs de pôles :*

Le DS doit alors adapter son mode de management. Il doit se rapprocher des chefs et partager avec eux son management. Les chefs de pôles interrogés le souhaitent. Cela passe par le développement de la confiance, une volonté de mutualiser les compétences et les expertises au profit d'une plus grande coopération. Il faut qu'il aille à leur rencontre sur le terrain, qu'il s'enquiert de leurs manières de voir, de leurs ressources et de leurs difficultés, pour tenter de négocier et d'apporter le cas échéant, dans un échange de points de vue, des solutions adaptées et durables. La coopération passe par une vision commune des buts à atteindre. Relais de la volonté institutionnelle, il doit servir de guide à la stratégie et orienter l'action au niveau des pôles et donc de leurs responsables.

Sa position extérieure au pôle, sa légitimité en tant que membre de la direction, son autorité hiérarchique et ses aptitudes dans la gestion des ressources humaines peuvent lui permettre d'exercer des fonctions d'arbitrages en cas de conflits au sein du pôle par exemple, ou de conseil, d'aide à la décision... dans ses domaines de compétences. Le chef de pôle jouit d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels du pôle. Le DS, lui a autorité hiérarchique sur ce personnel. Ils doivent nécessairement développer

des complémentarités pour faire coïncider la nature des relations qui les lient aux acteurs, leur donner de la cohérence et éviter les dérives autoritaires. La création de liens étroits et d'une coopération efficace facilitera un climat de confiance et une capacité au recours mutuel, en cas de besoin pour des avis, des conseils ou pour une aide à la décision.

- ***Vis-à-vis des cadres supérieurs***

Il lui faut faire évoluer son mode de management vers plus de collaboration, donc plus de communication et de négociation. Les CSS, nous l'ont exprimé, ils attendent du DS qu'il les conseille dans la gestion du pôle, qu'il les aide tant à se positionner au sein du pôle que dans leurs relations avec les chefs de pôle. Il est essentiel que le DS adapte sa posture pour répondre à ces besoins. Il doit créer les conditions favorables à la collaboration des CSS avec les chefs de pôle, en distribuant l'information stratégique qu'il détient par exemple et en s'appuyant sur les liens tissés avec ce dernier. Il doit développer des synergies avec l'équipe de CSS. Il faut qu'il s'assure d'avoir des informations nécessaires et utilisables qui puissent rendre compte de ce qui se fait au sein des pôles et des besoins qui émergent. De sa capacité à donner dépendra en partie son potentiel à recevoir. Il doit initier des réflexions avec les CSS sur des thématiques au plus près de leur réalité professionnelle. Il doit les aider à se distancer du terrain pour prendre du recul, pour qu'ils puissent envisager les initiatives et/ou les réajustements avec rigueur, analyse et raison. Il peut alors leur faire profiter de sa vision globale, extérieure au pôle et de son expertise managériale. Les témoignages recueillis font ressortir une difficulté des CSS de pôle à s'extraire du pôle. Il doit anticiper cet écueil et éviter leur repli au sein du pôle en organisant leurs missions transversales, garantes d'une action décloisonnée.

- ***Vis-à-vis des membres de la direction***

Sa stratégie managériale doit s'inscrire dans la dimension globale de l'institution. Il doit prendre soin de développer les collaborations nécessaires avec les différentes directions fonctionnelles et profiter des expertises de chacun et des champs de compétences communs pour une réflexion plus collégiale. Ces collaborations semblent d'ailleurs déjà initiées au regard des entretiens. La confiance doit être à ce niveau aussi, un corollaire de la relation.

3.2.2 En coordonnant la transversalité au service de la cohérence et de la cohésion.

L'hôpital est segmenté dans son organisation, cloisonné dans ses relations. La logique polaire vise à décloisonner et à coordonner. Sa position de marginal sécant doit être mise à profit de la transversalité, de la cohésion et de la cohérence. La démarche projet est un outil pertinent à disposition du DS pour mobiliser et fédérer les acteurs dans une vision

transversale et inter pôles. Il faut que le DS veille à ne pas laisser se reproduire la « balkanisation » à l'échelle du pôle. Il doit être garant de la cohérence de ces sous ensembles dans l'harmonisation des pratiques, la qualité des soins...Sa contribution à la rédaction d'une charte inter pôles est essentielle. Les pôles dans l'exemple auront rapidement les moyens d'être autonomes : moyens alloués, autonomie conférée par la délégation de gestion, il reviendra au DS de faire cohabiter cette autonomie grandissante avec les stratégies et les intérêts institutionnels.

3.2.3 En développant une stratégie managériale qui vise la compétence collective.

Le DS doit créer des conditions favorables au développement de la compétence collective. L'enjeu de l'hôpital repose notamment sur sa capacité à optimiser la trajectoire du patient dans l'organisation. En la rendant plus cohérente et coordonnée, il a fort à espérer d'une meilleure qualité de la prise en charge, d'une plus grande satisfaction des usagers, d'une meilleure efficacité et d'une diminution de la durée moyenne de séjour, un des leviers de la maîtrise comptable. Après avoir pris soin du sens commun, œuvrer au développement d'une représentation partagée du travail et de ses finalités, le DS doit travailler à tisser des liens entre les acteurs. Ces facteurs favoriseront la mise à disposition de leurs compétences au service de la compétence collective. Le management par projet offre là encore une perspective intéressante pour créer des espaces d'échanges donc de liens et des opportunités d'apprentissages communs. Il permet en outre de rallier les protagonistes autour d'une perception partagée des finalités du projet. Créant de la synergie, mutualisant les savoirs, il favorise la coopération.

3.2.4 En soignant la confiance

La coopération s'ancre sur la confiance. La confiance se construit progressivement dans des relations où les notions de respect réciproque, d'écoute ci-dessus évoqués interfèrent tout autant que l'éthique du discours, de l'information et de la congruence des actes. A ce sujet, la détermination du DS doit montrer l'exemple s'il veut gagner la confiance de ses interlocuteurs. La confiance se travaille aussi dans la qualité des échanges, dans le degré d'implication du DS pour résoudre un problème et rechercher des solutions. In fine, elle se jouera aussi sur sa capacité à réussir. Le DS marquera aussi sa confiance dans la nature des missions transversales qu'il délèguera aux CSS et la manière dont il évaluera l'atteinte des objectifs.

3.3 Le DS : un accompagnateur, un facilitateur qui aide à la décision et au positionnement

3.3.1 En clarifiant les attendus en terme de missions et de compétences.

Les CSS ont fait cette demande pour faciliter leur quotidien professionnel et pour être en capacité de se projeter dans leur rôle. Le DS doit avec leur collaboration réaliser un profil de poste de cadre de pôle qui mette l'accent sur la spécificité de l'exercice dans un pôle donné et qui délimite les contours de leur rôle. Ce travail sera pour lui l'occasion de clarifier et de préciser la zone d'autonomie des CSS et de cibler leurs champs de collaboration, en prenant soin de leur rappeler que l'autonomie ne dédouane pas de rendre compte. Ce travail participe aussi à la construction de règles nouvelles, permet une réflexion commune au service *d'un agir* pertinent et coordonné, assure la formalisation et la traçabilité des attendus et facilite le positionnement des CSS. Un référentiel de compétences pourra être construit en parallèle. Ces outils seront aussi utilisables pour le recrutement des futurs CSS, pour clarifier et formaliser les compétences recherchées et attendues. Ils donneront de la consistance au contenu du concours sur titre. Ce seront alors de véritables outils d'aide à la décision.

3.3.2 En contribuant à la gestion des compétences, à leur développement notamment par la professionnalisation.

Les CSS l'ont exprimé, ils ont des besoins en terme de formation pour assumer leur nouvelle mission. Le DS doit s'attacher à recenser ces besoins à partir de ceux exprimés par les agents, de ceux qu'il identifie, mais aussi partir des compétences requises aux yeux de l'institution. C'est-à-dire « *les écarts existants entre les compétences requises et les compétences disponibles.* »⁵⁹ La fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière fait état des tendances d'évolution du métier de CSS et des conséquences sur ses activités et ses compétences, du fait de la réforme. Elle peut être un guide pour le DS pour identifier les compétences attendues, pour prioriser leur acquisition et envisager les formations nécessaires. Une collaboration étroite avec le DRH est essentielle pour inscrire ces besoins dans une politique plus globale de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La professionnalisation nécessaire au regard de l'existant donne un rôle primordial au DS pour encadrer, coacher les CSS et les

⁵⁹ LE BOTERF G., décembre 2005, « Gestion des compétences : définition, nécessité, faisabilité... », *Gestions hospitalières*, n° 451 p 773.

accompagner pour qu'ils acquièrent ces compétences. Il doit aussi favoriser la mutualisation des savoirs pour que chacun puisse en extraire ce qui lui est important.

3.3.3 En mettant en place un dispositif de soutien facilitant leur positionnement et la prise de décision.

Les CSS requièrent du soutien de la part du DS dans leur travail. Le DS doit développer une réelle communication avec ces derniers. Il faut qu'il sache valoriser les initiatives à leur juste valeur, qu'il motive les CSS, qu'il soit accessible et présent sur le terrain quand cela est nécessaire. Il est essentiel qu'il les considère comme de véritables collaborateurs. Il doit toujours se soucier de la cohérence entre les attendus institutionnels et les capacités des agents. Il doit encourager l'autonomie des CSS, tout en restant garant d'une logique institutionnelle d'ensemble. Il faut qu'il leur donne les moyens de décider avec une prise en compte globale des situations.

3.4 Qui a une position et un rôle légitimes, amenés à évoluer

Si le positionnement hiérarchique du DS est assis sur les références légales, acté dans l'organigramme interne de l'hôpital et dans les faits, il se trouve aujourd'hui questionné dans sa pertinence, du fait de la place et du rôle des CSS, responsables de pôle dans cette nouvelle gouvernance. Il est essentiel qu'il rende compte de sa légitimité, en investissant encore plus dans des domaines comme la stratégie, le conseil, l'évaluation des pratiques professionnelles.

3.4.1 Dans la stratégie et la décision

Il a sa place dans les dimensions stratégique, politique et de pilotage de l'institution. Son expertise professionnelle, sa connaissance des différentes logiques en présence lui confère une place de choix dans ces enjeux. Il lui faut développer et valoriser la compétence *et l'intérêt à agir* chez les CSS et profiter de ces changements pour développer ou renforcer la vision partagée des buts à atteindre.

Sa place au comité stratégique, que l'on peut espérer incontournable lui permet d'une part d'être le porte parole de l'opinion des soignants, d'être co-acteur et co-auteur du pilotage de l'hôpital, et par là même, de la déclinaison des stratégies décidées et de l'évaluation de l'atteinte des résultats. Responsable de l'élaboration du projet de soins, comme déclinaison soignante du projet médical, il a toute latitude pour marquer de son sceau et de celui de ses collaborateurs, la philosophie des soins et les grands principes de la

démarche qu'il entend poursuivre pour sa mise en œuvre. La CSIRMT offre au DS une tribune pour informer et permettre à ses membres élus, de donner leur avis sur l'organisation interne de l'hôpital donc la mise en place des pôles par exemple. Elle est espace qui doit permettre, par la pluralité professionnelle qu'elle rassemble, et en vertu de ses prérogatives, d'être force de propositions sur des projets à mener. Elle doit être à l'initiative d'une réflexion transversale. Placée sous la direction du directeur des soins, elle doit représenter pour lui un outil stratégique au service du décloisonnement et de la transversalité. Mais elle ne sera jamais que ce que le DS voudra en faire !

3.4.2 Dans le conseil

Les rapports hiérarchiques se modifient, il faut davantage qu'il investisse l'aspect fonctionnel dans ses relations avec ses collaborateurs, dans une fonction de conseil notamment. Développer la confiance, communiquer, écouter, informer, créer du lien, favoriser la circulation de l'information sont des préalables et des corollaires à sa démarche.

3.4.3 Dans le management

A l'interface des pôles, avec une vision globale de l'institution et une connaissance de la stratégie institutionnelle, le DS a une place de choix pour manager tant les changements que les acteurs tout en contribuant à garantir la cohérence entre les projets de pôles et le projet d'établissement.

3.4.4 Dans l'évaluation et le contrôle

Des bilans à périodicité régulière sont à envisager avec les CSS pour évaluer l'atteinte des objectifs du pôle, les actions entreprises au nom de la qualité des soins, de la prise en charge du patient et de sa coordination. Ce sera pour le DS l'occasion de réajuster les stratégies et/ou d'envisager la continuité des actions. Il doit s'assurer que la mise en œuvre du projet de soins soit effective au sein du pôle et respectueuse de la politique globale des soins. Il lui faudra réfléchir à des critères d'évaluation pertinents.

3.4.5 Mais qui a des opportunités au service de sa légitimité

☞ **Accompagner la déclinaison du projet de soins à l'échelle des pôles**

Le projet de soins a pour ambition de définir et clarifier la politique des soins à l'échelle de l'institution. Il sert de référence philosophique à l'action, qu'il guide au travers d'objectifs plus opérationnels. Le pôle devient la nouvelle strate organisationnelle et ses responsables, les interlocuteurs principaux. Le DS doit donc faciliter sa déclinaison au sein de ces entités et la coordonner pour assurer la cohérence de l'ensemble. Les axes définis dans le projet de soins doivent donner lieu à la définition d'objectifs spécifiques au pôle et à ses activités. Il doit aider les CSS à les formaliser et mesurer régulièrement les écarts avec la réalité et les attendus.

☞ **Développer l'évaluation des pratiques professionnelles soignantes**

A l'instar de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)⁶⁰ médicales rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004⁶¹ réformant l'assurance maladie, à laquelle d'ailleurs contribuent très fréquemment les soignants, le DS doit initier ce mouvement dans la pratique professionnelle soignante. Les soignants sont concernés par les EPP, à travers l'obligation de formation continue qui leur est faite par la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique et qui stipule « *que l'obligation de formation continue est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles* »⁶² Il faut que le DS et les CSS travaillent en collaboration étroite avec le président de CME et les médecins, responsables de groupes d'EPP pour apporter leur point de vue sur le choix de thématiques pertinentes en regard du contexte hospitalier et des plus values attendues en terme de qualité, enfin pour faire profiter de leur connaissance de l'organisation. La version 2 de l'accréditation, dites certification 2007, vise à renforcer l'évaluation du service médical rendu au patient. Elle consacre 3 références de son manuel aux EPP. (Réf 44 à 46). Les attendus de l'Haute Autorité de Santé (HAS) en la matière imposent que le DS mène rapidement une réflexion avec ses collaborateurs sur des EPP soignantes... La CSIRMT peut alors être l'instance de choix.

⁶⁰ Lire partout Evaluation des Pratiques Professionnelles

⁶¹ Loi n°2004 - 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

⁶² Loi n°2004 - 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

☞ **Créer des indicateurs permettant de valoriser l'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein du pôle et pour en assurer le suivi.**

Le DS peut aider les CSS dans l'analyse des tableaux de bord financiers du pôle et veiller à la pertinence de cette analyse aux fins d'optimiser leur utilisation dans une vision stratégique. Il lui revient aussi en collaboration avec les CSS de travailler à rechercher de nouveaux indicateurs qui permettront de mesurer ainsi d'autres paramètres que ceux relevant du budget, comme par exemple la prise en charge de la douleur et de rendre lisible les résultats par pôle. La lettre d'information de l'HAS du 7 juin 2007, à destination des établissements de santé fait état du projet de généralisation des indicateurs de qualité pour 2008 avec comme un des objectifs de « *fournir aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité.* »⁶³ Il est essentiel que le DS impulse sans attendre cette dynamique au sein des pôles. Ces indicateurs pourront servir bien évidemment de supports aux EPP.

L'adaptation demandée aux acteurs et notamment aux CSS doit laisser supposer que le DS est lui-même en capacité d'adapter son positionnement, ses prérogatives et sa stratégie managériale à l'évolution de sa réalité institutionnelle, aux hommes qui la font et aux besoins qui émergent. Si la stratégie est définie « *comme un plan ou quelque chose d'approchant, un guide ou un schéma d'action orienté vers l'avenir, un chemin conduisant d'un point à un autre.* »⁶⁴, son utilisation doit intégrer les questions de variabilité et d'ajustement et faire prendre conscience à ses utilisateurs de la nécessité d'en mesurer périodiquement les effets. Cette aptitude servira aussi la légitimité du DS et donnera encore plus de crédit et de cohérence aux exigences de changements attendus. Il lui faudra lui-même être en capacité de mobiliser ses savoirs en usage, de développer de nouvelles compétences par la formation et/ou en activant par exemple son réseau professionnel pour s'enrichir des expériences des uns et des autres. Il doit investir de nouvelles fonctions comme la gestion. La délégation de gestion, en cours dans les établissements terrain d'enquête amènera le DS à court terme à formaliser les procédures qui encadreront les champs délégués.

⁶³ Extrait de la lettre d'information de l'HAS aux établissements de santé sur le projet de généralisation des indicateurs de qualité. 7 juin 2007.

⁶⁴ MINTZBERG H., AHLSTRAND B., LAMPEL J., 1999, *Safari en pays stratégique*, 2^{ème} Edition, Paris : Editions Village Mondial, p 19.

Conclusion

La nouvelle gouvernance et notamment l'organisation en pôles d'activités amène tant les structures que les acteurs à évoluer. Nous avons rencontré des DS inquiets par ces évolutions, se sentant menacés dans leurs fonctions ou dans leur légitimité par l'accroissement du rôle et des missions des CSS, responsables de pôles. Même si ces inquiétudes sont légitimes, cette réflexion nous montre combien le DS est un acteur important pour travailler à la coordination de ces sous ensemble, pour leur donner du sens et de la cohérence. Plus que jamais, il lui faudra conseiller les CSS, les accompagner pour faire face aux évolutions de leurs missions. Il lui faudra impulser des nouveaux modes de managements en capacité de faire coïncider le sens, le plaisir, la reconnaissance au travail pour les acteurs et la nécessité de faire évoluer les organisations. Un management visant à développer la compétence collective nous semble une approche intéressante. Mais il lui faudra aussi être en capacité d'adapter sa posture aux évolutions de la gouvernance hospitalière.

Nous sommes intimement persuadée par ailleurs que la place que l'on occupe est interdépendante de son leadership au sens de ses capacités personnelles à manager. Ce rapport particulier à l'autorité qui n'est pas seulement alimenté par un statut, une position hiérarchique et des compétences professionnelles mais aussi par des aptitudes intrinsèques à l'individu est alors source de pouvoir et de légitimité. Les zones d'incertitudes à l'hôpital sont multiples et majorées par ce contexte. Une incertitude budgétaire importante qui rend du même coup plus incertain le devenir de l'établissement, une incertitude quand au destin des pôles, quand à leur succès et à leurs échecs sur le long terme, une incertitude quand à l'implication des acteurs et leur degré de contribution, une incertitude quand à l'accueil que vont réserver les usagers à cette nouvelle organisation et quand à leur degré de satisfaction, enfin une incapacité à prévoir les aspirations de la société en matière de santé d'ici quelques années. Manager avec l'incertitude reviendrait donc à envisager la complexité de l'organisation comme un construit social⁶⁵ dont la maîtrise tant des contenus que des règles seraient plus arbitraires. C'est bien là l'enjeu majeur du DS aujourd'hui que de manager dans une organisation en mouvement. Ceci impose de repenser la logique poursuivie qui n'est plus tant une logique de moyens qu'une logique de résultats, d'efficacité et de performance. Le DS doit se préoccuper du sens et de l'éthique dans son management. S'il doit valoriser les gains et les bénéfices de cette nouvelle organisation, il doit aussi repérer, encadrer et gérer les risques inhérents à ce nouveau contexte, parce qu'en chantier, donc dans

⁶⁵ BERNOUX PH., *Sociologie du changement*, Paris : Editions du Seuil, 2004.

l'expérience et peu précisé légalement. Certains sont partants, d'autres sont plus attentistes ou craintifs, il faudra pourtant s'occuper d'en convaincre la majorité.

A l'instar de la démocratie sanitaire couronnée par la loi du 4 mars 2002, la démocratie interne à l'hôpital est en route. La délégation de gestion et la contractualisation en sont les fers de lance. Le DS doit développer chez les professionnels l'intérêt à agir et à coopérer, dans une démarche responsable et citoyenne et leur donner la possibilité de s'exprimer et de participer aux choix institutionnels. Il doit s'attacher à développer un « agir pertinent » pour les autres comme pour lui. Ce sont là alors les valeurs ajoutées du DS.

Mais nous avons conscience que de l'intention à la réalisation de quelque chose, quelque soit le domaine considéré, il y a toujours des obstacles, des écarts et des adaptations à mener. L'important c'est de rester motivé et en capacité de réajuster.

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE 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.

REPUBLIQUE 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

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991 – Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Journal Officiel de la République Française – 2 août 1991

REPUBLIQUE 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.

Journal Officiel de la République Française – 20 décembre 1991

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

Journal Officiel de la République Française – 25 avril 1996

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

Journal Officiel de la République Française-23 avril 2002

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 – Circulaire DHOS / E1 n°2004-61 du 13 février 2004 la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Bulletin officiel de la République Française, n°2004-11 du 8 au 14 mars 2003

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 – Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Journal Officiel de la République Française-17 août 2004

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004 – Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Journal Officiel de la République Française- 11 août 2004

REPUBLIQUE 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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 – Décret n° 2005-421 du 04 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé.

Journal Officiel de la République Française-5 mai 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 – Décret n° 2005-921 du 02 août 2005 portant statut particulier des grades et des emplois des personnels de direction des établissements publics de santé.

Journal Officiel de la République Française-5 août 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 - Ordonnance 2005–1112 du 01 septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière. (Rectificatif du 10 septembre 2005)

Journal Officiel de la République Française-6 septembre 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005 – Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activités et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé. (Rectificatif du 04 février 2006)

Journal Officiel de la République Française-28 décembre 2005

OUVRAGES :

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN YF., 1996, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris : Editions du Seuil, 282 p.

BERNOUX PH., 2004, *Sociologie du Changement*, Paris : Editions du Seuil, 307p.

BRENOT J., TUVÉE L., 1996, *Le changement dans les organisations*, Paris : PUF, 127 p.

GUYON C., GUYON F., EVAH-MANGA E., 2003, *Réussir le changement dans le service public*, 2^{ème} édition, Paris : Editions d'organisation, 286 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, 500 p.

DUBRULE P., PELISSON G., 1991, *Le plus management : Ame de leader, esprit de manager*, Paris : Maxima Editions, 261 p.

DUPUY F., 2001, *L'alchimie du changement : Problématiques, étapes et mise en œuvre*, Paris : Editions Dunod, 178 p.

FRIEDBERG E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*, Revue POUR n°28, Paris, 126 p.

GONNET F., 1998, *L'hôpital en question (s) : Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris : Editions LAMARRE, 355 p.

KOURILSKY- BELLIARD F., 1999, *Du désir au plaisir de changer : Comprendre et provoquer le changement*, 2^{ème} édition, Paris : Editions Dunod, 314 p.

LE BOTERF G., 2006, *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'organisation, 271 p.

MINZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Editions des Organisations, 430 p.

MINZBERG H., AHLSTRAND B., LAMPEL J., 1999, *Safari en pays stratégique*, 2^{ème} édition, Paris : Editions Village Mondial, 421 p.

PASTOR P., 2005, *Gestion du changement*, Paris : Editions liaisons, 179 p.

WOLFF D., MAULEON F., 2005, *Le management durable : L'essentiel du développement durable appliqué aux entreprises*, Paris : Editions Lavoisier, 244 p.

ARTICLES :

BOUCHAUD – ROLNIN M.E., février 2007, « L'éthique de management : Une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital. », *Gestions Hospitalières* n° 463, pp 103-110.

COUDRAY M.A., BARTHES R., janvier 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins. », *Gestions Hospitalières*, n°452, pp 18-23.

DEKUSSCHE C., janvier / février 2006, « Conseils de pôle et commission de soins, mode d'emploi. », *Revue Soins*, n°702, pp 5-6.

DOMIN J.P., janvier 2006, «La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital entreprise. » *Gestions Hospitalières*, n°452, pp 24-28.

DUROU D., octobre 2005, « CHU de Toulouse : 26 pôles, deux ans de recul et quelques questions... » *Actualités JuriSanté*, n°51, pp 27-30.

ESPER C., octobre 2005, «La nouvelle organisation de l'hôpital public - Les pôles d'activité - La contractualisation interne – La délégation de gestion. », *Actualités JuriSanté*, n°51, pp 4-6.

ESPER C., septembre/ octobre 2005, « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°5, pp 766 - 778.

FAURE A., janvier 2006, «Nouvelle Gouvernance : Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs. », *Gestions Hospitalières* n°452, pp 29-32.

GUIDT M., RAVELO DE TOVAR A., janvier 2006, « Le pilotage des missions des établissements publics de santé : Un nouveau paradigme. », *Gestions Hospitalières*, n°452, pp 12-17.

HOLCMAN R., mai 2006, « L'avènement de la gestion par pôle : dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital. », *Gestions Hospitalières*, n°456, pp 329-337.

JAAFAR D., octobre 2005, « La nouvelle architecture institutionnelle née des ordonnances sur la gouvernance de l'hôpital: de nouveaux pouvoirs ? », *Actualités JuriSanté*, n°51, pp 7-13.

LANNOY P., décembre 2005, « L'autonomie du cadre de santé : Contribution à l'organisation et satisfaction au travail. », *Gestions Hospitalières*, n° 451, pp 783- 787.

LANGLOIS G., octobre 2006, « A la découverte du pôle », *L'infirmière magazine*, n° 220.

LE BOTERF G., décembre 2005, «Gestion des compétences : définition, nécessité et faisabilité. », *Gestions Hospitalières*, n°451, pp 772-776.

LUTZ S., avril 2006, « Réorganisation du système hospitalier en pôles d'activité : Quels enjeux et quelles perspectives pour les acteurs de l'organisation ? », *Les cahiers de l'Etude des Dynamiques Sociales et de la Recherche Action*.

MARZOUG S., octobre 2005, « Le conseil exécutif, nouveau maillon du processus décisionnel dans les établissements publics de santé. », *Actualités JuriSanté*, n° 51, pp 15-16.

REICHERT R., août /septembre 2005, « Management et règlement au CHU de Nantes. », *Gestions hospitalières*, n° 448, pp 537-539.

ROMATET J.J., mai /juin 2003, « Une pensée globale qui doit inspirer le changement », *Revue Hospitalière de France*, n°492.

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

SONNTAG M., VAUDELIN J.P., avril 2006, « La compétence collective », *Gestions hospitalières*, n°455 pp 270-274.

TALEC T., SEGADE J.P., octobre 2006, « Qui décide à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n°459, pp 537-541.

RAPPORTS :

ACKER D., juillet 2007, *Les comptes épargne temps des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements publics de santé*. Rapport pour le Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

BERLAND Y., décembre 2002, *La démographie des professions de santé*. Rapport pour le Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapés.

COUANAU R., mars 2003, *Le désenchantement hospitalier*. Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Assemblée Nationale.

CROZIER M., LASSERRE A., PAVY G., 1994, *A l'écoute de l'hôpital. Des pistes vers le décloisonnement*. SMG. Rapport pour le Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.

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

HAUTE AUTORITE DE SANTE., juin 2007, *Lettre d'information aux établissements de santé sur le projet de généralisation des indicateurs de qualité*. Direction de l'accréditation.

MOLINIE E., juin 1995, *L'hôpital public en France : Bilans et perspectives*. Etude du Conseil économique et social, Juin 2005.

PICQUEMAL A., octobre 2002, *Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT dans les établissements de santé*. Rapport pour le Ministre de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées.

AUTRES DOCUMENTS PUBLIES :

DHOS, janvier 2007, *Présentation de la réforme de la nouvelle gouvernance*, Paris, Janvier 2007.

DHOS, septembre 2006, *Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière*, Actualisation, Paris.

Drees, juillet 2006, *Les comptes nationaux de la santé en 2005*. Etudes et Résultats, Paris, n°505.

MEAH, juin 2004, *Bilan sur l'anticipation de la « Nouvelle gouvernance »*, Synthèse des entretiens téléphoniques réalisés, Paris.

Ministère de la Santé et des Solidarités, janvier 2007, *Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital*. Guide méthodologique, Paris.

CONFERENCE :

XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, *Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins*. Juin 2006, Annecy/Genève.

MEMOIRES ENSP

CHASTAGNOL N., 2004, *Pôles d'activités et contractualisation interne : un enjeu managérial pour le directeur des soins*. Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 60 p.

CIPICIANI I., 2005, *Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : l'engagement du directeur des soins*. Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 55 p.

CORBIAT ANNE., 2006, *Le cadre supérieur acteur de changement dans la nouvelle gouvernance : un enjeu managérial pour le directeur des soins*. Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 57p.

DESPLAT CASTANIE F., 2004, *Quelle stratégie managériale pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activités*. Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 59 p.

THOMAS V., 2006, *L'organisation en pôles d'activité : de la démarche expérimentale à la réalité*. Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 62 p.

DOCUMENT NON PUBLIE

Projet d'établissement CH 2007- 2012

Sites Internet :

www.reformes-hospitalieres.com

www.sante.gouv.fr

www.fhf.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien à destination des cadres supérieurs de santé

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des directeurs des soins

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des chefs de pôles et des directeurs

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CADRES SUPERIEURS DE SANTE

- L'établissement s'est récemment organisé en pôles d'activités cliniques, quels changements identifiez – vous dans votre quotidien professionnel ?
- Quels sont selon vous, les bénéfices de cette nouvelle organisation ? Pour vous, pour l'institution, pour les patients ?
- Quelles sont les sources de difficultés ? Pour vous, pour l'institution ?
- Comment globalement vivez-vous ces évolutions ?
- Quel rôle pensez vous avoir à jouer dans cette nouvelle configuration ?
- Quel rôle pensez vous que l'on attende de vous aujourd'hui ? (Chef de pôle, directeur et directeur des soins)
- De quelle aide auriez vous besoin, le cas échéant ?
 - Formation ?
 - Accompagnement, soutien, Conseil ?
 - Autres ?
- Qu'attendez vous du directeur des soins dans ces changements ?

Annexe 2

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES DIRECTEURS DES SOINS

- L'établissement s'est récemment organisé en pôles d'activités cliniques, quels changements identifiez – vous dans votre quotidien professionnel ?
- Quels sont selon vous, les bénéfices de cette nouvelle organisation ? Pour vous, vos collaborateurs, l'institution ?
- Quelles sont les sources de difficultés ? Pour vous, vos collaborateurs, l'institution ?
- Comment globalement vivez-vous ces évolutions ?
- Comment concevez vous le rôle des cadres supérieurs de pôle dans ce nouveau contexte ?
- Comment envisagez vous votre rôle dans cette nouvelle organisation ?

Annexe 3

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CHEFS DE POLE ET DES DIRECTEURS

- L'établissement s'est récemment organisé en pôles d'activités cliniques, quels changements identifiez – vous dans votre quotidien professionnel ?

- Quels sont selon vous, les bénéfices de cette nouvelle organisation ? Pour vous, pour les CSS de pôle et le DS (et/ou pour le chef de pôles et/ou pour le directeur)

- Quelles sont les sources de difficultés ? Pour vous, pour les CSS de pôle et le DS (et/ou pour le chef de pôle et/ou directeurs)

- Comment globalement vivez-vous ces évolutions ?

- Comment concevez vous le rôle des CSS de pôle et du DS dans ce nouveau contexte ? Et le votre?

- Quels attendus avez-vous par rapport au CSS de pôle et au DS?